



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título: “Conocimientos, actitudes y habilidades maternas frente a infecciones respiratorias agudas altas de sus niños”.

Alumno: Nadia Gisela Banegas

Tutor: Dra. Mónica Gustafsson

Co-tutora: Dra. Fabiana Marzetti

Fecha de presentación: diciembre de 2012

Índice

<u>Índice.....</u>	<u>2</u>
<u>Resumen.....</u>	<u>3</u>
<u>.....</u>	<u>3</u>
<u>Introducción.....</u>	<u>5</u>
<u>.....</u>	<u>5</u>
<u>Marco Teórico.....</u>	<u>7</u>
<u>Problema.....</u>	<u>22</u>
<u>Objetivos.....</u>	<u>22</u>
<u>.....</u>	<u>22</u>
<u>Material y métodos.....</u>	<u>23</u>
<u>.....</u>	<u>23</u>
<u>Conocimientos sobre infecciones agudas de VAS.....</u>	<u>24</u>
<u>Conocimientos sobre signos de alarma de IRA.....</u>	<u>24</u>
<u>Identificación de medidas de prevención de contagio de IRA.....</u>	<u>24</u>
<u>Conocimientos sobre administración de medicamentos.....</u>	<u>24</u>
<u>Resultados.....</u>	<u>25</u>
<u>.....</u>	<u>25</u>
<u>Discusión.....</u>	<u>38</u>
<u>Conclusión.....</u>	<u>42</u>
<u>.....</u>	<u>42</u>
<u>Bibliografía.....</u>	<u>43</u>
<u>Anexos.....</u>	<u>48</u>
<u>.....</u>	<u>48</u>
<u>Anexo 1: Consentimiento informado.....</u>	<u>48</u>
<u>Anexo 2: Encuesta</u>	<u>49</u>
<u>Anexo 3: Folletos informativos sobre IRA.....</u>	<u>51</u>
<u>.....</u>	<u>51</u>
<u>Anexo 4: Capacitación a madres sobre IRA.....</u>	<u>53</u>

Resumen

Las madres de familia son en primera instancia quienes interpretan, diagnostican y atienden la sintomatología de la gran mayoría de los episodios de infecciones respiratorias agudas (IRA) de sus hijos, es por ello que es importante que estén capacitadas para detectar oportunamente los signos y síntomas de dichas patologías, llevar al niño a la consulta médica a tiempo, administrar los medicamentos prescritos y conocer las pautas de alarma o evolución a la gravedad.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, analítico y transversal en base a 100 encuestas, a madres de niños de 2 meses a 5 años de edad, que concurren al Centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Rosario, “Jean Henry Dunant”, durante el periodo comprendido entre el 2 de mayo y el 31 de agosto de 2012.

El objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos de las madres sobre infecciones respiratorias agudas altas (IRAA) y luego capacitarlas mediante el manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), indagar los conocimientos que poseen sobre las causas de IRRA, las pautas de alarma y tratamiento, analizar si los conocimientos se relacionan con la edad materna y nivel de instrucción alcanzado, aconsejar a la madre para resolver los problemas que haya identificado, orientarla sobre pautas de alarma, acciones de prevención, administración de medicamentos en el hogar y transmitir la importancia del lavado de manos después de ir al baño y antes de comer, como medio de prevención de enfermedades infecciosas.

Resultados y conclusiones:

- los conocimientos generales de las madres de niños de 2 meses a 5 años de edad sobre infecciones respiratorias agudas altas son escasos, contrariamente a lo que sucede en el caso del reconocimiento de los signos de alarma.
- las madres de menos de 20 años tienen mayor probabilidad de no conocer las pautas de alarma que las madres de mayor edad.
- se evidenció un alto porcentaje de desconocimiento sobre el tratamiento de las IRAA.
- En cuanto al lavado de manos como primera medida de prevención se encontró que la mayor parte de la población recuerda lavarse antes de las comidas, pero sólo menos de la mitad manifiesta hacerlo luego de ir al baño.

Es necesario informar y capacitar a los padres y cuidadores, debido a que las acciones propuestas para el control de las IRA presentes en AIEPI, enfocada desde los servicios de salud con extensión al cuidado en el hogar, pueden contribuir a una reducción hasta del 80% de la mortalidad por estas causas.

Palabras clave: infecciones respiratorias agudas, niños, pautas de alarma, tratamiento, prevención, conocimientos, lavado de manos.

Introducción

La morbilidad entre los niños se debe estudiar al igual que la mortalidad. La atención adecuada a las necesidades poblacionales con respecto a la asistencia sanitaria es esencial en todos los países, tanto para minimizar la pérdida de vidas como para maximizar el potencial de cada persona. (1)

Es por ello que siendo los niños los seres humanos que se encuentran en estado de vulnerabilidad, me es de interés como futura profesional de las Ciencias Médicas investigar sobre conocimientos y habilidades del maternaje con respecto a las infecciones de las vías respiratorias altas.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se definen como aquellas patologías del aparato respiratorio, causadas tanto por virus como por bacterias, que tienen una evolución menor a 15 días y se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre.

Si bien una alta proporción de los cuadros son infecciones autolimitadas de origen viral, el equipo de salud debe prestar especial atención a todos aquellos pacientes con factores de riesgo asociados, que podrían ocasionar una mala evolución del cuadro, incluyendo casos de muertes potencialmente evitables.

Las IRA constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes para la población infantil de 0 a 5 años y están dentro de las primeras 5 causas de mortalidad. (2) Junto con otras, como causas externas

(accidentes domésticos, violencia familiar), malformaciones congénitas, desnutrición y tumores. (3)

El control de la infección respiratoria en los infantes es una parte vital de la medicina pediátrica, especialmente cuando nos referimos a medicina preventiva, promoción de la salud y de la Estrategia Atención Primaria de la salud. Tal, control requiere un sistema de salud pública con políticas de salud que instalen el cuidado activo por parte de los equipos de salud (agente sanitario, enfermería, medicina general, pediatría, etc.) como ser vacunaciones universales, una nutrición óptima y la utilización de métodos específicos para evitar la transmisión de la infección de un niño a otro.

El control de la infección es responsabilidad de todo el personal sanitario, y su compromiso es transmitir conocimientos sobre los cuidados de la salud, brindando de esta forma herramientas para formar comunidades saludables.

La transmisión de microorganismos infecciosos se produce por diversas vías, aunque la más frecuente e importante es, con diferencia, a través de las manos. Por ello, la medida más importante en cualquier programa de control de la infección es el lavado de manos.

El aislamiento de los pacientes infectados por determinados patógenos disminuye el riesgo de contagio. El tipo de aislamiento depende del microorganismo infeccioso y de la vía de transmisión, siendo la transmisión por contacto directo la forma más frecuente. Otro mecanismo es a través de gotitas aéreas que son proyectadas a una corta distancia a través del aire y se depositan sobre las mucosas, produciendo la diseminación de núcleos goticulares (≤ 5 micrómetros) o partículas de polvo portadoras del microorganismo infeccioso. (4)

Marco Teórico

Actualmente las enfermedades infecciosas siguen causando en el mundo más de 14 millones de muertes anuales. En los países en desarrollo aproximadamente el 46% de las defunciones se deben a enfermedades transmisibles, siendo las infecciones diarreicas y respiratorias de la infancia, el sida, el paludismo y el sarampión los causantes del 90% de estas defunciones.

En la Argentina, las enfermedades respiratorias continúan siendo los motivos principales de atención y de internación en todas las edades. (5)

El aparato respiratorio se divide anatómicamente en dos zonas diferenciadas, las vías aéreas superiores y las inferiores. Las vías aéreas superiores (VAS) albergan 3 órganos de gran importancia funcional: a la orofaringe, al aparato auditivo y a los senos paranasales. Los dos últimos, con la característica de estar conectados con la rinofaringe por estrechos orificios de drenaje u ostium. Esta cavidad se encuentra abierta al exterior y colonizada por numerosas bacterias Gram (+) y Gram (-) en bajos inóculos, configurando un ecosistema funcional. En el huésped normal estos gérmenes no constituyen un riesgo. (6)

Por otra parte, las vías aéreas inferiores comienzan a desarrollarse en la etapa prenatal; entre los 6 y 9 meses de gestación los bronquiolos terminales se transforman en bronquiolos respiratorios y aparecen los sáculos que permiten el intercambio gaseoso. Luego existe un período de crecimiento posnatal importante, ya que si bien las vías aéreas están maduras al nacimiento el gran desarrollo del parénquima pulmonar ocurre en los primeros meses de la vida. Durante los primeros tres años se produce un aumento del

tamaño pulmonar por multiplicación celular y hay poco cambio en el tamaño alveolar. Posteriormente el alveolo aumenta en tamaño y número hasta los ocho años y luego de esa edad el crecimiento es paralelo al que ocurre en el resto del organismo. (7)

Las vías aéreas superiores juegan un papel crucial en la fisiología respiratoria. Ellas filtran las partículas inhaladas en función de su tamaño, densidad y características físicas. La nasofaringe presenta formaciones, como las amígdalas y la adenoides, con capacidad para activar mecanismos inmunológicos de defensa. Ellas son parte del sistema linfoide defensivo del organismo. Existen otros mecanismos reflejos como el estornudo y la tos, que permiten la eliminación de gran cantidad de secreciones y microorganismos que se depositan en la nasofaringe. Otro mecanismo de defensa importante lo constituye el sistema mucociliar, formado por el epitelio ciliar, que tapiza la vía aérea desde la nariz hasta los bronquiolos; y por el moco, que recubre a los cilios y que es secretado por las células caliciformes y las submucosas del epitelio de la vía aérea. Los cilios transportan al moco que contiene las partículas inertes o biológicas atrapadas hacia la laringe para su deglución, exhalación o expectoración.

La disfunción de alguno de los componentes mencionados origina una disminución del aclaramiento del moco y permite que las bacterias que en él se encuentran, prolonguen el tiempo de contacto con el epitelio respiratorio, creándose condiciones favorables para la colonización bacteriana de las vías aéreas que, en condiciones normales, son estériles y produciéndose así diversas infecciones en esta zona.(8)

Las infecciones de las vías aéreas superiores, en general, están constituidas por faringoamigdalitis, otitis y sinusitis, como también el resfriado

común. Por su parte, las vías aéreas inferiores se ven afectadas más comúnmente por procesos como bronquiolitis, bronquitis y neumonía.

Las infecciones respiratorias altas representan un porcentaje importante de las consultas pediátricas y un tercio de ellas presenta como primer síntoma odinofagia.

Se denomina faringoamigdalitis aguda a la inflamación de comienzo reciente de la faringe y estructuras linfáticas vecinas o subyacentes que constituyen el anillo de Waldeyer.

La mayoría de las faringoamigdalitis se acompañan de fiebre, y con frecuencia, pero no siempre, de dolor, disfagia y voz nasal. La inflamación se manifiesta por enrojecimiento, algunas veces con exudado purulento en placas sobre las amígdalas o con ulceraciones de tipo afta en los pilares del velo del paladar y en la faringe posterior (herpangina). La mayoría, especialmente en los menores de 3 años son debidas a virus, micoplasma o agentes no identificados. En un 15 a 35%, la etiología es bacteriana con definida predominancia del estreptococo beta hemolítico de grupo A. (9)

El resfriado común y las diversas formas de influenza de tipo epidémico, se presentan con faringoamigdalitis aguda caracterizada por enrojecimiento discreto o mediano sin exudado y síntomas generales tales como malestar cefalea, mialgia u ostealgia. (10)

En la nueva concepción de IRA de la OMS/OPS la faringoamigdalitis con exudado se considera IRA moderada y en ausencia de médico puede ser tratada por una enfermera entrenada al respecto con penicilina V o benzatínica.

AIEPI se aconseja administrar leche tibia con azúcar para la odinofagia leve, si el dolor no cede o el niño tiene fiebre aplicar medios físicos y administrar paracetamol o ibuprofeno. (11)

Las faringoamigdalitis agudas, incluso bacterianas, son enfermedades a menudo autolimitadas. La recomendación de tratar todas las faringoamigdalitis agudas consideradas bacterianas se dirige no tanto a acortar la duración de la enfermedad, sino a controlar las complicaciones como la otitis media, los abscesos periamigdalinos, la sinusitis, las faringoamigdalitis recurrentes, y las complicaciones a distancia como la fiebre reumática o la glomerulonefritis aguda. Cuando el diagnóstico clínico es faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolíticos grupo A, además del tratamiento sintomático, se aplicara una sola inyección de penicilina benzatínica: 600.000 U para los menores de 27KG y de 1.200.000 U para los mayores. En caso de alergia a la penicilina se debe tratar con eritromicina 50mg/k/d repartido en tres tomas (cada 8 hs) por 10 días. Es imprescindible insistir y explicar a cerca de la necesidad de dar la droga por 10 días, a pesar de la mejoría clínica. (10)

La sinusitis aguda (SA) es la inflamación de la mucosa que tapiza los senos paranasales y tiene una duración entre 2 a 4 semanas desde el inicio los síntomas. Dicha enfermedad aparece como complicación de procesos de las VAS en el 1 a 5% de los casos. La incidencia aumenta a partir de los 2 años y en la edad escolar, siendo frecuente en niños alérgicos y en las estaciones de clima frío, períodos donde predominan las infecciones por virus respiratorios, factores predisponentes determinantes en la causalidad de la infección. En general es una enfermedad benigna y autolimitada en el huésped normal. En la mayoría de los estudios se demostró el predominio de las bacterias que colonizan las VAS: *Streptococo pneumoniae* (SPN) y *Haemophilus influenzae* (HI). Los principales signos de sospecha por su frecuencia son: descarga nasal y tos que persisten más de 10 días. La descarga puede ser clara, mucosa u mucopurulenta y la tos puede ser seca o productiva. Otros signos variables son

fiebre, dolor facial, cefalea frontal, edema facial, odinofagia, halitosis. El tratamiento se basa en antibioticoterapia empírica cubriendo los gérmenes más frecuentes, con amoxicilina, trimetoprima-sulfametoxazol, cefalosporinas de 2º generación o los nuevos macrólidos.

La otitis media aguda (OMA) es la infección aguda e inflamación de la mucosa del oído medio, con una duración promedio de los signos y síntomas de 7 a 10 días y menos de 3 semanas. Más del 30% de las consultas pediátricas relacionadas con patología son por OMA. Predomina en la niñez temprana, con mayor incidencia entre los 6 y 36 meses de edad. El 70% de los niños de edad preescolar tuvieron un episodio y 30% de ellos 3 o más. Es más frecuente en invierno-primavera, meses de mayor incidencia de infecciones virales y factores de alergia. Pocos casos sufren complicaciones severas, aunque la persistencia de derrame en el oído medio condiciona hipoacusia de transmisión transitoria, con riesgo de alterar el desarrollo del lenguaje. La etiología de la OMA esta relacionada a bacterias que colonizan la rinofaringe, predominando *Streptococcus* como SPN y HI. La clínica es inespecífica en muchos casos, aunque se considera signos específicos: dolor referido al oído, otorrea de inicio brusco, tímpano eritematoso o bombeé. Pueden acompañarse de signos inespecíficos como rinorrea serosa-mucopurulenta, tos seca o productiva, fiebre moderada (38-39°C), llanto o irritabilidad (lactante), vómitos, diarrea.

La evolución es variable con tendencia autolimitante. La mayoría de los casos presentan resolución de la fiebre y los síntomas generales en 3 o 4 días. El tratamiento es con amoxicilina en una dosis de 80-90mg/Kg./día por 10 días. (12) Las complicaciones son infrecuentes, se registran en menos del 3% de los casos, asociada más a otitis media o crónica. La infección puede extenderse

del oído al hueso mastoideo o al encéfalo produciendo meningoencefalitis. Estas son enfermedades graves que requieren atención especializada urgente y referencia a un servicio de mayor complejidad. (11)

El resfrío común es la infección más frecuente a cualquier edad. Su etiología es predominantemente vírica y en ella participan fundamentalmente los rinovirus, los coronavirus y el virus respiratorio sincicial. Su aparición se asocia con frecuencia a factores inespecíficos favorecedores, como exposición al frío, humedad, respiración bucal, etc., los cuales actuarían facilitando la penetración del virus al epitelio respiratorio. Estos virus son lábiles a las condiciones ambientales, por lo que la transmisión debe hacerse por contacto directo vía aérea de enfermos o portador a individuo susceptible. La infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y rinofaríngea. El periodo de incubación es corto, de 1 a 3 días. El cuadro clínico es benigno, autolimitado a plazos no mayores de 1 semana y la sintomatología es principalmente local. En el lactante pequeño se inicia con decaimiento, rechazo parcial de la alimentación, fiebre de grado variable, sueño intranquilo, estornudos y estridor nasal. Pronto aparece el signo más característico que es la rinorrea. Esta es inicialmente serosa y a medida que pasan los días se va haciendo más espesa hasta adquirir carácter purulento y desaparecer durante la primera semana. Ocasionalmente hay cambio del ritmo de las evacuaciones intestinales y las evacuaciones pueden adquirir color verde. Al examen físico se encuentra la farínge congestiva y presencia de coriza. La fiebre puede ser alta al comienzo pero no dura más de dos días. Los síntomas empiezan a disminuir al tercer o cuarto día, en concomitancia con la aparición de signos de extensión del proceso infeccioso: ronquera, tos húmeda, etc., a otros niveles del aparato respiratorio. En lactantes mayores y preescolares la sintomatología tiende a ser

más localizada y con menos fiebre y compromiso general. La alteración rinofaríngea puede favorecer la prolongación y extensión del proceso inflamatorio, con sobreinfección bacteriana. Las complicaciones más frecuentes son la otitis media y la adenoiditis en el lactante y la sinusitis en el escolar. El tratamiento del resfrío común es sintomático. Un niño con esta patología no necesita medicación antibiótica. El cuadro generalmente es de origen viral y se resolverá espontáneamente. El uso moderado de antitérmicos como paracetamol, un ambiente con temperatura y humedad adecuadas, la alimentación que asegure un buen aporte de líquidos y el reposo relativo permiten sobreponerse rápidamente a la infección. El niño con resfrío generalmente mejora en una o dos semanas. (13)

Un niño con tos crónica (más de 14 días de duración) puede padecer de tuberculosis, asma, coqueluche u otro problema, por lo que necesita de una consulta especializada (derivarlo al hospital). (11)

Otro cuadro de infección aguda de las vías respiratorias altas, que puede provocar obstrucción respiratoria y poner en riesgo la vida es la traqueítis bacteriana; causada frecuentemente por *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* y *H. influenzae*. La traqueítis bacteriana suele seguir a una infección respiratoria viral. Clínicamente se puede observar que el niño tiene tos metálica típica, fiebre alta, secreciones purulentas y puede producirse toxicidad con dificultad respiratoria. Se debe iniciar tratamiento antibiótico adecuado que suele incluir anti-estafilocócicos. Si el cuadro se complica puede ser necesaria la intubación para proveer una vía respiratoria artificial. El pronóstico es excelente en la mayor parte de los casos. (14)

La bronquiolitis es una enfermedad bastante común y algunas veces grave, que expresa una inflamación aguda de las vías aéreas inferiores

(bronquiolos). Afecta principalmente a los niños, especialmente a los bebés menores de 6 meses, y es más frecuente en los meses fríos. Es una causa frecuente de hospitalización de niños menores de un año. (15) Es una enfermedad vírica, producida predominantemente por el virus sincitial respiratorio (VSR). Predomina en varones, en aquellos que no han recibido lactancia materna y en quienes viven en condiciones de hacinamiento. Clínicamente se puede observar que el lactante, en un principio desarrolla una infección respiratoria alta leve, con estornudos y rinorrea clara, que se puede acompañar de menor apetito y fiebre de 38,5-39°C. Gradualmente se produce dificultad respiratoria con tos sibilante paroxística, disnea e irritabilidad. En la exploración física se evidencian sibilancias, con prolongación de la espiración. (16)

El niño con bronquiolitis puede presentar alguno de los siguientes síntomas: Tos – Fatiga – Fiebre - Diarrea o vómitos -Taquipnea (que en el lactante dificulta la alimentación) - Aleteo nasal o retracción de los músculos del tórax en un esfuerzo por respirar – Cianosis. (15)

El tratamiento incluye broncodilatadores (salbutamol) inhalados y antipiréticos. En el caso de los lactantes con bronquiolitis aguda que desarrollan dificultad respiratoria se requiere internación hospitalaria. La duración de los síntomas es de aprox. 12 días en pacientes ambulatorios. (16)

Para prevenir la bronquiolitis aguda se recomienda mantener la lactancia materna, no exponer a los niños al humo del cigarrillo, lavarse las manos con agua y jabón con frecuencia y mantener alejados a los bebés de aquellas personas que están resfriadas o tienen tos.

Una infección respiratoria alta de tipo viral puede seguirse de bronquitis aguda, que es la infección del epitelio traqueobronquial. Es más frecuente en

invierno. El niño presenta inicialmente síntomas inespecíficos de una infección respiratoria alta, como rinitis. Unos 3 o 4 días después aparece una tos frecuente, cortante y seca, productiva o no. El moco se va haciendo menos espeso en forma gradual en 5 o 10 días, al tiempo que desaparece la tos. No existe un tratamiento específico para esta patología, ya que es autolimitada y los antibióticos no aceleran la mejoría, aunque se prescriban habitualmente. El episodio suele durar entre 2 y 3 semanas. (16)

La neumonía es la inflamación del parénquima pulmonar. Aunque en la mayoría de los casos se produce por microorganismos, existen varias causas no infecciosas como la aspiración de alimentos o de ácido gástrico, de cuerpos extraños, de hidrocarburos, las reacciones de hipersensibilidad y la neumonía inducida por fármacos o por radiación.

La neumonía es una causa importante de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial, sobre todo en niños menores de 5 años.

Streptococcus pneumoniae, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* y virus respiratorios son las principales causas de neumonía en niños. Dicha patología es precedida, habitualmente, por unos días con síntomas de infección respiratoria alta, sobre todo rinitis y tos. En las neumonías virales suele existir fiebre, aunque las temperaturas son más bajas que en las bacterianas. La taquipnea es el hallazgo clínico más habitual, aunque también es frecuente el aumento del trabajo respiratorio, con retracciones inter, subcostales y supraesternales, aleteo nasal y utilización de músculos accesorios. La infección grave puede asociarse con cianosis y fatiga respiratoria. Se auscultan sibilancias y crepitantes. En los lactantes se puede producir un pródromo de infección respiratoria alta con disminución del apetito, antes que aparezca la fiebre, la inquietud, la ansiedad y la dificultad

respiratoria. Algunos de ellos pueden presentar síntomas digestivos como vómitos, diarrea, anorexia y distensión abdominal. La radiografía de tórax confirma el diagnóstico de neumonía y de sus complicaciones si las hubiera. El tratamiento si su etiología es bacteriana será con amoxicilina (80-90 mg/kg/día) por 7-10 días. Si se sospecha de neumonía viral es razonable posponer la antibioticoterapia, especialmente en pacientes con enfermedad leve. (17)

Si bien los cuadros infecciosos son la etiología más frecuente de las enfermedades de la vía aérea, debemos tener en cuenta otras causas que pueden producir cuadros clínicos similares a las infecciones respiratorias, como las anomalías congénitas o los cuerpos extraños en la vía respiratoria y hacer diagnóstico diferencial con ellos. (18,19)

Las madres de familia son en primera instancia quienes interpretan, diagnostican y atienden la sintomatología de la gran mayoría de los episodios de IRA de sus hijos, sin embargo en muchas situaciones no están capacitadas para detectar oportunamente los signos y síntomas de la IRA, llevarlo al centro de salud, administrar los medicamentos prescritos y regresar si el niño evoluciona a la gravedad.

Con lo anterior se deduce la importancia de enfocar programas de capacitación dirigidos principalmente a las madres de niños menores de 5 años, con el objetivo fundamental de disminuir la mortalidad y obtener el mayor impacto posible en el primer nivel de atención detectando episodios de IRA oportunamente y evitando que evolucionen a formas más graves. (20)

AIEPI es una estrategia diseñada por OPS/OMS para mejorar las condiciones de salud infantil en los países en desarrollo. Es una herramienta que permite reducir la morbimortalidad producida por determinado número de enfermedades o problemas prevalentes, y se constituye como una potencial

puerta de entrada al sistema de salud, que se supone logrará obtener habilidades para poder mejorar progresivamente las condiciones de salud del niño. Se basa en criterios de gravedad y no en patologías específicas.

AIEPI constituye una táctica útil para el diagnóstico precoz, tratamiento y derivación oportuna de las principales enfermedades prevalentes padecidas por los niños menores de 5 años de edad. A su vez, contribuye a mejorar las prácticas y habilidades familiares y comunitarias relacionadas con la atención de los infantes dentro del contexto de su hogar.

OPS/OMS lanzó la estrategia AIEPI en la Región de las Américas en 1996. Hacia fines de 1999, y en base al perfil epidemiológico de morbimortalidad infantil, propuso la iniciativa Niños Sanos: La Meta 2002, cuyo objetivo era evitar 100.000 muertes en menores de 5 años en la Región de las Américas.

Ese perfil demostró que aproximadamente 1 de cada tres muertes se producía por enfermedades infecciosas prevenibles y desnutrición, y que alrededor del 96% de las muertes se concentraba en países con tasas de mortalidad infantil de 20 o más por mil recién nacidos vivos. AIEPI fue la principal estrategia propuesta para alcanzar dicha meta. (11)

La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurren antes del año de edad, especialmente entre los dos y tres meses. El 20% de la mortalidad infantil en algunas regiones de nuestro país es domiciliaria y de ese 20%, un alto porcentaje es atribuible a infecciones respiratorias bajas.

El 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años, padecen un episodio de IRA, en el transcurso de un año.

Estudios epidemiológicos y etiológicos realizados en nuestro país han demostrado que la causa más frecuente de IRA baja es viral y la forma de

presentación más frecuente en niños pequeños es la bronquiolitis o el síndrome bronquial obstructivo aislado o recurrente y neumonías, por lo cual es necesario mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, la derivación oportuna de los niños de mayor riesgo (ya sea por la gravedad objetiva del cuadro clínico o por su riesgo social o biológico) y fomentar las medidas de control de salud ambiental. (2)

Todos estos elementos son tenidos en cuenta por AIEPI no sólo para evaluar, clasificar y tratar sino que refuerza las medidas de prevención.

Además dicha estrategia consiste en desarrollar el procedimiento de tamizaje rápido, que se deberá llevar a cabo para determinar si el niño tiene signos generales de peligro y necesidad de tratamiento ó tratamientos de urgencia y atención especializada. Se ha demostrado que los niños que llegan gravemente enfermos a la consulta pueden morir dentro de las 24 horas posteriores a la misma y que estas defunciones son evitables cuando se detectan rápidamente los signos de riesgo y cuando los mismos son tratados en forma oportuna y adecuada. (11)

Habilidades que proporciona la estrategia AIEPI a las madres:

Detectar signos de peligro: como fiebre persistente, cianosis, tiraje, aleteo nasal, taquipnea, vómitos incoercibles, intolerancia alimentaria.

Enseñar a la madre a administrar los medicamentos por vía oral en el hogar.

Seguir las instrucciones que se detallan a continuación para indicar los medicamentos orales que serán administrados al niño en el domicilio:

1) Determinar los medicamentos y sus dosis según el peso o edad que serán administrados al niño.

2) Explicar a la madre la razón por la cual se le administrará el medicamento al niño.

3) Reconstituir el medicamento y explicar a la madre como se realiza.

4) Mostrar cómo se mide la dosis que necesita su hijo.

5) Pedir a la madre que mida la dosis y observarla mientras lo hace.

6) Pedir a la madre que administre la primera dosis al niño.

7) Explicarle minuciosamente cómo administrar el medicamento.

8) Decirle que todos los comprimidos, cápsulas, gotas y/o jarabes deben continuar administrándose hasta que el niño termine el tratamiento, aunque haya mejorado. Aconsejarle que es importante guardar los medicamentos en un lugar fresco y fuera del alcance de los niños.

9) Cerciorarse de que la madre haya entendido todos los procedimientos anteriores antes de que ella y el niño se retiren del centro de salud.

10) Indicarle que deseche los sobrantes del antibiótico, cuando ya completó el tratamiento.

- Si le esta dando comprimidos:

Se muestra a la madre la cantidad del comprimido que tiene que administrarle en una dosis. Si tiene que darle parte de un comprimido, se enseña a partir el mismo. Si el comprimido debe triturarse, se enseña a agregar unas cuantas gotas de agua potable al mismo y a esperar un minuto para que el agua ablande el comprimido y se haga más fácil de triturar.

- Si le esta dando jarabe:

Se enseña a la madre cómo medir la cantidad correcta (en mililitros) para una dosis y cómo debe administrársela al niño. Se utiliza como medida la tapa medidora del frasco del medicamento o una cuchara común (de café, té, postre, sopera). Se muestra cómo medir la dosis correcta con la cuchara.

- Cantidad de ml de acuerdo al tipo de cuchara:

<u>Tipo de cuchara</u>	<u>Cantidad en ml</u>
-Café	1ml
-Té	5ml
- Postre	10ml
- Sopera	15ml

• Si le

Se prepara en presencia de la madre y enseña como hacer la reconstitución del medicamento. Se muestra a la madre la cantidad que corresponde a una dosis. Por ejemplo, cuando un niño necesita menos que una cápsula entera de vitamina A o cuando no puede tragarla, enséñele a abrir la cápsula y a echar parte del líquido en su boca. Se pide que le dé la primera dosis del medicamento a su hijo y se explica qué hacer cuando el niño vomita se explica que le debe dar al niño el antibiótico aunque haya vomitado. Pero, en este último caso, debe vigilarlo por 30 minutos. Si en ese lapso se produce el vómito, debe verificar si hay restos de jarabe o comprimidos en el mismo. Si están presentes debe darle otra dosis del medicamento. Por otro lado, si está deshidratado y además vomita, debe esperar que el niño se rehidrate para darle nuevamente la dosis.

Tratamiento de las infecciones locales:

Las infecciones locales son aquellas que se inician en piel y/o mucosas y que no comprometen la vida del niño, a menos que se extiendan, agraven, o se traten inadecuadamente. Estas infecciones incluyen, entre otras, infección respiratoria aguda viral alta, conjuntivitis, otitis, y candidiasis bucal (moniliasis oral)

- Explicarle como se administra el tratamiento
- Observarla mientras administra el primer tratamiento en el centro de salud
- Orientarla para que administre el tratamiento cuatro veces por día

- La madre debe volver al Servicio de Salud si la infección empeora

Para tratar la conjuntivitis, la madre debe:

- Lavarse las manos con agua y jabón
- Limpiar los ojos del niño con una gasa limpia 3 veces al día
- Abrir hacia abajo el párpado inferior del niño
- Aplicar la pomada oftálmica con antibiótico recomendada o gotas
- Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento (aunque el ojo esté sano)
- Lavarse nuevamente las manos

Para tratar la moniliasis oral, la madre debe:

- Lavarse las manos
- Administrar Nistatina en gotas c/ 6 horas, por 7 días
- Lavar pezón y areola con agua bicarbonatada
- Lavarse las manos

Deberá regresar 2 días después para seguir observando al lactante, o antes si la infección empeora, para lo que se explicará a la madre cuales son los signos de alarma para volver con urgencia. Deberá dejar de usar las gotas de Nistatina después de 7 días. Se harán preguntas para ver si ella sabe administrar el tratamiento cuatro veces por día y cuándo debe regresar.

Se debe comunicar a la madre que no aplique en los ojos del niño otras gotas, ser perjudiciales y comprometer la visión del niño. (11)

Problema

¿Cuáles son los conocimientos de las madres de niños de 2 meses a 5 años de edad sobre las infecciones respiratorias agudas altas, signos de alarma y tratamientos en el Centro de Salud “Jean Henry Dunant” de la ciudad de Rosario?

Objetivos

Objetivo General

Determinar los conocimientos de las madres de niños de 2 meses a 5 años de edad sobre infecciones respiratorias agudas altas (IRAA) y luego capacitarlas mediante el manual AIEPI.

Objetivos específicos

- ✓ Indagar acerca de los conocimientos que poseen las madres sobre las causas de IRAA, las pautas de alarma y tratamiento
- ✓ Analizar la relación entre conocimientos sobre IRAA y edad materna y nivel de instrucción alcanzado.
- ✓ Aconsejar a la madre para resolver los problemas que haya identificado, orientarla sobre pautas de alarma, acciones de prevención y administración de medicamentos en el hogar.
- ✓ Transmitir la importancia del lavado de manos después de ir al baño y antes de comer como medio de prevención de enfermedades infecciosas.

Material y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo, analítico y transversal en base a una encuesta realizada a las madres que concurrieron al Centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Rosario, “Jean Henry Dunant”, durante el periodo comprendido entre el 2 de mayo y el 31 de agosto de 2012.

Se solicitó autorización al jefe del Centro de Atención Primaria de Salud “Jean Henry Dunant” de la ciudad de Rosario (Sta. Fe), explicando los datos a recabar, analizar y brindar y el carácter anónimo y voluntario de la participación.

La intervención constó de 2 momentos: el de la encuesta y el de la capacitación mediante el manual AIEPI, con una breve exposición sobre el tema y la entrega de material instructivo.

Previo a la intervención se solicitó a las madres el consentimiento informado (ver anexo1).

El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta elaborada para tal fin con preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas y de opción múltiple). Dicha encuesta fue elaborada teniendo en cuenta otros trabajos que investigaban la estrategia AIEPI. (11,21) Presentada en formato de cuestionario impreso, de carácter voluntario y anónimo. (Ver anexo 2)

La encuesta fue autoadministrada, en el ámbito de la sala de espera del centro de salud.

Se incluyó en el estudio a la totalidad de madres de niños menores de 5 años presentes en la sala de espera del Centro de Atención Primaria de Salud

de la Ciudad de Rosario, “Jean Henry Dunant”, que aceptaran participar del mismo.

El muestreo fue no probabilístico, accidental y por conveniencia. La muestra quedó conformada por un total de 100 encuestas.

Se analizaron las siguientes variables:

- ✓ Edad de la madre: en años cumplidos al momento de la encuesta.
- ✓ Edad del niño: en meses cumplidos al momento de la encuesta.
- ✓ Peso al nacer: en gramos.
- ✓ Número de gestas.
- ✓ Número de hijos vivos.
- ✓ Grado de instrucción formal máximo alcanzado por la madre.
- ✓ Enfermedades respiratorias del niño en el último año.

Conocimientos sobre infecciones agudas de VAS.

Conocimientos sobre signos de alarma de IRA.

Identificación de medidas de prevención de contagio de IRA.

Conocimientos sobre administración de medicamentos.

- ✓ Deseo de recibir información sobre IRA.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo 3). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado, test exacto de Fisher), para un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Edad materna

La edad materna varió entre 15 y 47 años, con una media aritmética de 28.6 años ($DS \pm 7.2$), una mediana de 29 años y un modo de 28 años.

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad materna.

Edad materna		
	<i>f</i>	%
menos de 20 años	13	13,0%
20 a 29 años	42	42,0%
30 a 39 años	36	36,0%
40 años o más	9	9,0%
Total	100	

Del total de la población encuestada ($n=100$), el 42% corresponde al intervalo de 20 a 29 años; el 36% al intervalo de 30 a 39 años; el 13% al intervalo de menos de 20 años y el 9% al intervalo de 40 años o más.

Grado de escolaridad de la madre

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del grado de escolaridad de la madre.

Grado de escolaridad de la madre		
	<i>f</i>	%
analfabeta	1	1,0%
primario completo	52	52,0%
secundario completo	38	38,0%
terciario completo	9	9,0%
Total	100	

El 52% de las madres tiene instrucción primaria completa; el 38% secundaria completa; el 9% terciaria completa y el 1% es analfabeta.

Gestas

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las gestas en la población encuestada.

Gestas		
	<i>f</i>	%
primigesta	33	33,0%
secundigesta	46	46,0%
tercigesta	8	8,0%
multigesta	13	13,0%
Total	100	

El 46% de las madres es secundigesta; el 33% primigesta; el 13% multigesta y el 8% tercigesta.

Cantidad de hijos vivos

La población encuestada presenta una cantidad de hijos vivos promedio de 2.0 (DS \pm 1.1), una mediana de 2 hijos y un modo de 2 hijos.

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de hijos vivos en la población encuestada.

Cantidad de hijos vivos		
	<i>f</i>	%
1 hijo	35	35,0%
2 hijos	47	47,0%
3 hijos	7	7,0%
4 o más hijos	11	11,0%
Total	100	

El 47% de la población tiene 2 hijos vivos; el 35% 1 hijo; el 11% 4 o más hijos y el 7% 3 hijos vivos.

Edad del niño

La población encuestada presenta una edad del niño promedio de 2 años y 1 mes (DS \pm 1 año y 7 meses), con una mediana de 1 año y 2 meses.

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad del niño en la población encuestada.

Edad del niño		
	<i>f</i>	%
menos de 1 año	25	25,0%
1 año	29	29,0%
2 años	10	10,0%
3 años	9	9,0%
4 años	15	15,0%
5 años	12	12,0%
Total	100	

El 29% corresponde a la edad de 1 año; el 25% a menos de 1 año; el 15% a 4 años; el 12% a 5 años; el 10% a 2 años y el 9% a 3 años.

Peso al nacer

La población encuestada presenta un peso al nacer mínimo de 1.500 gramos y un máximo de 4.200 gramos, con una media aritmética de 3.262 gramos (DS \pm 516.6 gramos), una mediana de 3.200 gramos y un modo de 2.900 gramos.

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del peso al nacer de los niños en la población encuestada.

Peso al nacer		
	<i>f</i>	%
menos de 2.500 gramos	6	6,0%
2.500 a 2.999 gramos	24	24,0%
3.000 a 3.499 gramos	28	28,0%
3.500 a 3.999 gramos	34	34,0%
4.000 gramos o más	8	8,0%
Total	100	

El 34% de los niños pesó al nacer entre 3.500 y 3.999 gramos; el 28% entre 3.000 y 3.499 gramos; el 24% entre 2.500 y 2.999 gramos; el 8% 4.000 gramos o más y el 6% menos de 2.500 gramos.

Antecedentes de enfermedades respiratorias

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del antecedente de enfermedades respiratorias en niños de la población encuestada.

Enfermedades respiratorias anteriores del niño		
	<i>f</i>	%
Resfrío	70	70,0%
Angina	19	19,0%
Bronquiolitis	9	9,0%
Otitis	5	5,0%
Sinusitis	5	5,0%
Neumonía	3	3,0%
Otras	6	6,0%
Ninguna	7	7,0%

Del total de niños de la población encuestada (n=100), el 70% presenta el antecedente de resfrío; el 19% de angina; el 9% de bronquiolitis; el 5% de otitis; el 5% de sinusitis; el 3% de neumonía; el 6% otras enfermedades respiratorias y el 7% no presenta antecedentes.

Pautas de alarma

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del conocimiento de pautas de alarma en la población encuestada.

Pautas de Alarma						
	Sí		No		No se	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Le preocupa a Ud. que su niño tosa más de 14 días?	96	96,0%	4	4,0%	-	-
¿Considera como peligroso que su hijo tenga una respiración agitada, rápida, entrecortada o ruidosa?	91	91,0%	0	0,0%	9	9,0%
¿Le parece a Ud. un signo de peligro que el niño no pueda alimentarse?	99	99,0%	0	0,0%	1	1,0%
¿Considera signo de peligro que el niño vomite todo lo que ingiere?	99	99,0%	1	1,0%	0	0,0%
¿Considera signo de peligro que el niño tenga convulsiones ?	89	89,0%	0	0,0%	11	11,0%

Del total de la población encuestada (n=100), al 96% le preocupa que el niño tosa más de 14 días.

El 91% considera peligroso que el niño tenga respiración agitada, rápida, entrecortada o ruidosa.

El 99% considera un signo de peligro que el niño no pueda alimentarse.

El 99% considera un signo de peligro que el niño vomite todo lo que ingiere.

El 89% considera un signo de peligro que el niño tenga convulsiones.

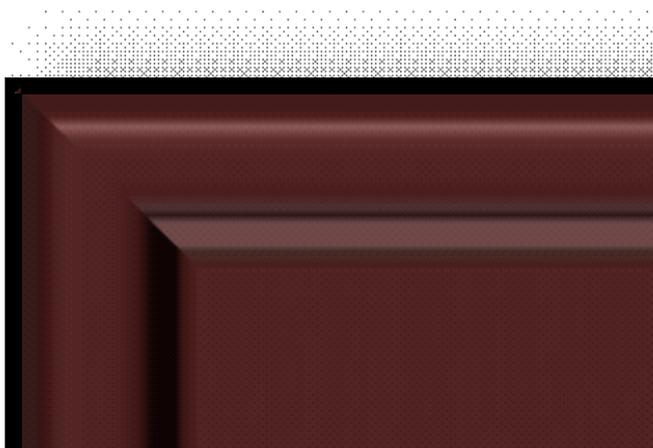
Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si conoce o no conoce las pautas de alarma la población encuestada.

Conocimiento de pautas de alarma		
	<i>f</i>	%
Conoce	82	82,0%
No conoce	18	18,0%
Total	100	

El 82% de la población conoce las pautas de alarma y el 18% no conoce las pautas de alarma.

- **Conocimiento de pautas de alarma según la edad de la madre.**

Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas de si conoce o no conoce las pautas de alarma según edad materna la población encuestada.



Del total de madres de menos de 20 años (n=13), el 53.8% conoce las pautas de alarma y el 46.2% no las conoce.

Del total de madres de 20 a 29 años (n=42), el 81% conoce las pautas de alarma y el 19% no las conoce.

Del total de madres de 30 a 39 años (n=36), el 88.9% conoce las pautas de alarma y el 11.1% no las conoce.

La totalidad de las madres de 40 años o más conoce las pautas de alarma.

La relación entre edad materna y conocimiento de pautas de alarma resultó altamente significativa ($p < 0.001$), es decir, que las madres de menos de 20 años tienen mayor probabilidad de no conocer las pautas de alarma que las madres de mayor edad.

- **Conocimiento de pautas de alarma según grado de escolaridad de la madre**

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si conoce o no conoce las pautas de alarma según grado de escolaridad de la población encuestada.

Pautas de alarma y grado de escolaridad de la madre					
	Conoce pautas de alarma		No conoce pautas de alarma		Total
	f	%	f	%	f
analfabeta	0	0,0%	1	100,0%	1
primario completo	42	80,8%	10	19,2%	52
secundario completo	31	81,6%	7	18,4%	38
terciario completo	9	100,0%	0	0,0%	9

La madre analfabeta no conoce las pautas de alarma.

Del total de madres con primaria completa (n=52), el 80.8% conoce las pautas de alarma.

Del total de madres con secundaria completa (n=38), el 81.6% conoce las pautas de alarma.

La totalidad (100%) de las madres con terciaria completa (n=9) conoce las pautas de alarma.

Conocimiento sobre IRA

Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del conocimiento sobre IRA de la población encuestada.

Conocimientos sobre IRA														
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Las causas de IRA son	Naturales		Descuidos maternos		Contaminación ambiental		Contagio		Mala higiene		Otras	No sabe		
	37	37,0%	12	12,0%	36	36,0%	22	22,0%	5	5,0%	8	8,0%	16	16,0%
¿Cuándo debe lavarse las manos para evitar el contagio de enfermedades?	Antes de comer		Después de ir al baño		No sabe									
	88	88,0%	45	45,0%	9	9,0%								
¿Es importante medir la Tº del cuerpo (ver si el niño tiene fiebre)?	Sí		No		No sabe									
	100	100,0%	0	0,0%	0	0,0%								
¿Sabe qué temperatura se considera fiebre?	Conoce		No conoce											
	50	50,0%	50	50,0%										
¿Sabe cuándo consultar al médico?	Sí		No		No sabe									
	92	92,0%	1	1,0%	7	7,0%								

El 37% de la población considera que las causas de IRA son naturales; el 36% por contaminación ambiental; el 22% por contagio; el 12% por descuidos maternos; el 5% por mala higiene; el 8% refiere otras causas y el 16% refiere no saber las causas de IRA.

El 88% considera que debe lavarse las manos antes de comer para evitar el contagio de enfermedades; el 45% considera que debe lavarse las manos después de ir al baño y el 9% refiere no saber cuando debe lavarse las manos para evitar el contagio.

La totalidad de la población encuestada refiere que es importante medir la temperatura del cuerpo para ver si el niño tiene fiebre.

El 50% de la población sabe a qué temperatura se considera fiebre.

El 92% de la población sabe cuándo consultar al médico.

Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si conoce o no conoce sobre IRA la población encuestada.

Conocimiento sobre IRA		
	<i>f</i>	%
Conoce	11	11,0%
No conoce	89	89,0%
Total	100	

El 89% de la población no conoce sobre IRA.

- **Conocimiento sobre IRA según la edad de la madre**

Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si conoce o no conoce sobre IRA según edad materna la población encuestada.

Conocimiento sobre IRA y edad materna					
	Conoce sobre IRA		No conoce sobre IRA		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
menos de 20 años	0	0,0%	13	100,0%	13
20 a 29 años	7	16,7%	35	83,3%	42
30 a 39 años	3	8,3%	33	91,7%	36
40 años o más	1	11,1%	8	88,9%	9

La totalidad de madres menores de 20 años (n=13) no conoce sobre IRA.

Del total de madres de 20 a 29 años (n=42), el 83.3% no conoce sobre IRA.

Del total de madres de 30 a 39 años (n=36), el 91.7% no conoce sobre IRA.

Del total de madres de 40 años o más (n=9), el 88.9% no conoce sobre IRA.

- **Conocimiento sobre IRA según grado de escolaridad de la madre**

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si conoce o no conoce sobre IRA según grado de escolaridad de la población encuestada.

Conocimiento sobre IRA y grado de escolaridad de la madre					
	Conoce sobre IRA		No conoce sobre IRA		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>
analfabeta	0	0,0%	1	100,0%	1
primario completo	3	5,8%	49	94,2%	52
secundario completo	7	18,4%	31	81,6%	38
terciario completo	1	11,1%	8	88,9%	9

La madre analfabeta no conoce sobre IRA.

Del total de madres con primaria completa (n=52), el 94.2% no conoce sobre IRA.

Del total de madres con secundaria completa (n=38), el 81.6% no conoce sobre IRA.

Del total de madres con terciaria completa (n=9), el 88.9% no conoce sobre IRA.

Tratamiento

Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del conocimiento sobre tratamiento en la población encuestada.

Tratamiento						
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Sí		No		No se	
¿Realiza Ud. la medición de los remedios (jarabes o antibióticos)?	93	93,0%	0	0,0%	7	7,0%
¿Conoce cuando dar las gotas para la fiebre?	93	93,0%		0,0%	7	7,0%
¿Puede tratar las infecciones locales en casa?	54	54,0%	19	19,0%	27	27,0%
¿Destapar la nariz y hacer nebulizaciones es saludable?	100	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
¿Los antibióticos son necesarios siempre en las IRA?	82	82,0%	16	16,0%	2	2,0%
Si después de 3 días de antibióticos el niño mejora, ¿usted deja el tratamiento aunque el médico le dijo que siga por 10 días?	7	7,0%	93	93,0%	0	0,0%
	Virus		Bacterias		No sabe	
¿Qué microorganismos matan los antibióticos?	47	45,2%	44	42,3%	13	12,5%

El 93% de la población realiza la medición de los remedios (jarabes o antibióticos).

El 93% refiere conocer cuándo dar las gotas para la fiebre.

El 54% refiere poder tratar las infecciones locales en la casa.

La totalidad de la población refiere que destapar la nariz y hacer nebulizaciones es saludable.

El 82% refiere que en las IRA los antibióticos son siempre necesarios; el 16% refiere que no son siempre necesarios y el 2% refiere que no sabe si son necesarios.

El 93% refiere que no deja el tratamiento antibiótico ante la mejoría del niño y el 7% refiere que si después de 3 días el niño mejora suspende el tratamiento antibiótico.

El 45.2% refiere que los antibióticos matan los virus; el 42,3% las bacterias y el 12.5% refiere que no sabe qué microorganismos matan los antibióticos.

Tabla 17: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si conoce o no conoce sobre tratamiento la población encuestada.

Conocimientos sobre tratamientos		
	<i>f</i>	%
Conoce	6	6,0%
No conoce	94	94,0%
Total	100	

El 94% de la población encuestada no conoce sobre tratamiento.

- **Conocimiento sobre tratamiento según la edad de la madre**

Tabla 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si conoce o no conoce sobre tratamiento según edad materna de la población encuestada.

Conocimiento sobre tratamientos y edad materna					
	Conoce sobre tratamientos		No conoce sobre tratamientos		Total <i>f</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
menos de 20 años	0	0,0%	13	100,0%	13
20 a 29 años	3	7,1%	39	92,9%	42
30 a 39 años	2	5,6%	34	94,4%	36
40 años o más	1	11,1%	8	88,9%	9

La totalidad de madres menores de 20 años (n=13) no conoce sobre tratamiento.

Del total de madres de 20 a 29 años (n=42), el 92.9% no conoce sobre tratamiento.

Del total de madres de 30 a 39 años (n=36), el 94.4% no conoce sobre tratamiento.

Del total de madres de 40 años o más (n=9), el 88.9% no conoce sobre tratamiento.

- **Conocimiento sobre tratamiento según grado de escolaridad de la madre**

Tabla 19: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si conoce o no conoce sobre tratamiento según grado de escolaridad materna en la población encuestada.

Conocimiento sobre tratamientos y grado de escolaridad de la madre					
	Conoce sobre tratamientos		No conoce sobre tratamientos		Total
	f	%	f	%	f
analfabeta	0	0,0%	1	100,0%	1
primario completo	3	5,8%	49	94,2%	52
secundario completo	3	7,9%	35	92,1%	38
terciario completo	0	0,0%	9	100,0%	9

La madre analfabeta no conoce sobre tratamiento.

Del total de madres con primaria completa (n=52), el 94.2% no conoce sobre tratamiento.

Del total de madres con secundaria completa (n=38), el 92.1% no conoce sobre tratamiento.

La totalidad de madres con terciaria completa (n=9) no conoce sobre tratamiento.

Información sobre IRA

Tabla 20: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si le gustaría recibir más información sobre las infecciones respiratorias agudas en niños en la población encuestada.

¿Le gustaría recibir más información sobre las infecciones respiratorias agudas en niños?		
	<i>f</i>	%
Sí	97	97,0%
No	3	3,0%
Total	100	

El 97% de la población encuestada refiere que le gustaría recibir más información sobre las infecciones respiratorias agudas en niños.

Discusión

El presente estudio se realizó en el Centro de Atención Primaria “Jean Henry Dunant” de la ciudad de Rosario. Se encuestó un total de 100 madres de niños de 2 meses a 5 años.

Más del 70% de las madres tenía entre 20 y 39 años con una edad promedio de 28.6 años y en la mitad de la población el grado máximo de educación recibida era primaria completa; al igual que en el estudio realizado por Martínez Medina (20) con una muestra de 100 madres, el promedio de edad fue menor (25 años) coincidiendo en el grado de escolaridad primario en más de la mitad de la población.

La mayoría de las madres tenía 2 hijos o más, en cambio en el trabajo de Delgado (22) sólo el 38% tenían más de un hijo.

Más de la mitad de los niños era menor de 2 años. La mayoría tuvo un peso al nacer entre 2.500 y 3.999 gramos, por el contrario en el estudio realizado por Ferrari (23) el 3.5% pesaba menos de 1500 gr y el 15% menos de 2500 gramos.

Analizando el artículo titulado “Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil” (24) se observa que durante los meses de seguimiento se presentó un total de 258 eventos de infección respiratoria aguda, distribuidos de la siguiente manera: faringitis en 95.3%, otitis media aguda en 3.4% y bronquiolitis en 1.1%, en contraste con las cifras obtenidas en nuestro trabajo, donde el 70% de los niños presentaba, en el último año, el antecedente de resfrío; el 19% de angina; el 9% de bronquiolitis y

en menor frecuencia otitis, sinusitis, neumonía y otras enfermedades respiratorias.

En relación a las pautas de alarma, a la mayoría de las madres le preocupaba que el niño tosa más de 14 días, consideraba peligroso que el niño tenga respiración agitada, rápida, entrecortada o ruidosa, no pudiera alimentarse, vomitara todo lo que ingería o que tuviera convulsiones. El 82% de la población conocía las pautas de alarma. Lo cual mostró resultados similares al trabajo realizado en México (20), donde más del 70% reconoce los signos de alarma. Y según Rodrigo et al (23) casi las tres cuartas partes de las mujeres manifiestan tener niveles de alarma correctos frente a diferentes situaciones de enfermedades comunes en la infancia. Es sobresaliente en nuestro estudio que el conocimiento de las madres sobre signos generales de alarma en niños menores de cinco años es alto. Cabe resaltar que de todos los signos generales el que menos conocen las madres (convulsiones) está alrededor del 11%.

Se halló que las madres de menos de 20 años tienen mayor probabilidad de no conocer las pautas de alarma que las madres de mayor edad. El conocimiento de las pautas de alarma no se relacionó con el grado de escolaridad materna.

En relación a las causas de IRA, el 37% de la población consideraba que las causas eran naturales; el 36% por contaminación ambiental; el 22% por contagio; el 12% por descuidos maternos; el 5% por mala higiene y el 8% por otras causas, aunque en otro estudio (20) se muestran porcentajes distintos para las distintas causas, se halla coincidencia en que la mayoría de las madres creen que el agente causal de las IRA es natural, debiéndose a corrientes de aire o cambios de clima. Por lo que se puede interpretar existe un

gran desconocimiento sobre el tema en las poblaciones encuestadas en ambos estudios.

Más del 80% consideraba que lavarse las manos antes de comer evita el contagio de enfermedades y el 45% consideraba que lavarse las manos después de ir al baño evita el contagio de enfermedades.

Todas las madres consideraban importante medir la temperatura del cuerpo para ver si el niño tenía fiebre, y la mayoría sabía cuándo consultar al médico. Otro estudio de similares características (22) demostró que, no obstante no ser la fiebre un signo de alarma en niños con IRA, también la señalaron como un signo de importancia para ellas.

El 50% de la población sabía la temperatura que se considera fiebre.

Casi el 90% de la población no conocía sobre IRA. Los conocimientos sobre IRA no se relacionaron con la edad ni con el grado de escolaridad materna. Coincidentemente con nuestro estudio se encontró en otros trabajos una falta de información y conocimientos sobre las IRA en una proporción significativamente importante de esas madres. (23,25)

En relación al tratamiento, el 93% de la población realizaba la medición de los remedios y conocía cuándo dar las gotas para la fiebre. La totalidad refería que destapar la nariz y hacer nebulizaciones era saludable.

Poco más de la mitad de las madres podía tratar las infecciones locales en la casa. En cambio según un estudio realizado en Colombia (26) manifiestan que las prácticas más frecuentes para el manejo de la gripe son administración de hierbas y preparaciones caseras, medicamentos como acetaminofén, descongestionantes, antitusígenos y antibióticos en forma indiscriminada.

El 82% refirió que en las IRAA los antibióticos son siempre necesarios El 45.2% consideraba que los antibióticos matan los virus y el 42,3% las bacterias.

En otro estudio (5) se vio un porcentaje menor de madres que creían siempre necesarios los antibióticos, pero contrariamente un alto porcentaje no sabía para qué microorganismos funcionaban dichos medicamentos.

El 93% manifiesta que no deja el tratamiento antibiótico ante la mejoría del niño. Sin embargo en otro artículo publicado en una revista de Costa Rica (25), el 81.7% reconoce no cumplir el horario, tampoco el tiempo establecido por el médico; admitiendo la suspensión de la terapia tan pronto observan mejoría en sus hijos.

El 94% de la población encuestada no conocía sobre tratamiento. Los conocimientos sobre tratamiento no se relacionaron con la edad ni con el grado de escolaridad materna. Al igual que en diversos estudios se evidenció el desconocimiento del tratamiento de IRA y la excesiva demanda y prescripción inadecuada de antibióticos, siendo muchas veces las madres quienes acuden a otros médicos o automedican a sus hijos cuando estos medicamentos no son prescritos. (20,27)

Al 97% de la población encuestada le gustaría recibir más información sobre las infecciones respiratorias agudas en niños.

Es por ello que nuestro estudio y los citados, permiten sostener que se debe persistir en la educación materna en los conocimientos sobre IRA, ya que las intervenciones educativas sobre la población influyen en las conductas de reconocimiento y búsqueda de atención oportuna y apropiada (22).

Conclusión

Según los datos obtenidos en el presente estudio, es posible determinar que los conocimientos generales de las madres de niños de 2 meses a 5 años de edad sobre infecciones respiratorias agudas altas son escasos, contrariamente a lo que sucede en el caso del reconocimiento de los signos de alarma, donde un gran porcentaje de madres dice reconocerlos sin mayores dificultades. Se halló que las madres de menos de 20 años tienen mayor probabilidad de no conocer las pautas de alarma que las madres de mayor edad.

Con respecto al tratamiento de las IRA, se evidenció un alto porcentaje de desconocimiento que no se relaciona con la edad ni con el grado de escolaridad materna, si no con otros factores que no se dilucidaron en este trabajo.

En cuanto al lavado de manos como primera medida de prevención se encontró que la mayor parte de la población recuerda lavarse antes de las comidas, pero sólo menos de la mitad manifiesta hacerlo luego de ir al baño.

Podemos concluir según lo expuesto, que es necesario informar y capacitar a los padres y cuidadores, debido a que las acciones propuestas para el control de las IRA presentes en AIEPI, enfocada desde los servicios de salud con extensión al cuidado en el hogar, pueden contribuir a una reducción hasta del 80% de la mortalidad por esta causa.

AIEPI y Atención Primaria de la Salud, sería la combinación ideal, para aplicar en el primer nivel de atención con la finalidad de brindar fuertes herramientas de Promoción y Prevención para la salud infantil y de las familias.

Bibliografía

1. Staton B., Behrman R. Cáp.1: Aspectos generales de la pediatría. En: Behrman R. Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen1. Parte I: El campo de la pediatría. 18º edición de la obra original en inglés. Barcelona, España. Editorial Elsevier Sanders. 2009. Pág. 1-12.
2. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Cáp.1: Información para el equipo de salud. Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para el equipo de salud N°4. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Febrero 2010. Pág. 3-6.
3. Tolcachier A. Medicina Ambiental. Causas de mortalidad en menores de 5 años. Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/libro_virtual4/15.pdf
4. Fisher M. Cáp. 171: Control de la infección y profilaxis. En Behrman R. Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 2. Parte XVIII: El aparato respiratorio. 18º edición de la obra original en inglés. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. 2009. Pág. 1070-1074.
5. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Unidad uno: Infecciones Respiratorias (parte uno). Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina. Abril 2011. Pág.19 – 21.
6. Cativa A, Ruvinsky R et al. Parte VII: Patologías del aparato respiratorio. En Segunda Cátedra de Pediatría Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. El Niño Enfermo. Tomo 1. 1º Edición. Rosario, Santa Fe. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario. Marzo 2002. Pág.: 121-133

7. Sánchez I. Cap.139: Fisiología del desarrollo del aparato respiratorio. En Meneghello J. Pediatría Práctica en Diálogos. 1º edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana. Septiembre 2002. Págs.571-575
8. Álvarez Castelló M. Castro Almarales R et al. Infecciones respiratorias altas recurrentes, algunas consideraciones. Revista Cubana de Medicina General Integral. Enero-Marzo 2008. Volumen 24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100011
9. Hayden G, Turner R. Cap.378: Faringitis aguda. En Behrman R. Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 2. Parte XVIII: El aparato respiratorio. 18º edición de la obra original en inglés. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. 2009. Págs.1752-1754
10. Plata Rueda E. Cap.99: Faringoamigdalitis aguda. En Meneghello J. Tratado de Pediatría. Volumen 2 Parte X: Oído, Garganta y Nariz. 5º Edición. La Plata, Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Marzo 1998. Págs. 845-850
11. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. AIEPI. Manual para estudiantes de Medicina. Año 2004. Pág. 4-203. Disponible en: <http://www.maimonides.edu/dsmi/manual.pdf>
12. Cativa A, Ruvinsky R et al. Patologías del aparato respiratorio. En Segunda Cátedra de Pediatría Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. El Niño Enfermo. Tomo 1. 1º Edición. Rosario, Santa Fe. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario. Marzo 2002. Pág.: 135-166

13. Avendaño L. Cap 106: Resfrío común, influenza y otras infecciones respiratorias víricas. Meneghello J. Tratado de Pediatría. Volumen 2 Parte X: Oído, Garganta y Nariz. 5º Edición. La Plata, Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Marzo 1998. Pág.: 879-882.
14. Roosevelt G. Cap.382: Obstrucción inflamatoria aguda de las vías respiratorias altas. En Behrman R. Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 2. Parte XVIII: El aparato respiratorio. 18º edición de la obra original en inglés. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. 2009. Pág. 1766-1767
15. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Bronquiolitis. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/122bronquiolitis-bronquitis>
16. Kimberly Danieli Watts. Denise M. Goodman. Cap. 388: Sibilancias, bronquiolitis y bronquitis. En Behrman R. Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 2. Parte XVIII: El aparato respiratorio. 18º edición de la obra original en inglés. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. 2009. Pág.1774 -1777.
17. Theodore C. Sectish. Charles G. Prober. Cap. 397: Neumonía. En Behrman R. Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 2. Parte XVIII: El aparato respiratorio. 18º edición de la obra original en inglés. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. 2009. Pág.: 1795-1799.
18. Lauren D. Holinger. Cap. 383: Anomalías congénitas de la laringe, tráquea y bronquios. . En Behrman R. Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 2. Parte XVIII: El aparato respiratorio. 18º edición de la obra original en inglés. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. 2009. Pág.: 1767-1769.

19. Lauren D. Holinger. Cap. 384: Cuerpos extraños de la vía respiratoria. En Behrman R. Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 2. Parte XVIII: El aparato respiratorio. 18º edición de la obra original en inglés. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. 2009. Pág.: 1769
20. Martínez medina, Villanueva Villanueva, Sánchez Márquez. Conocimientos sobre infección respiratoria aguda en madres de niños menores de 5 años Bol. Clín. Hosp. Infant. Edo. Son 2002; 19(2): 64-69. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=5330&id_seccion=580&id_ejemplar=582&id_revista=21
21. Burgoa Rivero, Claudia V. y Salas Mallea, Ariel A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. Rev. Bol. Ped. [En línea]. jun. 2008, vol.47, no.2. P.72-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S102406752008000200002&script=sciarttext>
22. Delgado M, Díaz R et al. Características de la atención de la infección respiratoria aguda integrada a la estrategia AIEPI. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/PDF%5C2008%5C100206200803.pdf>
23. Rodrigo A, Ortale S et al. Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense. Revista Arch. Argent. Pediatra. v.104 n.3 (revista en línea) Buenos Aires mayo/jun. 2006. Disponible en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Escritorio/discusión/scielo.php.htm>

24. Nandí-Lozano E, Espinosa L et. al. Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S003636342002000300002&script=sci_arttext
25. Pimentel R, Quesada-Feliz D. Conocimientos y actitudes de las madres en relación a las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. Revista médica de Costa Rica LVU (SII) – 1990. (Revista en línea). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/%28511%29/art4.pdf>
26. Cujíño M, Muñoz L. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. Revista Colombia Médica, Vol. 32, No 1 (2001). (Revista en línea). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28332108.pdf>
27. López Soria O, López González J et al. Prescripción de antimicrobianos contra infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Sept. 2011. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Por la presente yo..... DNI:.....accedo a responder voluntariamente una encuesta anónima realizada en.....

Cuya información será utilizada para la realización del trabajo final de investigación de Nadia Banegas perteneciente a la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario para acceder al título de médica, bajo la tutoría de la Dra. Mónica Gustafsson y co-tutoría de la Dra. Fabiana Marzetti en el Centro de Atención Primaria de la Salud “Jean Henry Dunant” de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Fecha:.....

Firma:

Anexo 2: Encuesta

Estimada/o mamá/cuidador de los niños que asisten a la consulta pediátrica al Centro de Salud “Jean Henry Dunant” de la ciudad de Rosario se le informa que está a punto de completar una encuesta anónima y voluntaria, con el fin de recabar información para mi trabajo final de investigación, para acceder al título de médica, titulado “Conocimientos, actitudes y habilidades maternas frente a infecciones respiratorias agudas altas de sus niños”.

Le saluda atte. Y agradece su colaboración Nadia Banegas, autora de dicho trabajo de investigación, alumna de la Universidad Abierta Interamericana, sede regional Rosario.

1. Edad de la madre: _____ años
2. Edad del niño: _____ meses
3. Peso al nacer: _____ gramos
4. Número de embarazos: _____
5. Número de hijos vivos: _____
6. Enfermedades respiratorias anteriores del niño:
 - a) Resfrío
 - b) Otitis
 - c) Angina
 - d) Sinusitis
 - e) Bronquiolitis
 - f) Neumonía
 - g) Otras:
7. Grado de escolaridad de la madre (marcar lo máximo obtenido):
 - a. Ninguno
 - b. Primaria completa
 - c. Secundaria completa
 - d. Terciaria completa
 - e. Universitaria completa
8. Pautas de Alarma:
 - 1) ¿Le preocupa a Ud. que su niño tosa más de 14 días? Si - No
 - 2) ¿Considera como peligroso que su hijo tenga una respiración agitada, rápida, entrecortada o ruidosa? Si - No - No sé
 - 3) ¿Le parece a Ud. un signo de peligro que el niño no pueda alimentarse? Si - No - No sé

- 4) ¿Considera signo de peligro que el niño vomite todo lo que ingiere? Si -No - No sé
- 5) ¿Considera signo de peligro que el niño tenga convulsiones (“ataques” ó “espasmos”, “sacudidas”, “temblores fuertes”)? Si - No - No sé

9. Conocimientos:

- 1) Las causas de IRA son:
- a) naturales
 - b) descuidos maternos
 - c) contaminación ambiental
 - d) contagio
 - e) mala higiene
 - f) otras
 - g) no sabe
- 2) ¿Cuándo debe lavarse las manos para evitar el contagio de enfermedades?
- a. Antes de comer
 - b. Después de ir al baño
 - c. No sabe
- 3) ¿Es importante medir la tº del cuerpo (ver si el niño tiene fiebre)? Si No ¿Sabe cómo? Si - No - No sé
- 4) ¿Sabe qué temperatura se considera fiebre?
- 5) ¿Sabe cuando consultar al médico? Si - No - No sé

10. Tratamiento:

- 1) ¿Realiza Ud. la medición de los remedios (jarabes o antibióticos)? Si - No
- 2) ¿Conoce cuando dar las gotas para la fiebre? Si - No - No sé
- 3) ¿Puede tratar las infecciones locales en casa (manchas blancas en la boca, aliviar dolor de garganta, calmar la tos)? Si - No - No sé
- 4) ¿Destapar la nariz y hacer nebulizaciones es saludable? Si -No - No sé
- 5) ¿Los antibióticos son necesarios siempre en las IRA? Si - No - No sé
- 6) ¿Qué microorganismos matan los antibióticos?
- a) Virus
 - b) Bacterias
 - c) No sabe
- 7) Si después de 3 días de antibióticos el niño mejora, ¿usted deja el tratamiento aunque el médico le dijo que siga por 10 días? Si - No
11. ¿Le gustaría recibir más información sobre las infecciones respiratorias agudas en niños? Si - No

Anexo 3: Folletos informativos sobre IRA

INFORMACIÓN PARA PADRES SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS

SIGNOS DE PELIGROS

- Niño que no toma el pecho o no come o vomita todo lo que come!
- Niño que tiene convulsiones! (“ataques”, “espasmos”, “sacudidas” o “temblores fuertes”)
- Niño que está inconsciente o no despierta!
- Niño que tiene respiración ruidosa, agitada o entrecortada!
- Niño con piel o labio azulado!
- Niño con fiebre por más de 48 horas que no baja con tratamiento!
- Niño con tos por más de 2 semanas!

Un niño que presente cualquier **SIGNO DE PELIGRO** necesita **ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA!**

TRATAMIENTOS:

- **¿Qué hago si mi hijo tiene FIEBRE? (37,5°C o más)**

Bañar al niño o lavarlo con una esponja mojada en agua tibia.

- ✓ Vestir al niño con ropa liviana, tenerlo en un ambiente templado.
- ✓ Darle más líquido para que tome.
- ✓ Lactancia materna a demanda.
- ✓ Darle paracetamol 2 gotas por kilo de peso cada 6 horas.

Por ejemplo: Si su hijo pesa 6 kilos darle 12 gotas cada 6 horas.

Si su hijo pesa 12 kilos darle 24 gotas cada 6 horas.

(O en caso de no tener paracetamol dar ibuprofeno).

Darle **ibuprofeno**: peso de niño dividido por 2 cada 6 horas.

Por ejemplo: Si su hijo pesa 6 kilos darle 3 ml cada 6 horas.

Si su hijo pesa 12 kilos darle 6 ml cada 6 horas.



ALIVIAR EL DOLOR DE GARGANTA

- **¿Cómo alivio el dolor de garganta o calmo la tos con remedios caseros?**

- ✓ Destapar la nariz frecuentemente.
- ✓ Poner una almohada alta para que el niño duerma.
- ✓ Se recomienda:
 - **en los mayores de 1 año:** dar mucho líquido. Dar leche tibia con azúcar.
 - **en los menores de 1 año:** dar el pecho mayor cantidad de veces al día.
- ✓ Eliminar focos de contaminación ambiental: cigarrillos, braseros y estufas.

- **¿Qué hago si mi hijo tiene MANCHAS BLANCAS en la BOCA (candidiasis oral)?**

Antes de dar el pecho:

- ✓ Lavarse bien las manos con agua y jabón.
- ✓ Lavarse el pezón y la aureola con agua bicarbonatada (preparada con 1 cucharadita de bicarbonato de sodio en un pocillo de agua hervida tibia).
- ✓ Lavarse las manos otra vez.
- ✓ Administrar al bebé gotas de Nistatina: medio gotero cada 6 horas durante 7 días.
- ✓ Se recomienda limpiar la boca del niño con una gasa suave y limpia, enrollada en su dedo y mojada en agua bicarbonatada o en agua y sal, para sacar los restos de manchas blancas.

- **¿Cómo trato la conjuntivitis? Es importante seguir las indicaciones del médico y además:**

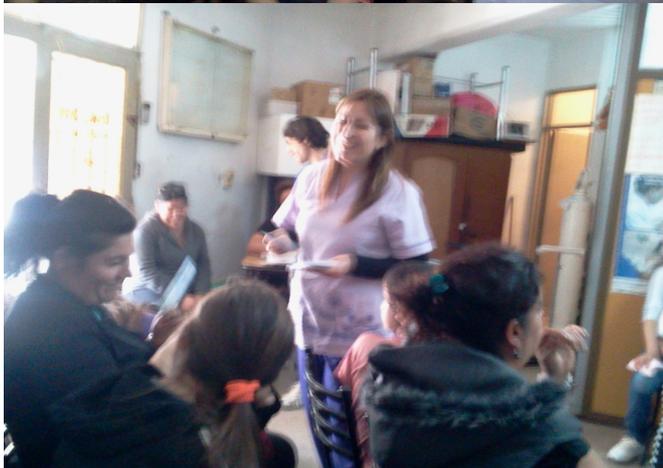
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Limpiar los ojos del niño con una gasa limpia 3 veces al día.
- ✓ Abrir hacia abajo el párpado inferior del niño.
- ✓ Aplicar la pomada oftálmica con antibiótico o gotas recomendadas por el médico.
- ✓ Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento (aunque el ojo este sano).
- ✓ Lavarse nuevamente las manos.

REGRESAR A LOS 2 DÍAS AL CENTRO DE SALUD.

SI EMPEORA CONSULTAR ANTES!

ES IMPORTANTE SIEMPRE CONSULTAR A SU MÉDICO!

Anexo 4: Capacitación a madres sobre IRA



1	3	6	3	2	4	9	0	gs	n	o	Ss	E	s	W	O	n	o	E	o	d	n	o	a	c	e	S	3	7	n	o	n	o	e	c	a	o	s	c	i	e	n	o	S	l	n	o	b	s	i	n	o	c	o	s	n	i		
1	2	4	1	1	2	0	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	n	o	c	o	s	n	i				
2	2	4	4	2	2	0	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	c	n	o	c	o	s	n	i				
2	1	9	1	1	1	3	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	c	s	i	n	o	c	o	s	n	i		
2	3	4	4	1	3	6	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	n	o	t	s	e	n	o	c	o	s	n	i
2	3	2	3	1	4	8	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	c	n	o	c	o	s	n	i				
2	3	2	2	1	3	5	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	n	o	c	o	s	n	i				
2	2	2	2	2	7	2	6	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	i	c	o	n	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	b	n	o	c	o	s	n	i							
2	2	0	1	1	9	3	5	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	i	c	o	n	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	n	o	b	n	o	c	o	s	n	i				
2	2	2	1	1	2	2	8	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	i	c	o	n	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	b	n	o	c	o	s	n	i						
2	3	2	2	1	8	5	7	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	i	c	o	n	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	s	i	n	o	c	o	s	n	i				
2	2	2	2	2	6	3	1	2	9	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	n	o	c	o	s	n	i		
3	2	2	2	1	2	1	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	s	i	a	n	o	c	o	s	n	i		
3	4	8	1	1	1	0	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	n	o	c	o	s	n	i				
3	2	2	2	1	3	8	0	cs	N	O	S	E	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	n	o	c	o	s	n	i				
3	3	3	2	2	4	2	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	i	c	o	n	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	N	O	S	S	E	S	a	n	o	c	o	s	n	i	
3	2	0	1	1	1	3	1	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	b	n	o	c	o	s	n	i			
3	3	1	4	1	2	6	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	b	n	o	c	o	s	n	i			
3	2	0	1	1	2	3	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	b	n	o	c	o	s	n	i				
3	2	1	2	2	2	8	5	0	cs	N	O	S	E	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	i	c	o	n	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	n	o	b	n	o	c	o	s	n	i					
3	1	1	1	1	2	9	0	cs	N	O	S	E	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	n	o	c	o	s	n	i				
3	2	1	1	1	2	2	2	9	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	b	n	o	c	o	s	n	i			
4	3	2	2	4	8	1	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	8	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	s	i	b	s	i	n	o	c	o	s	n	i
4	3	4	3	3	4	7	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	i	c	o	n	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	n	o	s	i	a	n	o	c	o	s	n	i			
4	1	1	1	3	3	2	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	n	o	n	o	e	c	a	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	s	i	c	n	o	c	o	s	n	i				
4	0	2	2	3	3	1	2	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	i	c	o	n	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	n	o	b	n	o	c	o	s	n	i					
4	4	2	2	2	2	9	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	b	n	o	c	o	s	n	i				
4	4	2	2	6	2	7	5	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	8	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	s	i	n	o	c	o	s	n	i	
4	2	1	1	1	3	7	5	0	cs	s	i	S	l	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	a	n	o	c	o	s	n	i			
4	1	6	1	1	3	3	8	0	cs	N	O	S	E	S	S	S	c	o	n	o	c	c	e	a	S	3	7	S	S	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	n	o	S	l	S	S	s	i	a	n	o	c	o	s	n	i	

4	3	3	1	1	3	3	8	5	cs	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	S	I	b	n	o	c	o	s	n	i
4	1	1	1	1	1	2	8	5	ds	i	s	i	S	I	S	I	S	I	O	n	a	c	e	a	b	S	I	3	8	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i			
5	2	1	1	1	1	2	1	0	cs	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i		
5	2	2	2	4	3	2	0	n	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	n	o	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i			
5	3	2	6	6	4	3	5	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	8	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i		
5	1	4	4	6	3	6	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i			
5	2	2	2	3	3	8	3	5	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i		
5	2	3	3	1	2	9	5	0	cs	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i		
5	1	1	1	9	3	5	0	n	o	S	S	E	I	S	I	S	I	O	n	a	c	e	a	b	S	I	3	8	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	n	a	n	o	c	o	s	n	i			
5	3	2	2	6	2	9	0	cs	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	8	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	n	a	n	o	c	o	s	n	i		
5	2	2	2	1	0	1	0	s	i	s	i	S	I	S	I	O	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	b	n	o	c	o	s	n	i						
5	1	1	1	8	2	9	0	e	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	c	n	o	c	o	s	n	i		
6	1	2	2	1	2	3	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i			
6	1	1	1	2	2	9	0	s	i	n	o	S	S	E	I	S	I	O	n	a	c	e	a	b	S	I	3	8	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i				
6	1	6	5	6	3	1	0	f	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i		
6	3	2	2	4	2	1	0	g	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i		
6	4	1	1	1	2	7	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	n	a	n	o	c	o	s	n	i		
6	2	1	1	1	2	5	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i			
6	1	1	1	1	3	0	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	8	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	b	n	o	c	o	s	n	i			
6	3	4	4	6	2	9	0	cs	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i			
6	2	1	1	4	3	1	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	b	n	o	c	o	s	n	i			
6	1	6	6	4	3	8	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	n	a	n	o	c	o	s	n	i		
7	1	4	4	3	2	6	0	f	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	b	n	o	c	o	s	n	i		
7	3	2	2	1	2	0	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	s	i	b	n	o	c	o	s	n	i	
7	2	2	2	1	3	8	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	8	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	b	n	o	c	o	s	n	i			
7	2	2	2	3	3	0	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	b	n	o	c	o	s	n	i			
7	3	2	2	3	3	5	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	s	i	b	n	o	c	o	s	n	i	
7	1	2	2	1	2	9	0	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	c	n	o	c	o	s	n	i			
7	4	1	6	6	6	3	0	e	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	8	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i		
7	2	2	2	1	2	2	0	f	s	i	s	i	S	I	S	I	S	I	c	o	n	a	c	e	a	b	S	I	3	7	\$	1	n	o	c	o	s	n	i	o	s	c	i	e	S	I	S	I	a	n	o	c	o	s	n	i		

7	28	12	21	36	08	0 s	S	S	le o a	Se B	75	ij 50	se	05	ni So	6	eis	la n	no o	s
7	29	12	21	22	5a	0 s	s	S	is le o h	Se B	75	ij 50	se	05	ni So	6	eis	la n	no o	s
8	10	12	21	20	0h	0 s	S	S	le o a	Se B	08	ij 10	se	05	ni So	6	eis	ia n	no o	s
8	21	12	21	5	3	0 s	S	S	le o a	Se B	08	ij 10	se	05	ni So	6	eis	ia n	no o	s
8	12	12	21	32	5a	0 s	S	S	le o a	Se B	08	ij 10	se	05	ni o	6	eis	ea n	no o	s
8	33	12	21	36	0a	0n 0	D S	S	le o e	Se B	08	ij 10	se	05	ni So	6	eis	ib n	no o	s
8	34	12	41	22	0a	0 s	s	S	le o f	Se B	8	ij 0	se	05	ni o	6	eis	er n	no o	s
8	35	12	31	30	5a	0 s	S	S	le o g	Se B	08	ij 10	se	05	ni So	6	eis	h n	no o	s
8	26	12	21	5	0a	0 s	S	S	le o a	Se B	75	ij 50	se	05	ni So	6	eis	h n	no o	s
8	27	12	21	44	0g	0 s	S	S	le o a	Se B	75	ij 50	se	05	ni So	6	eis	ib n	no o	s
8	38	12	22	4	0a	0 s	s	S	le o h	Se B	08	ij 10	se	05	ni s o	6	eis	ib n	no o	s
8	29	12	11	24	0a	0 s	S	S	le o a	Se B	8	ij 0	se	05	ni s o	6	eis	ib n	no o	s
9	30	12	16	30	0d	0 s	S	S	le o a	Se B	75	ij 50	se	05	ni So	6	eis	ib n	no o	s
9	31	12	24	38	1a	0 s	s	S	is le o a	Se B	75	ij 10	se	05	ni n o	6	eis	ib s	ia o	s
9	22	12	21	32	0a	0 s	S	S	le o a	Se B	75	ij 50	se	05	ni ne o	6	eis	ib n	no o	s
9	23	12	26	40	0a	0 s	S	S	le o a	Se B	75	ij 10	se	05	ni n o	6	eis	ea n	no o	s
9	34	12	21	32	0a	0 s	S	S	le o g	Se B	8	ij 0	se	05	ni n o	6	eis	ec n	no o	s
9	25	12	11	30	0a	0 s	S	S	le o g	Se B	75	ij 50	se	05	ni n o	6	eis	eh n	no o	s
9	26	12	28	2a	0 s	S	S	le o h	Se B	75	ij 50	se	05	ni So	6	eis	ib n	no o	s	
9	27	12	23	26	0a	0 s	s	S	le o f	Se B	75	ij 50	se	05	ni n o	6	eis	eb n	no o	s
9	18	12	11	20	0a	0 s	S	S	le o a	Se B	8	ij 0	se	05	ni n o	6	eis	ia n	no o	s
9	29	12	13	3	0a	0 s	s	S	le o h	Se B	8	ij 0	se	05	ni n o	6	eis	eb n	no o	s
1	30	13	11	34	7a	0 s	S	S	le o a	Se B	75	ij 50	se	05	ni s o	6	eis	ia n	no o	s