

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
AREA ACADEMICA DE TRABAJO SOCIAL

“FACTORES ASOCIADOS A LAS MUERTES POR INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA EN LOS MENORES DE CINCO AÑOS
DEL ESTADO DE HIDALGO EN EL 2002.”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A:
BLANCA NIEVES CASTRO HERNANDEZ

A S E S O R A:
L.T.S. JUANA ÁLVAREZ MUND

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la dicha de vivir y disfrutar de mis logros

A mis padres

En su memoria, por su amor,
entrega y grandes enseñanzas ...

A mis Hermanos

Yery, Edgar, Mauro, Jorge por su apoyo
y ánimo que siempre me han dado para
seguir adelante en la continuación de mis metas.

A mis amigas

Lety y Claudia por su amistad, palabras
de aliento y apoyo incondicional
para la culminación de nuestro propósito.

A Eddy

Por su amor, apoyo y momentos compartidos
para la conclusión de este de este trabajo.

A L.T.S. Juana Álvarez Mundo

Por su asesoría y conocimiento compartidos.

Índice

	Pàg.
INTRODUCCION.....	5
JUSTIFICACION.....	9
CAPITULO 1.- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	11
1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.2. Objetivos.....	14
1.3. Supuestos de la investigación.....	15
1.4. Tipo de estudio.....	15
1.5. Sujetos de la investigación.....	16
1.6. Instrumento de medición.....	17
CAPÍTULO 2.- SALUD.....	20
2.1. Definición.....	21
2.2. Infraestructura en salud en el estado de Hidalgo.....	22
CAPÍTULO 3.- MORTALIDAD INFANTIL.....	24
3.1. Concepto de mortalidad infantil.....	25
3.2. La mortalidad infantil en el ámbito internacional.....	26
3.3. La mortalidad infantil en el ámbito nacional.....	27
CAPITULO 4,- INFANCIA.....	29
4.1. Definición.....	30
4.2. Crecimiento y desarrollo.....	30
4.2.1. El crecimiento.....	30
4.2.2. Desarrollo Físico.....	31
4.2.3. Desarrollo Motor.....	31
4.2.4. Desarrollo de las capacidades Lingüísticas.....	33
4.2.5. Desarrollo Emocional.....	33
4.2.6. Desarrollo Cognoscitivo.....	34
4.2.7. Desarrollo afectivo, sexual y social.....	35
4.3. Derechos en Salud.....	36
CAPÍTULO 5.- INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.....	38
5.1. Definiciones.....	39
5.2. Panorama Epidemiológico.....	40
5.3. Clasificación de las Infecciones Respiratoria Agudas.....	46
5.4. Tratamientos.....	47
5.5. Componentes de la Atención.....	49
5.6. Factores de riesgo y protectores de las Infecciones Respiratorias Agudas.....	55
5.6.1. Factores predisponentes.....	55
5.6.2. Factores protectores.....	58

5.6.3. Factores de mal pronóstico.....	60
5.7. Capacitación a la madre o responsable del menor de 5 años.....	62
CAPÍTULO 6.- EDUCACION PARA LA SALUD.....	65
6.1 Concepto.....	66
6.2. Antecedentes.....	67
6.3. Modalidades de la educación.....	70
6.4. El proceso de enseñanza.....	71
6.5. Acciones del personal de salud.....	72
CAPÍTULO 7.- RESULTADOS Y ANALISIS FINAL.....	74
7.1. Presentación de resultados.....	75
CONCLUSIONES.....	113
PROPUESTAS.....	115
GLOSARIO.....	118
BIBILOGAFÍA.....	119
APENDICE.....	121

INTRODUCCIÓN

La Salud es un concepto vago, en algunas de sus definiciones se enfatizan la ausencia de proceso activo de una enfermedad, otras se centran en el grado de dependencia en la vida diaria.

Asimismo la Organización Mundial de la Salud (1946)) definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o afección.

Rosado (1991) considera a la salud también como un componente del nivel de vida de la comunidad y por lo cual, los factores que afectan el desarrollo socioeconómico repercuten directa o indirectamente en las condiciones de salud; porque la comunidad funciona como un todo, donde hay una interacción continua permanente, un todo que no pueda analizarse adecuadamente si se estudia parcializado, como no podría examinarse en forma debida una pintura estudiada por fragmentos y no en su totalidad.¹

La salud indica una situación donde las variaciones que puede presentar un individuo se mantiene dentro de determinado rango, considerado como norma de las variaciones que puede presentar un individuo.

“El nivel de salud de una comunidad, esta condicionado por factores sociales, económicos, biológicos, físicos-químicos, políticos y culturales.”², en el curso de la vida, la conjugación de estos factores determina que el individuo se mantenga sano o enfermo. La enfermedad se presenta en un momento dado, en virtud de que los mecanismos de que dispone el organismo no pueden mantenerlo en equilibrio dinámico con el medio, por causas intrínsecas de desequilibrio interno o porque el

¹ ROSADO, Manuel. “Elementos de Salud Pública” UNAM México DF 1991. Pág. 36

² KISNERMAN, Natalio. “Salud Pública y Trabajo Social” Ed. Humanitas Buenos Aires Argentina. 1981 Pág. 13

ambiente sea muy agresivo y supere a las posibilidades de defensa orgánico y psíquica.

En una época donde las enfermedades emergentes y reemergentes reciben la mayor atención de la comunidad científica, por causa de la enorme trascendencia social en el mundo de hoy y su repercusión futura, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se mantienen como un grupo importante de afecciones con una alta morbilidad y baja mortalidad, las que representan un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. Estas afecciones –conjuntamente con las enfermedades diarreicas y la malnutrición– encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados. Aunque las cifras exactas son difíciles de obtener, “se estima que alrededor de 4,500, 000 niños entre 1 y 4 años de edad mueren cada año por esas causas; de ellos casi la tercera parte son por las IRA, fundamentalmente neumonía. Esta situación es aún más aguda en los países subdesarrollados”.³

Con la mayor prevalencia en estos países se puede mencionar a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), siendo uno de los padecimientos de más alta prevalencia y más frecuentemente identificados como causas de mortalidad en la infancia, son un fenómeno social multicausal que representa una importante carga económica y social para el país en virtud del elevado costo que por concepto de atención curativa deben pagar tanto las familias como el estado. Las Infecciones respiratorias agudas constituyen en México el rubro de enfermedades más frecuente notificado y las formas más graves son causas de un gran número de defunciones.

Existen 4 aspectos importantes en el análisis de las IRA, y a la vez en el enfoque de las estrategias de prevención y control: la presencia de factores de riesgo, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de la atención médica.

³ www.monografias.com/trabajos12/enfin/enfin.shtml

La Secretaría de Salud la cual se encarga a nivel Nacional de dirigir las acciones relacionadas a la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos que se presentan en la población, a través de los Servicios de

Salud establecidos en cada entidad federativa, enfocan sus actividades a disminuir los daños a la salud apoyados en los programas de acción emanados del nivel nacional del que se desprende el Programa de Prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas a partir de 1999.

Se considera relevante realizar este estudio mediante la revisión de 67 cédulas de entrevista llamadas **autopsia verbal**, que fueron aplicadas por personal de salud de las diferentes instituciones que otorgan servicios en el estado (IMSS, ISSSTE y SSH), durante el año 2002, a los responsables de menores de 5 años que fallecieron por una Infección Respiratoria Aguda; con la finalidad de identificar los factores que propiciaron la defunción en los menores en el Estado de Hidalgo.

Este trabajo esta organizado en 7 capítulos, en donde el primer capítulo expone el proceso metodológico en que la investigación se fundamentó.

El segundo capítulo se refiere a la salud como premisa en el desarrollo de un país y los recursos con los que cuenta el estado.

En el tercer capítulo hace referencia a las estadísticas a nivel mundial, nacional y estatal en relación a la mortalidad con este grupo de edad.

El cuarto capítulo desarrolla las características propias del grupo de edad estudiado, y sus derechos en el marco de la salud.

El quinto capítulo se refiere a las Infecciones Respiratorias Agudas, el panorama epidemiológico, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por el personal de salud, así como factores que lo predisponen.

El sexto capítulo menciona el rubro de la Educación para la salud como parte medular en la prevención de este padecimiento.

El séptimo capítulo expone los resultados del análisis que permitirá responder a las preguntas de investigación planteadas en el trabajo, el cual se considera la parte más importante del presente documento.

Al final se mencionan las conclusiones del estudio y se desprenden propuestas que se hacen desde el nivel de competencia de la investigadora y con un enfoque desde el perfil profesional.

JUSTIFICACIÓN

Se define a la Infección Respiratoria Aguda (IRA), como la enfermedad infecciosa causada por microorganismos que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.

Las IRAS representan la primera causa de demanda de atención a la salud, en el ámbito estatal, nacional y mundial, y originan el mayor número de enfermos que cualquier otra patología.⁴

Las infecciones respiratorias agudas son responsables de la muerte de cerca de cuatro millones de niños por año, principalmente en Latinoamérica. La Neumonía es responsable de aproximadamente el 85 % de todas las muertes de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), pero también contribuyen a esta mortalidad la Bronquitis y complicaciones de las vías respiratorias superiores.⁵

La problemática alrededor de las infecciones respiratorias es bastante compleja ya que su alta incidencia, rápida evolución y grandes conocimientos de los signos que indican gravedad, hacen que se implemente una gran medida de control.

Las IRA representan una de las primeras causas de atención médica al nivel mundial. Estadísticas disponibles indican que entre 30 y 60 % de las consultas de niños enfermos son por esta causa y de 30 a 40 % de ellos son hospitalizados. La neumonía y la bronconeumonía son los principales motivos de ingreso hospitalario. No obstante la mayoría de los casos son manejados al nivel de la Atención Primaria de Salud.

El programa Nacional de Salud 2001-2006 en concordancia con el Programa a la Salud de la Infancia, tiene dentro de la estrategia global de reducir los rezagos en salud que afectan a la población menor de 10 años, funciones prioritarias de

⁴ Organización Panamericana de la salud: "Atención del niño con Infección Respiratoria Aguda. 1992 Pág. 6

⁵ www.monografias.com/trabajos15/tanatologia.shtml

prevención y control de enfermedades, entre ellas las IRAS de acuerdo con el impacto que producen en la salud de la población.

En México durante 1996 al 2001, una de las principales causas de enfermedad en este grupo de edad fueron las infecciones respiratorias agudas, neumonías y bronconeumonias. En el último año del período referido, estas causas representaron casi el 80% de todos los casos que se reportaron en los menores de 1 año⁶. Las Infecciones respiratorias agudas por si solas contribuyeron con cerca del 80% de todas las causas, teniendo como total 4, 520,390 casos en el país durante ese período.

El análisis en este estudio permitirá conocer los factores asociados a las muertes por Infección Respiratoria Aguda en los menores de cinco años, y se pretende a través de los resultados obtenidos, contribuir a abatir la problemática de esta enfermedad en la infancia, la reducción del número de muertes y mejoramiento de la salud del niño, a través de la implementación de acciones correctivas relacionadas a la atención del menor de cinco años que padece una Infección Respiratoria y poder establecer estándares de diagnóstico y tratamientos tanto al nivel de los servicios de salud como en el hogar, considerando el replanteamiento de programas de prevención, capacitación al personal y atención en las Instituciones del sector salud del Estado.

⁶ Secretaría de salud. "Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de procedimientos Técnicos" 1998 México DF.

CAPITULO 1 -METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2. OBJETIVOS

1.3. SUPUESTOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5. TIPO DE ESTUDIO

1.5. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

1.6. TIPO DE ESTUDIO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es un componente del nivel de vida de la comunidad, y por lo cual, los factores que afectan al desarrollo socioeconómico repercuten directa o indirectamente en las condiciones de salud porque la comunidad funciona como un todo que no puede analizarse adecuadamente si se estudia parcializada, por lo que es frecuente creer que la salud depende casi exclusivamente de lo que hacen los médicos y el personal paramédico, sin valorar otras circunstancias que incluso tienen mayor repercusión en la salud pública que las acciones médicas directas, como lo son el mejoramiento económico, el saneamiento, la nutrición y la educación social.

Es necesario que, como parte de la educación social, se cree en cada ciudadano conciencia plena de que debe cuidar su salud y su vida, para beneficio personal, de su familia y de la colectividad. El que un niño, por ejemplo, contraiga poliomielitis y quede con secuelas paralíticas, no es sólo una tragedia para él, también es para la familia y para la sociedad. De ahí la responsabilidad de todos.

El nivel educativo y los patrones culturales también están supeditados al sistema socioeconómico de los países. El estudio de los hábitos y costumbres de las personas puede ayudar a comprender la conducta que manifiestan ante la salud y la enfermedad.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) constituyen en la actualidad, el primer lugar dentro de las causas de morbilidad a nivel mundial y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Se estima que de tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos.

En la población menor de un año de edad (Infantil) las enfermedades infecciosas son las que afectan mayoritariamente la salud en esta etapa de vida. Dadas las características de vulnerabilidad de los lactantes, el riesgo que se presenten complicaciones por estos padecimientos es muy alto.

Se ha considerado que las IRAS representan enorme importancia epidemiológica, ya que ocupan el primer lugar en cuanto al número de casos en los menores de 5 años y en mayor proporción en menores de 1 año, por lo que tiene una gran magnitud con relación a otras enfermedades (desnutrición y enfermedades diarreicas), por que además, ésta, se puede convertir en neumonía y producir la muerte.

Las siguientes preguntas orientaron el proceso de indagación:

¿Cuáles son los factores asociados a las defunciones por Infección Respiratoria Aguda en los menores de 5 años del estado de Hidalgo en el 2002?

¿Cuál es el grupo de edad de entre 0 a 4 años en donde se presentó mayor número de defunciones con causa atribuible a una Infección Respiratoria Aguda en el estado de Hidalgo en el 2002?

¿Cuáles fueron las localidades y municipios que presentaron defunciones por Infección Respiratoria Aguda en los menores de 5 años del estado de Hidalgo en el 2002?

¿Cuál es la estación del año en que se presenta el mayor número de defunciones por Infección Respiratoria Aguda en los menores de 5 años del estado de Hidalgo en el 2002?

¿Cómo se dio el proceso de atención por parte de los responsables del menor de 5 años y el personal de salud, en los niños que padecieron una Infección Respiratoria Aguda y que fallecieron en el estado de Hidalgo en el 2002?

1.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores que se asocian a las defunciones por Infección Respiratoria Aguda en los menores de 5 años del estado de Hidalgo en el 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer el grupo de edad de entre 0 a 4 años en donde se presentó el mayor número de defunciones atribuibles a una Infección Respiratoria Aguda en el estado de Hidalgo en el 2002.
- Conocer las localidades y Municipios de origen del total de las defunciones por Infección Respiratoria Aguda del estado de Hidalgo en el 2002 estudiadas mediante la autopsia verbal.

Conocer en que estación del año se presentaron las defunciones por Infección Respiratoria Aguda del estado de Hidalgo en el 2002 estudiadas mediante la autopsia verbal.

Analizar el proceso de atención con el que contaron los menores de 5 años que fallecieron por Infección Respiratoria Aguda del estado de Hidalgo en el 2002 estudiadas mediante la autopsia verbal.

1.3. SUPUESTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Le edad, el sexo, el sitio de ocurrencia y el proceso de atención son factores que inciden en las muertes de menores de 5 años por infección respiratoria aguda.

1.4. TIPO DE ESTUDIO

La investigación que llevó a cabo es de tipo explicativo, porque se mencionaron algunos factores asociados a las muertes que se presentaron por infección respiratoria aguda en los menores de cinco años en el estado de Hidalgo durante el año 2002, éste fue apoyado en la revisión y análisis de datos recolectados en cédulas de entrevista llamadas **autopsias verbales**, aplicadas durante los 30 días posteriores a la muerte de un menor de 5 años, por el personal de salud de las distintas instituciones del Sector Salud como son: IMSS, ISSSTE y SSH.

Contó con la característica de ser retrospectivo porque el estudio se realizó en base a eventos acontecidos en un tiempo pasado, en este caso de las defunciones ocurridas en los menores de 5 años en el año 2002, así como también es longitudinal, ya que solo se realizó por una sola ocasión y no se pretende evaluar la evolución del fenómeno.

No se consideró muestra ya que se llevó a cabo la revisión del 100% de las cédulas de entrevistas de las autopsias verbales aplicadas, las cuales fueron un total de 67, incluyendo todas las instituciones del sector salud, se hace mención que existieron 16 defunciones más para este año las cuales no se consideraron en el estudio por no contar con la aplicación de la autopsia verbal, debido a que se omitieron datos o hubo cambio de domicilio de las personas entrevistadas.

Se considera necesario señalar algunos conceptos básicos que guiaron la investigación.

Defunciones por IRA: Son las muertes ocurridas con la causa atribuible a una Infección Respiratoria Aguda. En este estudio se trató de explicar cuales son los

factores que de manera directa o indirecta contribuyen a la aparición de las defunciones por Infección Respiratoria Aguda.

Edad: Cada uno de los periodos en que se considera divide la vida humana.

En este estudio se tratara de identificar si la edad contribuyo para que dentro de este grupo al que esta enfocado la investigación existe una edad con mayor susceptibilidad a morir por este padecimiento, en base al sustento teórico recopilado y la experiencia personal.

Sexo: Condición biológica por la que se diferencian los hombres de las mujeres.

De igual manera en este estudio se identificó cual sexo es el que presenta mayor número de defunciones, y si es considerado alguno de estos como mayormente vulnerable para la presencia de defunciones por este padecimiento.

Sitio de ocurrencia: Localidad donde se presento la defunción de un menor de cinco años por infección respiratoria aguda. Para es estudio tomó en cuenta la localidad y municipio de ocurrencia para poder contar con una base que permita ubicar las regiones en donde existe mayor numero de defunciones y considerarlas como lugares en donde focalizar las estrategias de intervención.

Estación del año:

Periodo que compone cuatro meses en los que existe características propias de clima. La investigación pretendió identificar si las condiciones climáticas contribuyeron a la presencia de mayor numero de funciones ya que este padecimiento se presenta durante todo los meses del año.

Proceso de atención.

Conjunto de pasos o fases de la atención que se brindó en el hogar o en una consulta a un niño menor de 5 años que presentó una Infección Respiratoria Aguda, desde la aparición de la enfermedad hasta su deceso. Se trató de explicar las acciones que se llevaron a cabo durante el tiempo en que el niño enfermo por una Infección Respiratoria Aguda, si existieron errores durante la atención ya sea en

el **hogar** o en la **consulta** y de que manera estos contribuyeron a que el niño falleciera.

1.5. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Se consideraron a 67 niños y niñas menores de cinco años (31 y 36 respectivamente), que fallecieron posteriormente al padecimiento de una Infección Respiratoria Aguda en el estado de Hidalgo en el 2002 y que contaron con la aplicación de la cédula de entrevista **autopsia verbal** a los responsables de estos fallecidos.

Se diseñó una base datos referente a:

- Grupos de edad en las que se presenta las defunciones por IRA.
- Número de defunciones por Infección Respiratoria Aguda por sexo.
- Localidades y Municipios en los que se presentaron las defunciones por Infección Respiratoria Aguda en los menores de 5 años.
- Meses en los que se presentaron las defunciones por Infección Respiratoria Aguda, para considerar la estación del año en que ocurrieron mayor número de defunciones.
- Principales errores de la atención en casa y en consulta del menor que falleció por una Infección Respiratoria Aguda.
- En base a la información generada con el análisis de los datos mediante los formatos de las cédulas aplicadas con anterioridad se fue depurando la información que pudiera ser de mayor relevancia para este estudio.

1.6. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La recolección de datos se apoyó en la revisión de los formatos de cédula de entrevista llamada **autopsia verbal** implementada por el Programa Nacional de las Infecciones Respiratorias Agudas, la cual fue aplicada a 67 responsables de niños menores de 5 años, que fallecieron y presentaron previo al deceso, una Infección Respiratoria Aguda, ésta se aplicó entre los primeros 30 días posteriores a la defunción, por personal de salud de las diferentes instituciones que conforman el Sector Salud, tiene como objetivo, obtener información del responsable del menor que estuvo a su cuidado en los momentos previos a la defunción, así como datos específicos de los menores de 5 años fallecidos y algunos datos de los responsables de los niños.

El instrumento consta de 9 apartados los cuales son:

- 1.- Identificación. Este apartado permite conocer el estado, Jurisdicción o Delegación en la que se levanta la cédula, zona si el caso de una institución de seguridad social, fecha de aplicación y el nombre de la persona que lo aplica.
- 2.- Datos del certificado de defunción. En esta parte se incluyen los datos del niño (a) fallecido (a), domicilio, localidad, municipio, edad del fallecido, sexo, derechoabiencia, fecha y hora de la defunción y causas de la muerte según el certificado de defunción.
- 3.- Datos del Responsable del menor. Se obtienen datos sobre el parentesco que tiene la persona entrevistada con el menor fallecido, edad del entrevistado, si sabe leer y escribir, otra defunción en esa familia de un menor de cinco años, tiempo que emplea la persona para trasladarse al centro o clínica de salud más cercana.
- 4.- Padecimiento. En este se registran las molestias que presentó el menor cuando inició su enfermedad y su atención, signos de alarma, duración de la enfermedad,
- 5.- Atención recibida en su hogar. Esta sección permite conocer si se le atendió primero en su casa, qué medidas generales se le proporcionaron, y si se le dio algún medicamento.

6.- Primera Atención fuera del Hogar. En este apartado se obtiene la información de la primera atención o consulta recibida, ver el tipo de personal que lo atendió, en que tiempo después que inició la enfermedad, que indicaciones le dio a la madre o responsable del menor.

7.- Consultas Subsecuentes. En esta sección podemos conocer si la madre o responsable del menor acudió por segunda ocasión con el personal que lo atendió anteriormente, que indicaciones le dio, y cual fue su seguimiento.

8.- Lugar de la defunción. Permite conocer el lugar donde el niño falleció

9.- Capacitación. Aquí conoceremos si la madre o responsable del menor fue capacitada previa al fallecimiento del menor sobre IRAS. Y el lugar en que fue capacitada.

El Instrumento consta de 58 preguntas además de los datos que se solicitan en el apartado 1. (Ver apéndice).

Es importante mencionar que el instrumento cuenta con un instructivo para el entrevistados en donde se sugiere que el vaciado de los datos sea claro y preciso con letra de molde en cada uno de los rubros, que no sugiera o acepte respuestas condicionadas, además de inspirar confianza y adoptar una actitud de empatía por el momento que la familia esta pasando.

Para este estudio no se consideraron algunas preguntas del instrumento ya que se perdería el enfoque social debido que su estructura y objetivo de elaboración, considera aspectos clínicos.

Al hacer la revisión de las cédulas se pudo observar que no todas las preguntas fueron contestadas en su totalidad o se omitió el dato por lo que en la base de datos primaria se contabilizaron con las respuestas de **no especificado** por considerarlas de igual manera un dato no específico

CAPITULO 2.- SALUD

2.1. DEFINICION

2.2. INFRAESTRUCTURA EN SALUD EN EL ESTADO DE HIDALGO

2.1. DEFINICION

La salud es un componente del nivel de vida de la comunidad y por lo cual los factores que afectan al desarrollo socioeconómico repercuten directa o indirectamente en las condiciones, los progresos en salud están relacionados con el mejoramiento económico y a obras de saneamiento, con el desarrollo de acciones sanitarias educativas y nutricionales que abarquen a la mayoría de la población; pero éstos avances estarán limitados en los países subdesarrollados por la situación económica de los grandes sectores, cuya economía no sólo, sino que existe una tendencia de empeoramiento.

Rosado (1991) cita lo siguiente: “la salud individual por mucho tiempo se ha considerado como una condición del organismo físicamente íntegro que funciona de manera armónica.” Lo que significa, un ser que se encuentra completo desde el punto de vista de sus partes que normalmente lo constituyen, y además, que estas partes desarrollan sus funciones en forma armónica⁷. Posteriormente, se introdujo el concepto que éstas funciones deben mantenerse en equilibrio, no solo con su medio, sino también con el medio externo.

Como conclusión Rosado define a la salud Pública como: “El conjunto de ciencias y artes encaminados a prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad mediante, el saneamiento, el control o erradicación de las enfermedades, la organización de los servicio médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de las enfermedades, así como también con el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo, que el ser humano se encuentre en condiciones de disfrutar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”.

⁷ ROSADO, Manuel. 1991. op. cit. Pág. 36

Es frecuente creer que la salud depende casi exclusivamente de lo que hacen los médicos y el personal paramédico, sin valorar otras circunstancias que incluso tienen mayor repercusión en la salud pública que las acciones médicas directas, como lo son el mejoramiento económico, el saneamiento, la nutrición y la educación social”.⁸

En síntesis, el proceso salud-enfermedad depende principalmente de la estructura socioeconómica, por lo cual, la patología del subdesarrollo y de las familias pobres tiene su origen, sobre todo en las condiciones de depresión socioeconómica en que viven.

El nivel de salud de una comunidad esta condicionado por factores sociales, económicos, biológicos, físicos-químicos, políticos y culturales. En el curso de la vida, la conjugación de estos factores determina que el individuo se mantenga sano o enferme. Se presenta en un momento dado la enfermedad, en virtud de que los mecanismos de que dispone el organismo, que no pueden mantenerlo en equilibrio dinámico con el medio, por causas intrínsecas de desequilibrio interno o porque el ambiente sea muy agresivo y supere a las posibilidades de defensa orgánica y psíquica.

2.2. INFRAESTRUCTURA EN SALUD EN EL ESTADO DE HIDALGO

El estado de Hidalgo cuenta con 2447984 habitantes, la Cobertura de Servicios de Salud se proporciona por las diferentes instituciones del Sector Salud, las cuales se dividen en personas sin derechoabiencia, siendo un total de 1,684,531 personas representando el 68% del total de las Instituciones que proporcionan estos servicios los cuales son: Servicios de Salud de Hidalgo que cubre un 51.71%, IMMSS Oportunidades el 17.1% y el Seguro Popular el 8.98 y personas con Seguridad

⁸ Asociación Española de Trabajo Social en Salud “La participación Social en Salud”. Monográfico Trabajo Social y Salud no. 41. España Marzo 2002. Pág. 64

Social, representado por 543453 personas. Las instituciones que le corresponde brindar el servicio a estas son: IMSS Ordinario que atiende al 15.3% de la población total, ISSSTE a un 5.9%, PEMEX 0.67 y otras (DIF)⁹ Los Servicios de Salud en el Estado se estructuran en tres grandes niveles de concurrencia: estatal, jurisdiccional y local con una necesaria y estrecha coordinación con los niveles de gobierno estatal y municipal y las otras instituciones que prestan servicios de salud.

Este sistema actualmente como estado desconcentrado, ha operado en los últimos años como respuesta a las necesidades sociales y para coordinar y organizar las acciones de las diferentes instituciones en beneficio de la sociedad Hidalguense y como base para su desarrollo.

Los Servicios de Salud de Hidalgo realiza esta cobertura a través de las Jurisdicciones Sanitarias. La Jurisdicción Sanitaria esta considerada dentro del Modelo de Atención a la Población Abierta, como la unidad técnico administrativa desconcentrada por territorio que depende del nivel estatal y funge como enlace con el nivel aplicativo; es el órgano responsable de planear, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de atención médica a la población abierta y de salud pública así como desarrollar actos de regulación sanitarios en el área geográfica de su responsabilidad.

Actualmente se cuenta con 13 Jurisdicciones Sanitarias, 457 Centro de Salud rurales y urbanos y 11 Hospitales, IMSS Oportunidades, cuenta con 18 Clínicas, ISSSTE cuenta con 43, PEMEX 5 consultorios clínicos y SEDENA 2.

⁹ SECRETARIA de Salud. "Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta". Servicios de Salud Hidalgo. 2004. Pág. 18

CAPITULO 3 MORTALIDAD INFANTIL

3.1. CONCEPTO DE MORTALIDAD INFANTIL

2.2. LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL ÁMBITO MUNDIAL

2.3 LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL ÁMBITO NACIONAL

3.1. CONCEPTO DE MORTALIDAD INFANTIL

La muerte es un paso inevitable en la vida de cada persona que podemos analizar como un hecho estrictamente biológico que tiene una relación con la sociedad de la cual forma parte el individuo, por lo tanto, la mortalidad es un fenómeno complejo, determinado por diferentes factores tales como: edad, sexo, ocupación, clase social y medio ambiente.

La mortalidad se refiere a las muertes sucedidas dentro de una población. Si bien todos estamos destinados a morir algún día, la probabilidad de morir durante un periodo determinado de tiempo se relaciona con muchos factores, como la edad, el sexo, la raza la ocupación y la clase social. La incidencia de la muerte puede revelar muchos detalles acerca del nivel de vida y la atención médica de una población.¹⁰

La tasa de mortalidad infantil es el número de niños de 1 año que fallece por cada 1.000 nacidos vivos durante un año determinado. La tasa de mortalidad infantil se considera un buen índice de las condiciones de salud de una población.

Hablar del fenómeno de mortalidad es mostrarnos las diferentes connotaciones que existen de ella, se puede iniciar con lo que José Bobadilla (1982) menciona: “La muerte es tangible, se trata ante todo de un fenómeno biológico, aunque determinado socialmente de tal manera que sus causas y su número índice encuentran por lo general explicación en las formas de la organización social”¹¹ Por su parte, Héctor H. Hernández (1989) dice que “La muerte es la expresión última e irreversible de un daño a la salud y su análisis corresponde a una convergencia interdisciplinaria de la biología, la medicina, la sociología, la economía, la psiquiatría y la demografía”¹².

¹⁰ VARIOS Autores, “Manual sobre la Populati6n Reference Bureau” 4ª Edici6n Internacional 2001. P6g.25

¹¹ BOBADILLA Jos6. “ Vida y muerte del mexicano” Ed. Folios 1982 P6g. 15

¹² HERNANDEZ Bringas H6ctor H. “Las muertes violentas en M6xico” UNAM 1989. P6g. 11

3.2. LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

En todo el mundo la mortalidad en la infancia es más elevada en los varones que en las mujeres, pero hay sus excepciones, por ejemplo en China, la India, Nepal y el Pakistán, la mortalidad de niñas es superior a la de los niños, esa disparidad es particularmente pronunciada por la preferencia que tienen los varones para la atención y cuidados.

En los países en desarrollo, las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo las que más muertes de niños provocan, debido en parte a la epidemia del VIH/SIDA, aunque algunas zonas se han logrado mejoras sustanciales, aún así las enfermedades transmisibles siguen figurando entre las 10 principales causas de defunción en los niños y provocan alrededor del 60% de las muertes infantiles.

En cuanto a la mortalidad de niños menores de un año, se considera como un indicador sensible de las condiciones socioeconómicas y de salud de la población. Se puede decir que ha tenido la disminución más notable en relación a la mortalidad general. Si bien es cierto “en nuestros días muere un niño menor de un año de edad por cada siete que fallecían al inicio del siglo”.¹³, es por eso, que en esta edad se ha reducido el valor de la tasa de mortalidad a 56.8 fallecimientos de menores de un año de edad por mil nacidos vivos durante 1979-1980 y de 1986 a 1987 la tasa de mortalidad se redujo a 46 defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos.

En cuanto a este último factor, Beam (1979) menciona lo siguiente en relación al riesgo de morir de los niños menores de un año de vida: “de modo marcado, a medida que la educación de la madre aumenta, de esta manera, los hijos de mujeres analfabetas tienen un riesgo de 3.5 a 5 veces mayor que las de mujeres

¹³ JIMENEZ Órnelas René. "Los cambios de la mortalidad en México, 1900-1987" UNAM 1982 Pag. 7

que han alcanzado diez y más años de educación”¹⁴, este sería un llamado urgente, si se desea que se reduzca la mortalidad, y uno de los caminos indispensables es elevar la escolaridad femenina, las estadísticas a nivel mundial muestran que las tasas de mortalidad infantil en algunos países de los diferentes continentes son más altas en las mujeres que no cuentan con ninguna educación que las que cuentan con alguna grado de escolaridad.¹⁵

3.3. LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL ÁMBITO NACIONAL

A pesar de la acelerada disminución de la mortalidad de menores de un año; México aún se encuentra lejos de alcanzar los niveles que prevalecen en sociedades con mejores niveles de vida como es el caso de los países desarrollados; se dice en nuestro país, que la mitad o más de los fallecimientos de menores de un año de edad se originan después de los 28 días de vida, se trata del grupo etareo más frágil y susceptible de contraer enfermedades y de morir¹⁶, debido a una serie de causas como: enfermedades infecciosas y parasitarias, influenza, neumonía, diarreas y enteritis, entre otras; las cuales dependen de diferentes factores, entre estos: las condiciones alimenticias, de vivienda, la falta de higiene, la mala distribución de ingresos, la educación, etc.

En México de 1995 al 2000 en el grupo de población preescolar, hubo una disminución de la mortalidad del 34.8% del total de casos, pero fue mayor en relación a la mortalidad infantil que en cifras absolutas hubieron 3,717 números de defunciones menos en el 2000, con relación a 1995. En el año 2000 se presentaron un total de 45,584 defunciones en menores de cinco años, de las cuales 3,8621 se distribuyeron en los menores de 1 año y el 6,963 en los de 1 a 4 años, dentro de las primeras causas en la población infantil (niños menores de 1 año), se identifican a ciertas infecciones originadas en el periodo perinatal, dificultad respiratoria, malformaciones congénitas, Influenza y Neumonía.

¹⁴ BEAM Hugo "Determinantes económicas y sociales de la mortalidad en América Latina" México 1979 pàg.23

¹⁵ www.undp.org/spanish/mdgsp/ODM-mortalidad.pdf

¹⁶ *Ibíd.*

La **mortalidad infantil** es el indicador más utilizado para evaluar el estado de salud de las poblaciones. En nuestro país de 1995 al 2000 hubo una reducción de 19.5% con relación a la tasa, lo que en números absolutos significa 9402 defunciones menos.¹⁷

Las cifras relacionadas con mortalidad infantil en general, a nivel nacional, en el 2001, se estimaron 13.0 muertes por cada mil niños o niñas y en el 2002, 13.5 muertes en la misma proporción, sin embargo, al revisar los índices por Estado (todos los estados de la república), llama la atención que algunas de las entidades más marginadas y pobres registran una tasa menor, lo que parece incongruente y hace pensar en un posible sub-registro de los Estados en sus datos, necesario de confirmarse.

¹⁷ VARIOS Autores, "Manual sobre la Población Reference Bureau" 4ª Edición Internacional 2001. Pag 25

CAPÍTULO 4.- INFANCIA

4.1. DEFINICIÓN

4.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

4.2.1. EL CRECIMIENTO

4.2.2. DESARROLLO FÍSICO

4.2.3. DESARROLLO MOTOR

4.2.4. DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES LINGÜÍSTICAS

4.2.5. DESARROLLO EMOCIONAL

4.2.6. DESARROLLO COGNOSCITIVO.

4.2.7. DESARROLLO AFECTIVO, SEXUAL Y SOCIAL

4.3. DERECHOS EN SALUD

4.1. DEFINICIÓN

La Infancia. Se considera al período comprendido entre el momento del nacimiento y los 12 años, aproximadamente. Esta primera etapa de la vida es fundamental en el desarrollo, pues de ella va a depender la evolución posterior, y sus características primordiales serían las físicas, motrices, capacidades lingüísticas y socio-afectivas.¹⁸

La UNICEF menciona que el niño es toda persona menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de las leyes de su país, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

4.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

4.2.1. EL CRECIMIENTO

Se considera al crecimiento como un fenómeno biológico complejo, y representa una parte vital en el desarrollo normal de todos los niños. El crecimiento es especialmente rápido en la niñez, y especialmente durante el primer año de vida; en este tiempo puede triplicarse el peso en relación con el peso al nacer, y también se produce un aumento del 50% en longitud.

El crecimiento se consigue por una doble acción: un aumento en el tamaño de las células del cuerpo, y un aumento en su número real. Tanto el crecimiento como la división celular dependen de la capacidad de las mismas para asimilar los nutrientes que encuentran en el ambiente en que se desarrollan. Así, los alimentos son usados por el cuerpo para construir nuevas estructuras celulares

¹⁸ <http://ccr.dsi.unal.mx/macorona/idex.html>

El crecimiento no puede seguir manteniendo los valores tan elevados del primer año de vida. De hecho el crecimiento de un individuo sufre cambios previsibles a lo largo de la vida. El ritmo de crecimiento es muy intenso durante los 2 primeros años de vida, disminuyendo de forma progresiva y estabilizándose en el periodo comprendido entre los 3 y 6 años.¹⁹

4.2.2. DESARROLLO FÍSICO

El neonato pesa normalmente entre 2.5 a 3 Kg. y tiene una estatura promedio de 0.50 m. Tiene una cabeza desproporcionada en relación con su cuerpo y duerme la mayor parte del tiempo. Durante los primeros 18 meses de vida, un niño en su desarrollo normal incrementa mucho su peso y su altura, comienza la dentición, desarrolla la discriminación sensorial, y comienza a hablar y a caminar. La agudeza sensorial se desarrolla con rapidez durante los tres primeros meses de vida. Las investigaciones realizadas demuestran que los recién nacidos son capaces de realizar discriminación visual y auditiva. Dos días después del nacimiento los niños pueden distinguir olores. Reaccionan a los ruidos elevados y probablemente, poseen el sentido del gusto. En estos tres primeros meses los niños pueden distinguir colores y formas, y pueden mostrar preferencias por estímulos complejos y nuevos, en contraposición a los estímulos sencillos y familiares.

4.2.3. DESARROLLO MOTOR

Los recién nacidos realizan movimientos motores, muchos de los cuales son reflejos, como el reflejo de Moro o 'reflejo de abarcamiento', el de succión y el de marcha. La mayoría de estos reflejos desaparecen durante los primeros meses de

¹⁹ Games Eternod J, Palacios Treviño J. "Introducción a la Pediatría." 6a. Edición. México 1995. Pág 148-151

vida, pero algunos permanecen, como es el caso del reflejo de succión. A las 25 semanas sienta solo, a las 45 semanas gatea, a los 15 meses ya camina solo.²⁰

A partir de los tres meses el niño responde a los estímulos internos y desde los seis meses a los externos, hay pues, formas de sensación y actividad. Se puede suponer un psíquico elemental, difuso, con un estado indistinto de sueño, con variaciones afectivas de malestar y bienestar. Las etapas principales de la locomoción son: reptar (propulsarse utilizando sólo los brazos), gatear (propulsarse con las manos y las rodillas) y caminar no es un ser completamente pasivo ya que gradualmente va reaccionando a la variedad e intensidad de los estímulos de su nuevo ambiente.²¹

Aparecen los primeros actos reflejos: Succión del pecho materno, contracción pupilar, reacción ante sonidos fuertes y ante diversos sabores. Realiza movimientos espontáneos e indiferenciados: Agita y retuerce su cuerpo, mueve los brazos y piernas (pedalea). A las 15 semanas: Puede coger un objeto perfectamente.²²

Un niño anda entre los 13 y los 15 meses de edad de promedio, a los 2 años Sube las escaleras solo, a los 3 años corre de una manera más uniforme, puede lavarse y secarse las manos solo, alimentarse con una cuchara sin ensuciarse demasiado, ir al baño, responder a instrucciones.

En el tercer año de vida, el niño anda con seguridad, puede acelerar o moderar la marcha, cambiar de dirección y detenerse a su voluntad. Sube y baja escaleras apoyado en una mano o bien puede prescindir del apoyo manual.

La preferencia lateral aparece en algunos niños antes de los 2 años; sin embargo, y por lo general, se produce entre los 3 y los 6 años. A los 4 años comienza ya a dibujar letras y números sin un esquema definido.

²⁰ www.familiavrtual.com.mx

²¹ <http://ccr.dsi.unal.mx/macorona/idex.html>

²² www.familiavrtual.com.mx

4.2.4. DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES LINGÜÍSTICAS

Los niños con un desarrollo normal poseen sistemas neurológicos que detectan y almacenan sonidos vocales, permiten la reproducción de estos sonidos, y a su debido tiempo permiten el lenguaje. Los niños emiten todos los sonidos vocales conocidos, pero sólo retienen aquéllos que oyen con regularidad. Entre el cuarto y el noveno mes, tienen lugar las etapas de balbuceo. A los 9 meses aparecen las primeras vocales claramente pronunciadas. Los sonidos similares a palabras (primeras consonantes) aparecen hacia los 12 meses y tienen un significado a los 18 meses. Utilizan frases de una y dos palabras para expresar un significado. Las primeras palabras suelen ser nombres de objetos y descripciones de acciones, por ejemplo “papá agua”. A partir de los 18 meses de edad la adquisición de un lenguaje complejo es muy rápida. A los 2 años y medio es ya posible para el niño la combinación de 2 palabras. El dominio completo de todos los sonidos simples y sus combinaciones es de esperar que se produzca antes de los 7 años.

4.2.5. DESARROLLO EMOCIONAL

El vínculo consiste en una unión psicológica entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general su madre. El llanto y la risa ponen en contacto a los niños con quienes los cuidan. Este vínculo proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Las investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado impide el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida; por ejemplo, si un niño es separado de su madre y, tras esa situación no establece un vínculo seguro, se perturbará su desarrollo posterior. Se presentan reacciones emocionales indiscriminadas de agitación y excitación que acompañan a los movimientos espontáneos y que se producen ante estímulos agradables o desagradables

Es probable que sucesos traumáticos que se producen durante la infancia, tales como los abusos físicos o la malnutrición, afecten al desarrollo y al comportamiento de una forma negativa. Experiencias menos extremas²³ también tienen su influencia, pero sus efectos pueden ser temporales y menos llamativos. Se ha demostrado que las primeras experiencias influyen en las actitudes hacia el proceso de aprendizaje, en el concepto que el niño tiene de sí mismo, y en la capacidad para formar y mantener relaciones sociales y emocionales en el futuro.²⁴

4.2.6. DESARROLLO COGNOSCITIVO.

El niño de 0 hasta los 7 años, pasa por los siguientes periodos de desarrollo de la inteligencia:

1. **Periodo de inteligencia senso – motora:** El infante se interesa en ejercitar sus órganos sensoriales, sus movimientos y su lenguaje que le van permitiendo el ir afrontando determinados problemas. Así, entre los 5 y 9 meses, el bebé moverá su sonaja para escuchar el ruido.
2. **Periodo de la inteligencia concreta.** Este periodo se divide en dos fases:
 - A. Fase del pensamiento simbólico (2 – 4 años) Aquí el niño lleva a cabo sus primeros tentativos relativamente desorganizados e inciertos de tomar contacto con el mundo nuevo y desconocido de los símbolos. Comienza la adquisición sistemática del lenguaje gracias a la aparición de una función simbólica que se manifiesta también en los juegos imaginativos. Por ejemplo, el niño al que le regalaron una pelota grande y de colores que está colocada como un adorno. Sus hermanos salen a jugar (sin llevar la pelota de siempre, sucia y pequeña) y le dicen al niño que traiga la pelota; él llevará la que está de adorno porque para él no hay más pelota que la que le regalaron.

²³ Games Eternod J, Palacios Treviño J. "Introducción a la Pediatría." 6a. Edición. México 1995. Pág. 148

²⁷ [www/monografias.com/trabajos15/inteligencia-emocional/.shtml](http://www.monografias.com/trabajos15/inteligencia-emocional/.shtml)

B. Fase del pensamiento intuitivo (4 – 7 años) Se basa en los datos perceptivos. Así dos vasos llenos de la misma cantidad de bolitas, el niño dirá que hay más en el vaso largo. En este periodo el desarrollo del niño va consiguiendo estabilidad poco a poco, esto lo consigue creando una estructura llamada agrupación. El niño comienza a razonar y a realizar operaciones lógicas de modo concreto y sobre cosas manipulables. Encuentra caminos diversos para llegar al mismo punto (sabe armar rompecabezas).²⁵

También en este periodo predomina el juego y la fantasía, por lo que el infante gusta de cuentos, fábulas y leyendas. Mediante su exaltada fantasía dota de vida a los objetos y se crea un mundo psicológico especial

4.2.7. DESARROLLO AFECTIVO, SEXUAL Y SOCIAL:

Se distinguen tres fases:

Fase oral: El niño nace preparado a conservar la vida mamando, y mientras se nutre tiene las primeras relaciones con los demás, creando de este modo un nexo entre afecto y nutrición y entre necesidad de los otros y actividad oral. El niño llevará – para experimentar y comunicar con los demás: todo a la boca, (siente placer).

Fase anal: Se denomina así porque el niño ya comienza a controlar sus esfínteres y obtiene un placer reteniendo los movimientos intestinales que estimulaban la mucosa anal.

Fase elíptica: El infante desarrolla un intenso amor por el progenitor del sexo opuesto. El niño se apega a la madre y la niña al padre.²⁶

²⁸ www.monografias.com/trabajos16/desarrollo-del-lenguaje/.shtml

²⁶ *Ibid.*

4.3. DERECHOS EN SALUD

En la convención sobre los derechos del niño adoptado por la asamblea General de las Naciones Unidas en el Artículo 24 menciona lo siguiente:

“1.Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”²⁷

Así como en su apartado 2 del mismo capítulo también hace referencia a que los Estados tendrán que asegurar la plena aplicación de este derecho y, de manera en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: Reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud, combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud, así como la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, tomando en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente., también se toman aspectos como el de asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres y asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

Este documento hace referencia a que los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria a la salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.

²⁷ VARIOS Autores.” Convención sobre los derechos del niño” Tercera Edición. México DF Mayo 2000. pág. 19

CAPITULO 5.- LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

5.1. DEFINICIONES

5.2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

5.3. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

5.4. TRATAMIENTOS

5.5. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN

5.6. FACTORES DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

5.6.1. FACTORES PREDISPONENTES

5.6.2. FACTORES PROTECTORES

5.6.3. FACTORES DE MAL PRONÓSTICO.

5.7. CAPACITACIÓN A LA MADRE O RESPONSABLE DEL MENOR DE 5 AÑOS.

5.1. DEFINICIONES

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) constituyen en la actualidad el primer lugar dentro de las causas de morbilidad nivel mundial y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Se estima que de tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos.

La Norma Oficial Mexicana para la prevención control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud define a las IRAS de la siguiente manera “Las infecciones respiratorias agudas son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se complican con neumonía. Las IRAS constituyen un importante problema de salud pública.”²⁸

El Ministerio de Salud de Colombia (1999) define a la IRAS como: “El proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias, puede afectar la nariz, los oídos, la faringe, la epiglotis, la traquea, los bronquios, los bronquiolos o los pulmones. Debido a la posibilidad de afectar una o varias partes de las vías respiratorias, es posible encontrar signos y síntomas de infección variable, a saber: tos, fiebre, diferentes grados de dificultad para respirar, dolor de garganta, secreción nasal, dolor de oídos, etc”.²⁹

Concluyendo así que las IRAS es el conjunto de signos y síntomas que afectan el aparato respiratorio, con una evolución no mayor a 15 días.

²⁸NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA2-1994, para la prevención control de las infecciones respiratorias Agudas en la atención primaria a la salud. D.O.F. 11 de Abril de 1995. Pág. 5

²⁹ VARIOS, Autores. “Guía de atención de la Infección Respiratoria Aguda República de Colombia”. Ministerio de salud. Dirección General de Promoción y prevención., Colombia. 2000 Pág.4

Afortunadamente la mayoría de los niños con estos síntomas solo padece una infección leve y autolimitada tal como un resfriado común o una bronquitis de poca intensidad. Sin embargo, unos cuantos niños contraen Neumonía que debe ser tratada a tiempo por cuanto puede ocasionar la muerte como consecuencia de un compromiso respiratorio progresivo a insuficiencia respiratoria o por una invasión bacteriana.

5.2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Mientras el mundo desarrollado ha logrado reducir la mortalidad por IRA en niños, en los países en vías de desarrollo prevalecen varios factores de riesgo que contribuyen a mantener ese problema en dichas naciones. En América Latina la mayoría de los países reportan bajas tasas de mortalidad. No obstante, existe una marcada diferencia entre la situación de los países desarrollados de la región y el resto de las naciones del continente.

Las IRAS representan una de las primeras causas de atención médica al nivel mundial. Estadísticas disponibles indican que entre 30 y 60 % de las consultas de niños enfermos son por esta causa y de 30 a 40 % de ellos son hospitalizados.³⁰

La neumonía y la bronconeumonía son los principales motivos de ingreso hospitalario. No obstante la mayoría de los casos son manejados al nivel de la Atención Primaria de Salud. En países en vías de desarrollo, la IRA, las cifras alcanzaron a catorce millones (14.000.000) lo que representan un 93 % de la mortalidad en esa población. En Venezuela según la Corporación de Salud y Asistencia Social (1.999) y las estadísticas recopiladas del departamento de Epidemiología a nivel central señalan que dentro de las primeras cinco (5) causas

³⁰ UNICEF."Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes para los países de la Región de las Américas.", Washington, D: C: 20037, E.U.A., 1992 Organización Panamericana de la Salud OMS/HCP/HCTI/ARI-CDD/96.3. Pág. 164

de morbilidad y mortalidad, se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), entre el Asma Bronquial, Neumonía, Bronquiolitis, Amigdalitis Aguda, Rinofaringitis, conformada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS 1.999) cuando plantea que las tasas estimada de estas enfermedades oscilan entre (5.000) casos por cada cien nacido vivos.³¹

Por ejemplo, según estimaciones de la OPS, la mortalidad por IRA en menores de 5 años (incluye influenza, neumonía, bronquitis y bronquiolitis) va desde 16 muertes por cada 100 000 en Canadá a más de 3 000 en Haití, donde estas afecciones aportan entre 20 y 25 % del total de defunciones en esa edad.

Entre los factores que determinan esta situación están el bajo peso al nacer, la malnutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización e insuficiente disponibilidad de antimicrobianos.

Las afecciones causadas por virus respiratorios han sido tradicionalmente divididas en varios síndromes, que van desde el tracto respiratorio superior hasta las estructuras pulmonares, los cuales se han descrito como: “resfriado” o catarro común, faringitis o faringoamigdalitis, bronquitis y bronquiolitis.

De acuerdo con los estudios comunitarios realizados en la población infantil de diferentes países, se ha demostrado cuan extremadamente frecuente son las IRA en estas edades. Como promedio cada niño presenta de 4 a 8 episodios de infección respiratoria en un año. Muchas de estas infecciones afectan el tracto respiratorio inferior durante los primeros 5 años de vida

³¹ www.monografias.com/trabajos12/enfin/enfin.shtml

Una alta proporción de estos episodios son infecciones autolimitadas de origen viral, por lo que no es necesario el uso de antimicrobianos, lo que en ocasiones puede resultar dañino. Se ha estimado que entre dos tercios y las tres cuartas partes de los casos de IRA son de causa viral. Más de 200 variedades antihigiénicamente diferentes, pertenecientes a 8 géneros de virus son causantes de infección respiratoria.

Especial atención debe prestarse en el caso de los niños con bajo peso, mal nutridos o con otros factores de riesgo asociados. Aproximadamente 2 de cada 100 episodios de infección respiratoria desarrollan neumonía, por lo que requieren el uso de antibióticos, de lo contrario entre 15 y 25 % de los niños pueden morir. Por otro lado el uso indiscriminado de antibióticos ha contribuido al desarrollo de la resistencia antimicrobiana. Los factores que influyen en las prácticas de utilización de antibióticos son múltiples y dependen del médico, la especialidad, la afección específica, el paciente e incluso los familiares, especialmente cuando se trata de niños.

Entre los microorganismos 2 bacterias son responsables de alrededor de 80 % de todos los casos de neumonía admitidos en hospitales de países subdesarrollados. (*Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae*).

En Cuba la morbilidad por estas enfermedades muestra un índice promedio anual de 406.6 atenciones médicas por 1,000 habitantes desde 1990, con la mayor incidencia en el año 1996, en el cual se observó un comportamiento epidémico, con un índice de más de 450 atenciones por cada 1 000 habitantes. En ese año, hasta el mes de octubre se habían reportado 84 brotes con más de 2,500 afectados en estos episodios, fundamentalmente en instituciones cerradas: centros educacionales (escuelas y círculos infantiles) e instituciones sociales (hogares de ancianos).

De acuerdo con la edad, la mayor notificación se produce en niños, especialmente menores de 4 años, los cuales representan la tercera parte de las consultas por esta causa. En los menores de 1 año se registran anualmente los mayores índices de atenciones médicas. En 1997 se notificaron más de 2 300 atenciones médicas por cada 1 000 habitantes de esa edad, lo que significa alrededor de 10 % del total de consultas por esa causa.

La Organización Mundial de la Salud y la Oficina Regional para las Américas han definido un Programa de Control de las IRA, el cual, establece un grupo de objetivos centrales en la estrategia de enfrentamiento de estas enfermedades.³²

Algunas acciones de gran importancia en el control de esta enfermedad están relacionadas con la creación de un adecuado sistema de vigilancia, diagnóstico y atención médica, con mayor énfasis en el manejo de estas entidades en niños y ancianos, lo que permitiría reducir las complicaciones y las muertes. Esto tiene especial valor en las instituciones cerradas donde se reúnen principalmente estos grupos.

A pesar de contar con una disminución de este padecimiento en comparación con años anteriores, las Infecciones Respiratorias Agudas representan un grave problema de salud pública por que dentro de las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte en los menores de cinco años

Sabemos que estas defunciones traen como consecuencia diversas situaciones, como son: el gran número de años potencialmente perdidos y el daño emocional para la familia

³² UNICEF. "Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes para los países de la Región de las Américas." 1992. op. cit. pág 156

La Encuesta Nacional de Salud estima, que en México ocurren 280 millones de casos de IRAS al año y de éstos solo el 5% solicita atención médica. Las infecciones respiratorias agudas y la neumonías e Influenza ocupan una tasa de 1.92 y 6.38 por 100000 de habitantes de 1 a 4 años de edad, así como también representaron el 10.31% del total de defunciones (6963) en el año 1999.³³

El 99% de los casos que se notifican afectan las vías respiratorias superiores y solamente el 1% a las vías respiratorias inferiores, como la neumonía y bronconeumonía.

Dentro de las diez principales causas de mortalidad en el país en los menores de un año están las Infecciones Respiratorias, Neumonía e Influenza, con 0.36 y 2.17 de tasa por 1000 Nacidos Vivos Registrados respectivamente para el año 2000.

En México de 1996 al 2001 una de las principales causas de enfermedad en este grupo de edad son las infecciones respiratorias agudas, neumonías y bronconeumonias. En el último año del período referido, estas causas representan casi el 80% de todos los casos que se reportan para los menores de 1 año. Las Infecciones respiratorias agudas por si solas contribuyen con cerca de también el 80% de todas las causas de un total de 4, 520,390 casos en el país.³⁴

También se identifica que la mayor incidencia y letalidad de las IRAS se presentan en el grupo infantil y preescolar, ya que la tercera parte de los casos son registrados en estos grupos, en el que la neumonía es responsable del 85% de las defunciones, considerándose la forma más grave de esta enfermedad.

³³ SECRETARIA de Salud. "Programa de acción. Infancia." Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. México DF Primera Edición 2002.

³⁴ *Ibíd.*

Para el Estado de Hidalgo, de 1994 al año 2001, los casos nuevos de iras representan el 58% del total de casos nuevos de enfermedad, aumentando en un 286.8% entre esos años.

En relación al análisis que se sobre el número de defunciones ocurridas entre los año 1994 y 2001 se observa que en el Estado en el año 1994 se presentaron un total de 244 defunciones por IRA (tabla 1) en el menor de 5 años, para 1997 se presentan 150, ya para el año 2001 el número es menor presentándose un total de 70, los menores de 1 año son los más afectados, con un 88.6% del total de las defunciones ocurridas, a pesar de identificar que las defunciones han ido en descenso no deja ser un problema de salud publica en el que se continua implementando acciones para su control.(Tabla 1 y gráfica 2))³⁵

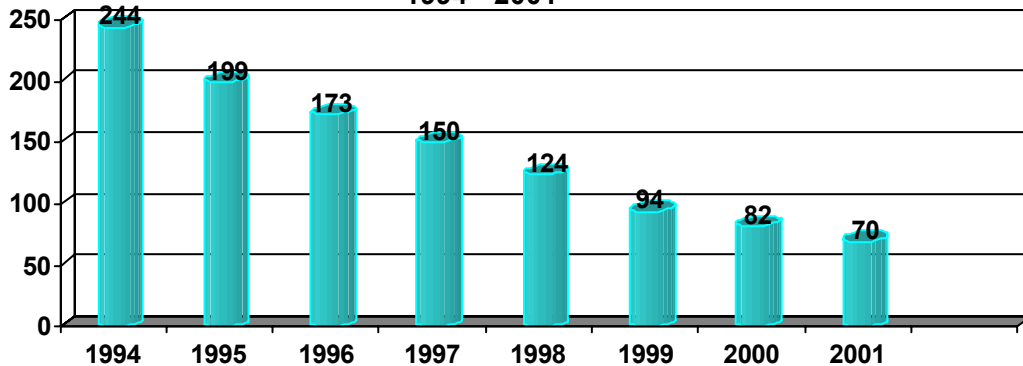
Tabla 1

DEFUNCIONES POR IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS. PROPORCION SEGÚN GRUPO DE EDAD, HIDALGO 1994 - 2001

AÑO	MENOR DE UN AÑO		DE 1 A 4 AÑOS.		TOTAL
	No. DE DEFUNCIONES	%	No. DE DEFUNCIONES	%	
1994	190	77,9	54	22,1	244
1995	158	79,4	41	20,6	199
1996	140	80,9	33	19,1	173
1997	122	81,3	28	18,7	150
1998	99	79,8	25	20,2	124
1999	72	76,6	22	23,4	94
2000	69	84,1	13	15,9	82
2001	62	88,6	8	11,4	70

FUENTE: INEGI. SEED.

³⁵ SERVICIOS de Salud de Hidalgo. Folleto No. 4 "IRAS, Trabajando juntos por la salud de los Hidalguenses" Julio 2002

*Gráfica 2***No. DE DEFUNCIONES POR IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS. HIDALGO,
1994 - 2001**

FUENTE | NEGI. SEED

5.3. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las IRAS cuentan con distintas clasificaciones en las que podemos mencionar las siguientes:

IRA sin neumonía. En esta se presentan como signos y síntomas a la tos, rinorrea, exudado purulento en faringe, fiebre, otalgia, otorrea y ronquera.

IRA con neumonía leve. Esta aparte de los síntomas mencionados se agrega en la taquicardia y respiración rápida (Menores de 2 meses más de 60 respiraciones por minuto, 2 a 11 meses más de 50 respiraciones minuto y de más 1 a 4 años más de 40 respiraciones por minuto).

IRA con neumonía grave. Se agregan: Aumento de la dificultad respiratoria , tiraje, cianosis y en los menores de 2 meses hipotermia³⁶

Etiología:

Una gran variedad de virus y bacterias ocasionan las infecciones respiratorias. Dentro del grupo de virus están ante todo los rinovirus, los virus de la influenza, el virus de la parainfluenza o los adenovirus. En cuanto a los agentes bacterianos en infecciones adquiridas en la comunidad, los microorganismos más comunes son: *Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae*.

Tabla2

Entidades clínicas más frecuentes	Virus	Bacteria's
Rinofaringitis	Rhinovirus	
Faringoamigdalitis Congestiva	Influenza Adenovirus	
Faringoamigdalitis Purulenta	Adenovirus	<i>S. pyogenes</i>
Otitis media	Influenza Para influenza	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis.</i>
Neumonía	Influenza Parainfluenza Adenovirus	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. Influenzae</i> <i>S. Aeurus</i> <i>K. pneumoniae</i>

³⁶ SECRETARÍA de Salud. "Manual de procedimientos técnicos, Programa de atención a la salud del niño, Infecciones, Respiratorias Agudas. 1988.op. cit. pág. 31

Se considera que más del 90% de los casos de IRA son de etiología viral, particularmente las del aparato respiratorio superior. Un niño tiene una IRA cuando presenta dos o más de los siguientes signos y síntomas: tos, escurrimiento nasal, dolor de oído o escurrimiento de líquido en oído, dolor de garganta, ronquera respiración rápida o dificultad respiratoria.³⁷

La neumonía es la principal complicación de las IRAS, responsable de un número significativo de muertes, que existen, en cuanto a la **atención de los niños en el hogar**, sea importante el reconocimiento de tal complicación, la cual debe ser atendida urgentemente en los servicios de salud, ya que la vida del niño podría estar en peligro y morir, si no se le trata oportunamente.

5.4. TRATAMIENTOS

El **tratamiento** para las infecciones respiratorias agudas consiste en los tres siguientes planes:

PLAN A el cual se refiere al tratamiento para niños con IRA sin neumonía.

En este plan se recomienda incrementar ingesta de líquidos ya que se presenta fiebre y esto provoca una deshidratación.

Así como mantener la alimentación habitual, y si es menor de 1 año no suspender la lactancia al seno materno porque después de un episodio de una IRA el niño tiende de por sí a presentar una baja de peso.

Si hay infección en el oído: se deberá realizar limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasa o tela absorbente tres veces al día para evitar la

³⁷ *Ibíd.*

infección en este, se recomienda no aplicar gotas, así como controlar el dolor y el malestar general con medicamento como el acetaminofen, no es recomendable el ácido-acetil-salicílico o medicamento para abrir vías respiratorias.

Se recomienda también, controlar la temperatura con el baño de agua tibia cuando ésta es menor de 38 grados centígrados, se recomienda la no aplicación supositorios para la fiebre en menores de 1 año, ni la utilización de jarabes para la quitar la tos o quitar síntomas, ya que estos solo enmascaran el padecimiento y no podría identificarse cuando el menor se agrave.³⁸

PLAN B

Se refiere al tratamiento de neumonía leve sin factores de mal Pronóstico
Tratamiento ambulatorio (no hospitalizar).

Antibiótico. Medicamento específico para la clasificación, dosis de acuerdo a peso del paciente.

Incrementar ingesta de líquidos.

Alimentación habitual, en pequeñas fracciones más veces al día.

Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° c. Se administrará acetaminofen dosis de acuerdo a peso del paciente.

En caso de sibilancias, salbutamol jarabe dosis específica de acuerdo a peso del paciente. En el menor de un año valorar la respuesta en una o dos horas. Si es positiva, continuar con salbutamol, si es negativa, suspender. En mayores de 1 año continuar.

³⁸ Organización Panamericana de la salud: "Atención del niño con Infección Respiratoria Aguda. 1992 op. cit. Pág. 7

Educación a la madre para que sea capaz de reconocer signos de alarma. Si identifica algunos de los signos indicarle que acuda de inmediato a la unidad de salud.

Revalorar en 24 horas o antes si se agrava

PLAN C

Se refiere al tratamiento de neumonía grave o leve con factores de mal pronóstico.

Envío inmediato al hospital más cercano, donde se instalará el tratamiento adecuado.

Traslado con oxígeno si es necesario. Debido a la elevada frecuencia de las IRA y al número de episodios mal diagnosticados y tratados, es necesario unificar los criterios que faciliten su manejo.³⁹

5.5. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN

Atención en la consulta

En la atención de los niños con IRA, el interrogatorio y la revisión del Médico deben orientarse intencionalmente a identificar en primer lugar la presencia o no de neumonía y en forma secundaria las infecciones en vías superiores.⁴⁰

La polipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) predictor más temprano de neumonía, con alta sensibilidad y especificidad, además de, constituir el primero de los mecanismos que el organismo pone en marcha ante la insuficiencia respiratoria.

³⁹ SECRETARÍA de Salud. "Manual de procedimientos técnicos, Programa de atención a la salud del niño, Infecciones, Respiratorias Agudas. 1988.op. cit. Pág 33

⁴⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

Para la identificación de este signo, se ha considerado la edad del niño para determinar si se cuenta con éste signo.⁴¹

Tabla 2

EDAD	POLIPNEA
< 2 meses	60 o más respiraciones por minuto
2 a 11 meses	50 o más respiraciones por minuto
1 a 4 años	40 o más respiraciones por minuto

El riesgo de morir por neumonía es mayor cuando, además de la polipnea, se agregan tiros intercostales, o tiraje, o algunos de los siguientes signos de gravedad, que traducen alteraciones de la perfusión como consecuencia de la severidad en la insuficiencia respiratoria: rechazo a la ingesta (en el menor de dos meses se identifica por lactar menos de la mitad y, en el de dos meses a cuatro años, por la imposibilidad para beber), somnolencia, convulsiones, tiros intercostales, sibilancia, y fiebre en el menor de dos meses.

Para contar la frecuencia respiratoria, es conveniente que el niño esté tranquilo, así como observar y contar el movimiento torácico que acompaña a la respiratoria por lo menos durante un minuto. Para ello es necesario descubrirle el pecho y contar con un reloj, así mediante la observación identifica el tiraje y los demás signos de gravedad.

En base a estudios previos el programa de Atención al niño hace mención en el Manual de Procedimientos Técnicos de IRAS de los **errores** que se identifican durante la consulta, de los que se mencionan los siguientes:

⁴¹.Secretaría de salud. "Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de procedimientos Técnicos" 1998.op. cit. pág. 27

- No contar la frecuencia respiratoria. No identificar factores de mal pronóstico.
- Uso injustificado de antibióticos.
- No capacitar a la madre en los signos de alarma

En un niño que presenta una infección respiratoria aguda y que no se cuenta la frecuencia respiratoria durante un minuto (ver **tabla 2**) impide que se identifique oportunamente la neumonía.

Cuando los medicamentos son administrados correctamente, se cumple con el concepto básico de terapéutica racional, la cual se refiere a la prescripción del medicamento apropiado para el paciente debido en el tiempo y en la cantidad necesaria, sin dejar de atender los costos.⁴²

Para atender con calidad al enfermo menor de 5 años que es llevado a consulta por padecer IRA deben considerarse las siguientes etapas:

- I. Identificación de factores de mal pronóstico.
 - II. Evaluación clínica y clasificación.
 - III. Tratamiento adecuado.
 - IV. Capacitación a la madre sobre la identificación de signos de alarma y cuidados generales en el hogar.
- Regimiento de los casos.

⁴² Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. D.O.F.1999. México D.F. Pág

Componentes de la consulta completa

Para atender con calidad al enfermo menor de 5 años que es llevado a consulta por padecer IRA, deben considerarse las siguientes etapas:

- Identificación de factores de mal pronóstico
- Evaluación clínica y clasificación
- Tratamiento adecuado
- Capacitación a la madre, sobre la identificación de signos de alarma y cuidados generales en el hogar, seguimiento de casos⁴³

El manual de la Secretaría de Salud de niñas y niños bien desarrollados establece que los **Signos de alarma de la IRAS** son:

Hipotermia (Baja de la temperatura corporal, dificultad respiratoria, quejido respiratorio, respiración acelerada (taquipnea), fiebre (más de tres días), somnolencia o insomnio, cianosis peribucal y distal (coloración azulada de la piel, boca o uñas), desnutrición grave.⁴⁴

Componentes de la Atención en el hogar

Hidratación

Ofrecer líquidos abundantes. Si solo los toma del seno materno, ofrecer éste con más frecuencia.

⁴³ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA2-1994, para la prevención control de las infecciones respiratorias Agudas en la atención primaria a la salud. 1995. op. cit. Pág. 13

⁴⁴ SECRETARÍA de salud. "Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de procedimientos Técnicos" 1998.op. cit. pág. 19

Utilizar remedios sencillos y seguros para la tos: miel con limón, té de bugambilia o té de gordo lobo, como agua de día, para, además incrementar la ingesta de líquidos en los niños mayores de seis meses.

Aspiración de secreciones

El mantener permeables las fosas nasales, mediante la aplicación de un gotero con suero fisiológico o agua con sal, o bien introducir una mecha de tela, gasa o con una perilla de aspiración para limpiar la nariz.

Alimentación

Mantener la que siempre se le da al niño, (Si existe falta de apetito ofrecer los alimentos en pequeñas fracciones, más veces al día). Ofrecer una toma extra de alimentos, durante la convalecencia. Continuar con la lactancia materna.

Evitar enfriamientos

Se debe evitar exponer al menor a los cambios ambientales, evitar tener abiertas las puertas y ventanas de la vivienda, si sale fuera del hogar con el menor arroparlo lo suficiente para evitar se resfríe.

Controlar la fiebre con medios físicos o medicamento (en esta caso se recomienda el acetaminofen

Si tiene fiebre, se puede controlar mediante el baño con agua tibia y si además presenta malestar general, se puede administrar acetaminofen a dosis de dos gotas por Kg. de peso cada 6 u 8 horas.

IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA

En lo referente a la **atención del hogar es** importante que la madre o responsable del menor identifique en un niño algunas **señales** que indican que el niño puede tener neumonía como las cuales son:

- Respiración rápida
- Dificultad respiratoria (tiraje)
- Dificultad para beber o amamantarse
- Se ve más enfermo

Ante la presencia de cualquiera de estos signos, el niño debe ser llevado urgentemente a la unidad de salud más cercana. Otros signos que también obligan a que la madre solicite atención médica, son:

- Más de tres días con fiebre
- Pus en las amígdalas
- Pus o dolor en el oído
- Fiebre o hipotermia en el niño menor de dos meses⁴⁵

En base a algunos estudios previos realizados por la Secretaría de Salud se han identificado algunos errores que se presentan en la atención del menor de 5 años con infección respiratoria por parte de los (as) responsables del menor en el hogar los cuales son:

El que no se le administre suficientes líquidos

El uso de jarabes para la tos: todos ellos interfieren los mecanismos de defensa naturales, no son útiles y pueden ser tóxicos .El uso de antibióticos y antitérmicos no prescritos por el médico.

⁴⁵ *Ibíd.*

El uso de supositorios para controlar la fiebre.

No identificar signos de alarma.

No acudir oportunamente al medico ante la presencia de signos de otros signos de alarma.

La falta de identificación de otros padecimientos respiratorios como la otitis media y la faringoamigdalitis purulenta, favorece la presencia de complicaciones, como la hipoacusia (disminución de la agudeza auditiva) y la fiebre reumática, respectivamente.⁴⁶

No darle jarabes comerciales, antigripales, antibióticos, u otros medicamentos no prescritos por el médico.

5.6. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

5.6.1. FACTORES PREDISPONENTES

Los niños menores de dos meses pueden enfermar y morir con más rapidez por infecciones bacterianas, son menos propensos a toser cuando tienen neumonía y con frecuencia sólo muestran signos inespecíficos tales como dejar de comer, fiebre o hipotermia. Estos niños son inmaduros inmunológicamente, es decir, que su capacidad de reaccionar ante las infecciones es menor, por lo que fácilmente se pueden agravar. La presencia de neumonía en estos niños requiere hospitalización inmediata.⁴⁷

⁴⁶ SECRETARÍA de salud. "Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de procedimientos Técnicos" 1998.op. cit. pág. 12

⁴⁷ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA2-1994, para la prevención control de las infecciones respiratorias Agudas en la atención primaria a la salud. 1995. op. cit. Pág. 14

El riesgo de morir por neumonía que tienen los niños con desnutrición grave, es mucho mayor que el que tienen los niños no desnutridos, sin embargo es difícil reconocer la presencia de neumonía en estos casos, por lo que los niños con desnutrición grave que presenten tos o dificultad para respirar deben hospitalizarse inmediatamente.

Entre otros factores de tipo social que también debe considerarse, existe en analfabetismo de la madre y el antecedente de defunción de un niño en la familia. Estos factores deben orientar al personal de salud en relación con el tipo de capacitación que se le debe brindar a la madre del niño con relación al cuidado en el hogar y en la identificación de signos de alarma así mismo identificar qué problema puede tener la madre para acudir a la unidad de salud en caso del niño mayor de dos meses con polipnea y presencia de ese factor, que preferiblemente debe hospitalizarse para un seguimiento más estrecho hasta su total recuperación.⁴⁸

Actualmente se han identificado factores ambientales e individuales que aumentan la posibilidad de que los niños enfermen o presenten complicaciones de un IRA.

Ambientales:

Exposición intradomiciliaria a contaminantes ambientales:

Cuando se utiliza leña para cocinar en interiores con pobre ventilación, aumentan los niveles de contaminación intradomiciliaria. Existe un incremento en la incidencia de neumonía con relación al tiempo de exposición, y el riesgo de exposición, y el riesgo mayor en los lactantes que permanecen en su cuna, mientras la mamá cocina en el mismo cuarto. Asimismo, los niños expuestos al humo del tabaco, también presentan incidencia aumentada de neumonía, la cual se encuentra asociada al número de personas que fuman dentro del hogar.

⁴⁸ *Ibíd.*

Clima:

Parece jugar un papel importante en la incidencia de la neumonía, sobre todo cuando se presentan cambios ambientales extremos, tales como caluroso-frío o seco-húmedo. La exposición a frío-húmedo incrementa la susceptibilidad. El más grande riesgo sobreviene cuando los lactantes menores son expuestos a cambios bruscos de temperatura.

Individuales:

Edad.

La neumonía es grave entre los menores de un año y aún más en los menores de dos meses. La frecuencia de IRA disminuye con el incremento de la edad, durante la niñez. Los niños presentan una mayor incidencia de IRA que los adultos, principalmente cuando inician la edad preescolar.

Bajo peso al nacimiento:

Los niños que al nacimiento, pesan por debajo de 2.5 Kg., son más susceptibles a la infección y a desarrollar neumonía durante el primer año de vida, que los pequeños con peso normal.

Ausencia de lactancia materna:

Se ha comprobado que la ocurrencia de neumonía es menor entre los niños que reciben alimentación del pecho materno; asimismo, se observa una alta proporción de fallecimientos por esta causa, entre los menores que no fueron amamantados.

Desnutrición:

La desnutrición infantil, incrementa la susceptibilidad a las infecciones respiratorias agudas y aumenta la proporción de muertes por este motivo.

Infecciones previas:

Esta demostrado que las infecciones previas o coexistentes de las ibas aéreas, por virus, aumentan la predisposición a la neumonía bacteriana.⁴⁹

Esquema incompleto de vacunación:

Padecimientos como el sarampión y la tos ferina también facilitan la ocurrencia de neumonía, sobre todo en los menores de un año. En la tos ferina, la neumonía por bacterias diferentes a Bordotella, es la complicación hasta en el 26% de los casos.

Carencia de vitamina "A":

Las enfermedades infecciosas están asociadas con deficiencias de vitamina "A", por causa de las alteraciones inmunológicas específicas que se presentan, ya que la vitamina "A" y sus metabolitos son esenciales para el crecimiento y la función de células T y B.

Sociales:

Hacinamiento:

Incrementa el riesgo de infección responsable, al ocurrir una mayor exposición a los microorganismos residentes en las vías respiratorias de los convivientes.⁵⁰

⁴⁹ *Ibíd.*

⁵⁰ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA2-1994, para la prevención control de las infecciones respiratorias Agudas en la atención primaria a la salud. op. cit. Pág.

5.6.2. FACTORES PROTECTORES

Lactancia Materna.

La lactancia Materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de edad, es el mejor alimento para el niño. La leche materna además de sus ventajas nutricionales ofrece protección específica contra las bacterias, virus y hongos, ya que contiene entre otras sustancias, inmunoglobulina (anticuerpo) que los niños no producen en los primeros meses de vida y que recubre el epitelio respiratorio y protege contra la acción de la bacterias y virus patógenos, así como de la entrada de proteínas y otras sustancias extrañas al organismo. Se ha demostrado que la leche materna reduce la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de un año.

Nutrición.

El estado nutricional del niño es importante para hacer frente a las infecciones. La desnutrición en los niños se asocia con algún grado de inmunodeficiencia, es decir, la capacidad de reaccionar del organismo a los agentes infecciosos disminuye y lo hace más propenso a las infecciones. Implementación de una dieta que contenga gran cantidad de vitamina A y C.

Vacunación.

Es importante que el niño tenga todas las vacunas, ya que se ha demostrado que la protección contra el sarampión y la tos ferina disminuye la ocurrencia de neumonía en los niños menores de cinco años.

Consulta periódica del niño.

El seguimiento programado del niño a través de la consulta externa, permite identificar oportunamente alteraciones en su crecimiento y desarrollo que lo hacen más susceptible de padecer enfermedades como las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas.

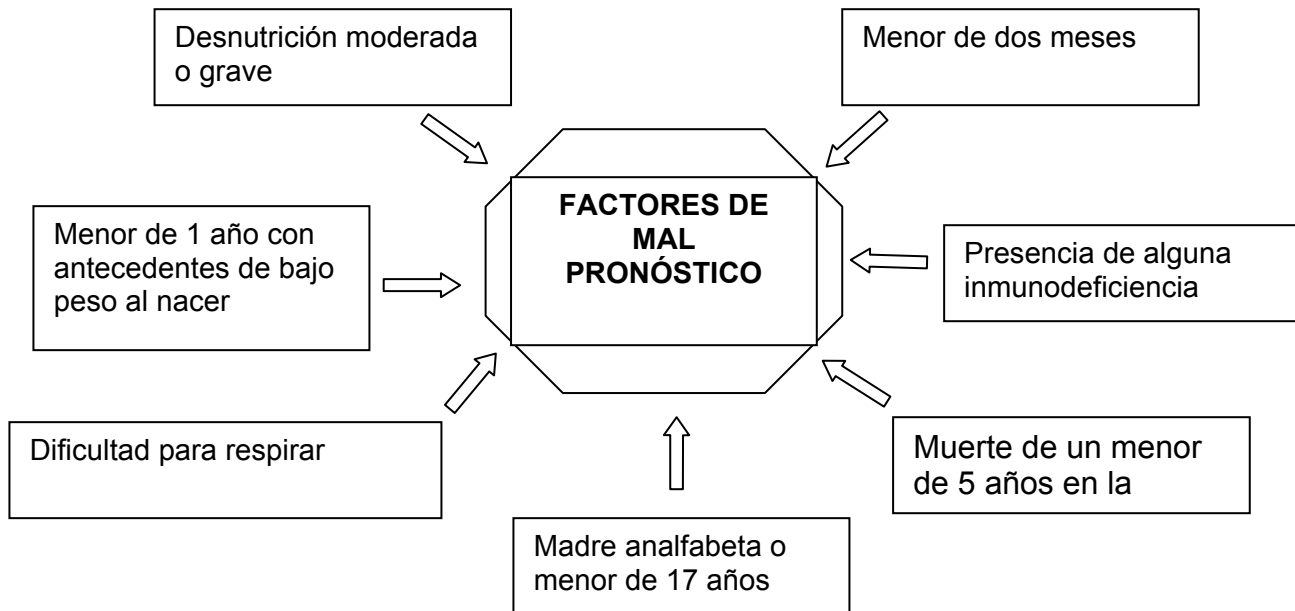
La condiciones de la vivienda son determinantes para mantener la salud de una familia ya que si este no reúne lo mínimo indispensable (paredes inadecuadas, construcción con materiales ligeros) no aíslan a los individuos de las inclemencias del tiempo, el consumo de combustible dentro de ellas además de contar con una mala distribución y el hacinamiento esta relacionado como dato relevante con la presencia de este padecimiento

5.6.3. FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

Estos factores permiten orientar el plan de tratamiento así como identificar aquellos niños que podrían presentar complicaciones graves de las IRAS como neumonía.

Esquema 1

Esquema de factores de mal pronostico



Los niños menores de dos meses pueden enfermar y morir con más facilidad por infecciones bacterias, son menos propensos a toser cuando tiene neumonía y con frecuencia solo muestran signos inespecíficos, tales como dejar de comer fiebre e hipotermia, estos niños reaccionan ante las infecciones de menor manera, por lo

que fácilmente se pueden agravar. La presencia de neumonía en estos niños requiere hospitalización inmediata.

El riesgo de morir por neumonía que tiene los niños con desnutrición grave es mucho mayor que el que tiene los niños no desnutridos, sin embargo es difícil reconocer la presencia de neumonía en estos casos.⁵¹

Por otro lado existen factores de tipo social que habría que considerar, como es el analfabetismo de la madre y el antecedente de defunción de un niño en la familia. Estos factores deben orientar al personal de salud en relación al tipo de capacitación que se le debe brindar a la madre del niño en cuanto al cuidado en el hogar y en la identificación de signos de alarma.

Asimismo es importante identificar, qué problemas puede tener la madre para acudir a la unidad de salud en caso de agravamiento, lo cual puede influir en el tratamiento del niño, como el caso del niño mayor de dos meses con polipnea y presencia de este factor, que preferiblemente debe hospitalizarse para un seguimiento más estrecho hasta su total recuperación.

Uno de los aspectos fundamentales dentro de la educación para la salud son las acciones específicas de capacitación que se le debe proporcionar a la madre o responsable del menor de cinco años con IRA debe contar para tratar este padecimiento en casa y reconocer el momento en que deberá trasladarse a la unidad de salud para su tratamiento. Es importante que la madre tenga los conocimientos básicos para que participe en todo el proceso de atención del niño, desde el momento mismo en que inicia el episodio de infección respiratoria aguda.⁵²

⁵¹ SECRETARÍA de salud. "Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de procedimientos Técnicos". op. cit. pág. 27

⁵² SECRETARIA de Salud. "Manual de Normas de Educación para la Salud". México 1983. pág.8

Esta participación debe estar basada en decisiones acertadas respecto al manejo correcto del padecimiento y con ello evitar las complicaciones y la muerte de su hijo. Para este fin, la participación del personal de salud es muy importante, ya que todo contacto con los servicios de salud es una oportunidad que debe ser aprovechada para influir en la adquisición de los conocimientos y prácticas que le permitan a la madre tomar las mejores decisiones para evitar la muerte de su hijo y evitar la muerte de su hijo y evitar también el daño que a la nutrición causan las enfermedades infecciosas.

Este propósito se lograra, modificando la forma en que se otorga la consulta, a fin de que cada oportunidad sea aprovechada y concluida con un acto **educativo** que logre modificar favorablemente los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres.

5.7. CAPACITACIÓN A LA MADRE O RESPONSABLE DEL MENOR DE 5 AÑOS.

La capacitación a las madres de familia consta de dos modalidades las cuales son:

Individual: Durante la consulta o en las visitas a los hogares.

Grupal:

Informal: En las Salas de espera de las unidades de salud y en otros sitios de reunión.

Formal: En los Clubes de Mujeres y en otros grupos que se organicen, con un programa educativo, para alcanzar este propósito.⁵³

Se incluyen las siguientes recomendaciones generales en el momento de la capacitación dirigida a las madres o responsables de los menores de cinco años.

⁵³ Ibid.

- Guardar siempre una actitud de respeto a las personas a las personas y sus ideas.- Estimular la comunicación con las madres a fin de saber los conocimientos y prácticas que poseen (correctos e incorrectos)
- Elogiar por los conocimientos y prácticas correctos que posea la madre o los que esté adquiriendo.- Aconsejar mejores prácticas, para superar las que se identifiquen como incorrectas.
- Recomendar y aconsejar en lugar de culpar.
- Dar confianza a las madres para preguntar sus dudas.
- Reconocer que cada madre tiene su propio ritmo de aprendizaje, dedicarle el tiempo que sea necesario.
- Centrar el contenido de la capacitación en las prácticas de mayor riesgo tomando en cuenta: los factores predisponentes, los factores de mal pronóstico y los errores en la atención en el hogar que hayan sido identificados durante la consulta.
- Tomar en cuenta que el estado emocional de la madre, las diferencias culturales y las creencias particulares, son factores que pueden interferir con el aprendizaje.
- Utilizar lenguaje sencillo y claro, evitar el uso de términos médicos. Preferir el lenguaje de la conservación cotidiana.
- En las áreas con población indígena apoyar la capacitación con intérpretes locales.
- Transmitir los conocimientos apoyándose siempre con los materiales recomendados.
- No esperar a que la madre solicite ayuda, guardar siempre una actitud dispuesta a apoyar, ser cordial en el trato.⁵⁴

Estas acciones de capacitación están consideradas dentro de la **educación para la salud** y es uno de los capítulos más importantes de la salud Pública, por que a través de un adecuado comportamiento de la población en el proceso de salud-enfermedad es posible evitar un número considerable de padecimientos, retrasar su

⁵⁴ SECRETARÍA de Salud y asistencia. "Guía para el educador de la Salud". México 1982 pág. 19

desarrollo, lograr la restauración de la salud en el menor tiempo o prevenir secuelas.⁵⁵

La efectividad de las actividades educativas que realiza el personal de salud requiere de la comprensión de los diferentes elementos que intervienen en la enseñanza.

Enseñar a la población como conservar y promover su salud implica el reconocimiento de las características y peculiaridades de este proceso, de las formas de apoyo y de otros aspectos más.

Los conocimientos que sobre salud y enfermedad tienen las personas son el resultado de una amplia y variada experiencia que se inicia en el hogar, se continúa en la escuela, en el trabajo y en la colectividad. Así pues, el universo potencial de sujetos de la educación para la salud está constituido por toda la población.

- Identificar los cuidados en el hogar que se deben proporcionar al niño con IRA.
- Reconocer a la lactancia materna, la ablactación correcta, y las vacunas completas como medidas efectivas para evitar la frecuencia y gravedad de las IRAS.⁵⁶
-

La participación de las responsables del menor de 5 años debe estar basada en decisiones acertadas respecto al manejo correcto de los padecimientos y, con ello, evitar las complicaciones y la muerte de sus hijos. Para este fin, la participación del personal de salud es muy importante ya que todo contacto con los servicios de salud es una oportunidad que debe ser para influir en la adquisición de los conocimientos y prácticas que permitan a la responsable del niño menor de 5 años tomar decisiones para evitar la muerte de sus hijos.

⁵⁵SECRETARIA de Salud. "Manual de Normas de Educación para la Salud".. op. cit. pág.8

⁵⁶ SECRETARÍA de Salud y asistencia. "Guía para el educador de la Salud". op. cit. pág. 19

CAPITULO 6.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD

6.1. CONCEPTO

6.2. ANTECEDENTES

6.3. MODALIDADES DE LA EDUCACIÓN

6.4. EL PROCESO DE ENSEÑANZA.

6.5. ACCIONES DEL PERSONAL DE SALUD.

6.1. CONCEPTO

La educación para la salud comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva.⁵⁷

La Educación para la Salud como disciplina científica es de muy reciente desarrollo pues para estructurarse como tal hubo que apoyarse en otras ciencias, particularmente de educación, socio antropológico, psicológico y las sanitarias. Sin embargo, la educación higiénica como transmisión de conocimientos y conductas que sirven para evitar la enfermedad y fomentar la salud, ha existido siempre como una actitud inherente al hombre, basada en sus condición instintiva-biológica- que le hace huir del dolor y la muerte.

Disciplina científica: Se refiere a los conocimientos y principios que determina como las personas y los grupos humanos pueden tener conciencia de la salud. “La educación para la salud es concebida como una disciplina científica aplicada que se basa en sólidos fundamentos científicos y sociales”

Proceso: Se presupone un alto de transmisión y fomento del valor salud, que va de quienes tienen la tarea de educar hacia aquellos que son objetos de la acción educativa, entonces pues, la educación para la salud se entiende como “Un proceso de conducción hacia la adquisición de la salud y su conservación”

Conducta aprendida: Siendo las maneras de actuar de las personas y sus manifestaciones hacia la salud, determinan su conducta o educación para la misma.

⁵⁷ SECRETARIA de Salud. “Manual de Normas de Educación para la Salud”. op. cit. Pág. 9

Así pues la educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables para su salud.

A continuación se hará mención de los objetivos que se desean lograr en la población mediante la educación para la salud:

- Elevar el concepto salud en su escala de valores.
- Aceptar y cooperar con la enseñanza que le facilite el aprendizaje de mejores conductas, para conservar y mejorar su salud.
- Hacer uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención y restauración de la salud.

El logro de estos objetivos supone la necesidad de preparar al personal para investigar nuevos procedimientos de enseñanza y la experimentación de normas más eficaces de utilización de los materiales educativos, así como de los canales de transmisión del mensaje.⁵⁸

6.2. ANTECEDENTES

Desde la más remota antigüedad, a través de sus propias experiencias el hombre empezó a distinguir lo que causaba daño y lo que beneficiaba. Esas experiencias poco a poco fueron estableciendo orientaciones para qué supiera, por ejemplo, que plantas y animales podía comer, qué clase de agua no debía beber y qué hierbas podía utilizar para curarse.

Más tarde, la fuerza del pensamiento mágico primitivo confiere a esas incipientes pautas de educación para la salud, un carácter mágico-religioso, que les da fuerza necesaria para que sus preceptos se cumplan. Así, sociedades más

⁵⁸ SECRETARIA de Salud. "Manual de Normas de Educación para la Salud". 1983. op. cit. pág.12

evolucionadas, como los pueblos semíticos del año 2000 a. de C., desarrollaron una regla de higiene, sin las cuales el individuo se hace impuro e indigno de acercarse al altar y participar en la vida de la comunidad evitándose con ello la programación de las enfermedades.⁵⁹

Las formidables construcciones de los cretenses, la red de distribuciones y más tarde los balnearios grecorromanos fueron la expresión de una necesidad de higiene colectiva que se fue imponiendo como un valor moral transmitido de padres a hijos e involucrado en la educación general

Del pensamiento mágico, se pasó a una relación inicial de causa efecto, y por lo tanto hubo la oportunidad de que los preceptos de la educación higiénica fueran más racionales.

Naturalmente la educación para la salud evolucionó en forma paralela al progreso de la medicina, y sufriendo un estancamiento temporal en la edad media, para renacer con la experimentación de los siglos posteriores, hasta hacerse realmente científica con el desarrollo de la bacteriología y la epidemiología en el siglo XVIII, el siglo XX puede denominarse el siglo de la higiene y la prevención y por supuesto, la educación para la salud parte trascendente de la mismas, se desarrollan hasta constituirse como una disciplina.

En nuestro país, la educación higiénica existió desde antes de la llegada de los españoles, siendo frecuente encontrar en los códigos indígenas una serie de consejos sobre salud y enfermedad tanto individuales como públicos. Fray Toribio Benavente, refiere algunas de estas recomendaciones, “Al principio de las comidas lávate las manos.” “Al terminar la comida recogerás lo que se ha cayó al suelo y

⁵⁹ SECRETARÍA de Salud. “El fomento de la Salud en México.” México 1989-1994. pág 58

barrerás el lugar de la comida, y también te lavarás las manos, la boca y los dientes.

Fray Juan de la Torquemada refería que “Tenochtitlán estaba habitada por más de 300,000 personas y muchas brigadas, con un total de 1,000 individuos que velaban en forma permanente el aseo de las calles plazas y calzadas, por la correcta eliminación de los desechos humanos, basuras, servicios de higiene pública que se hacían en lanchas destinadas a ese único uso y transporte, gracias a lo cual el estado de salud era bástenle bueno en el tiempo de Moctezuma II.

Fray Toribio de Benavente Motolinia refiere lo siguiente: “La capital Azteca presentaba un aspecto muy agradable, pues estaban tan limpias y barridas sus calles y calzadas de ésta gran ciudad que no había cosa en que tropezar.

En la época colonial fueron muchas las disposiciones en las que se obligaba a la población bajo amenaza de castigo, a practicar la limpieza de calles y de lotes baldíos, a proteger los depósitos de agua y a vacunarse

En el siglo pasado aparece el primer código sanitario, en el que se asientan por escrito una serie de medidas educativas destinadas a conservar la salud. En esa época era frecuente también que los médicos insistieran en sus congresos sobre las medidas educativas destinadas a orientar a la población.

En el México post-revolucionario, el departamento de salubridad pública creó por vez primera en el año de 1921, una oficina específica de propaganda y educación higiénica.

En abril de 1929 se creó el servicio de higiene industrial y previsión social con fines de protección al obrero, ordenando el saneamiento de los talleres y de educación

higiénica de los operarios. Ese mismo año se hizo un llamado a las entidades federativas para implantar la campaña nacional contra el alcoholismo, y el 14 de mayo siguiente se creó el comité de lucha contra ese padecimiento.

La secretaria de salubridad y asistencia fue creada en el año de 1943 al fusionarse el departamento de salubridad pública y la secretaria de asistencia pública. En la nueva organización, la antigua oficina de educación higiénica fue elevada a la categoría de Dirección y se crearon secciones aplicativas de educación higiénica en el Distrito Federal y de servicios coordinados de salud pública en los estados.⁶⁰

Posteriormente, al fundarse los diferentes institutos de seguridad social para obreros, empleados gubernamentales y militares, se establecieron en éstos institutos, departamentos de medicina preventivas en los cuales se incluyeron pequeñas secciones de educación higiénica, con personal mínimo que es como vienen funcionando hasta el momento.

6.3. MODALIDADES DE LA EDUCACIÓN.

Dentro de la educación para la salud se han implementado diferentes modalidades de educación en las cuales se cuentan con distintas características de docencia.⁶¹

Educación formal.

Esta se desarrolla en estrecha coordinación con el sistema nacional. Se han revisado planes y programas de estudio de los diferentes niveles de educación existentes en el país (preescolar, primaria, secundaria, superior, etc.) en las cuales

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ SECRETARÍA de Salud y asistencia. "Guía para el educador de la Salud". México 1982 Pág. 19

se incluyen contenidos sobre temas de salud en los libros de texto y guías para el docente.

El objetivo de ésta es disminuir contenido meramente informativo, incrementando con esto, el conocimiento sobre padecimientos comunes en el individuo, con información acerca de la prevención y la actualización de los mismos a través de procedimientos sencillos

Educación no formal

Intencionada y sistemática, los cuales van dirigidos a diferentes grupos de la población realizándose esta fuera de los planteles educativos, de proyectos estratégicos en donde participan diferentes dependencias educativas en la cual el personal capacitado lleva acabo acciones de promoción a la salud en la población.

Educación informal

Es la que se da en forma empírica, o sea, se aprende a través de experiencias cotidianas y relaciones interpersonales que se dan en el medio circundante, a través de charlas cursos y campañas de comunicación masiva, teniendo como propósito orientar y sensibilizar a la población en aspectos relevantes de salud y promover su participación activa en la realización de la tareas educativas utilizando diferentes tipos de comunicación interpersonal, grupal y masiva.

6.4. EL PROCESO DE ENSEÑANZA.

La efectividad de las actividades educativas que realiza el personal de salud requiere de la comprensión de los diferentes elementos que intervienen en la enseñanza.⁶²

Enseñar a la población como conservar y promover su salud, implica el reconocimiento de las características y peculiaridades de éste proceso, de las formas y procedimientos de dirección del aprendizaje de los materiales educativos de apoyo y de otros aspectos más.

Si el objetivo de la educación para la salud es el cambio de conducta en beneficio de la salud, es necesario, entonces, conocer las características y dinámica de la enseñanza.

El concepto enseñanza supone tanto una labor de esfuerzo educativo dirigido a grupos, como un quehacer más complejo, a conglomerados o colectividades, mediante el empleo de técnicas de difusión masiva.⁶³

De esa manera se señalan las peculiaridades didácticas de los educandos, de las características de los objetivos de aprendizaje que deben lograrse, del contenido educativo que deben conocer las personas de los procedimientos didácticos que se usan en la enseñanza, de los medios educativos auxiliares de la función del educador y de la naturaleza de la función didáctica. En resumen, en la enseñanza de la educación para la salud hay que considerar los siguientes elementos:

1. El universo de los educandos ¿a quién enseñar?
2. Los objetivos ¿para qué enseñar?
3. El contenido ¿qué enseñar?
4. Los procedimientos o técnicas ¿cómo enseñar?

⁶² SECRETARIA de Salud. "Manual de Normas de Educación para la Salud". 1983. op. cit. Pág. 11

⁶³ SECRETARIA de Salud. "Manual de Normas de Educación para la Salud." México 1983 op. Cit. Pág. 21

5. Los medios auxiliares. ¿con qué enseñar
6. El educador ¿quién enseña?
7. La situación didáctica ¿cuándo, cuánto y donde enseñar?⁶⁴

Se ha considerado que las funciones de educación para la salud son inherentes a todos los trabajadores de la salud, por lo tanto aparentemente no se requiere personal especializado; sin embargo, en la práctica se observa que la falta de personal que realiza actividades de promoción, orientación, coordinación, supervisión y evaluación condiciona que esta acción educativa sea de escasa magnitud.

La educación en el área de salud, cada vez va adquiriendo mayor relevancia, puesto que a través de ésta se logren los propósitos de modificar los estilos de vida y estar saludables.⁶⁵

6.5. ACCIONES DEL PERSONAL DE SALUD

El educador en salud debe tomar en consideración lo siguiente:

- 1.- Conocer lo mejor posible, lo que el individuo, familia y comunidad saben y hacen en relación con la salud y la enfermedad.
- 2.- Determinar los recursos que pueden utilizarse en la educación para la salud.
- 3.- Tener presente que no basta con que la gente capte un mensaje o una idea, lo importante es que adopte actitudes y conductas favorables para la salud.
- 4.- Los cambios de conducta y hábitos no son fáciles de lograr; se requiere de múltiples esfuerzos y acciones, según sea el caso, que creen conciencia plena del

⁶⁴ ROSADO, Manuel. "Elementos de Salud Pública." 1991. op. cit. Pág. 36

⁶⁵ SECRETARIA de Salud. "Manual de Normas de Educación para la Salud." México 1983 op. cit. Pág. 24

problema, que formen nuevas actitudes con relación al mismo y, sobre todo, determinen una nueva conducta para prevenir la enfermedad o para solucionar el problema.

5.- Es importante conocer y tomar en cuenta las características de los educandos, tanto desde el punto de vista individual, familiar y social.

En la educación para la salud hay que tomar en cuenta también la influencia de las autoridades, de los líderes, de los grupos, así como los médicos, curanderos, de las madres y, en general, la presión social y de grupo.⁶⁶

⁶⁶ *Ibíd.*

7.-RESULTADOS Y ANÁLISIS FINAL

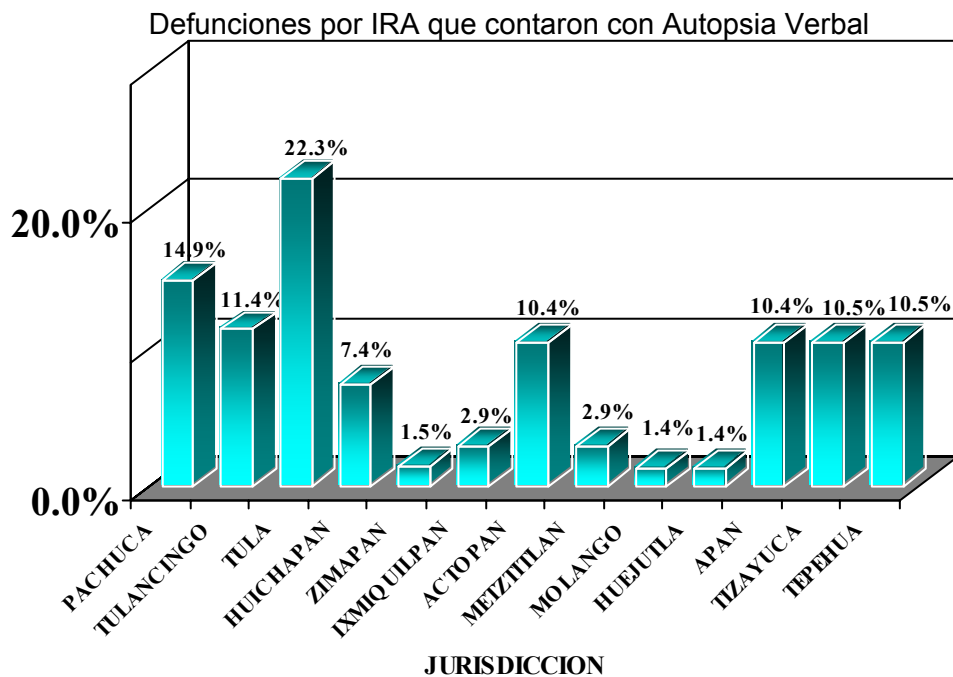
7.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Defunciones por IRAS en las Jurisdicciones Sanitarias

Se muestran las defunciones que ocurrieron en el estado y que se les aplicó autopsia verbal, observando que la Jurisdicción Tula presenta un total de 15 defunciones que corresponde a un 22.38%, así como las Jurisdicciones de Huejutla, Molango , Zimapán y Tepehua, contaron con 1 defunción correspondiendo a un 1.49% del total (**Gráfica no. 1**). El promedio del total de las defunciones corresponde al 5.1; 7 de las 13 Jurisdicciones están por debajo de este promedio. Se concluye que la Jurisdicción Tula es la más afectada por defunciones relacionadas a este padecimiento. (**Tabla No. 3**)

Gráfica No. 1



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria en 58 localidades y 35 municipios.

NOTA: Se cuantificaron 16 defunciones más ocurridas en el mismo periodo, sin embargo para este estudio no se concluyeron debido a que no fue posible aplicar la autopsia verbal debido a que algunas familias cambiaron de domicilio y en otros casos se omitió la información por el familiar.

Tabla No. 3

Defunciones por IRA que contaron con autopsia verbal por Jurisdicción Sanitaria en el año 2002

JURISDICCIONES	DEFUNCIONES	
	NO.	%
TOTAL	67	100
PACHUCA	10	14.93
TULANCINGO	8	11.94
TULA	15	22.39
HUICHAPAN	5	7.46
ZIMAPAN	1	1.49
IXMIQUILPAN	2	2.99
ACTOPAN	7	10.45
METZTITLAN	2	2.99
MOLANGO	1	1.49
HUEJUTLA	1	1.49
APAN	7	10.45
TIZAYUCA	7	10.45
OTOMI-TEPEHUA	1	1.49

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria en 58 localidades y 35 municipios.

Defunciones en los niños de 0 a 4 años por edad y sexo.

Se observa que en el grupo de edad infantil (0 a 11 meses) se presentaron 59 defunciones representado por un 88.05% del total de defunciones estudiadas (**Tabla 4**), al sexo femenino le corresponden un total de 35 defunciones que es porcentaje representa un 52.24% en comparación del masculino que cuenta con 31 defunciones correspondiendo a un 46.27%. (**Tabla 5**). En los menores de tres meses de ambos sexos se cuentan con un total de 59 defunciones representado por un 90.30%; en relación a las mujeres que fallecieron entre los 0 a 11 meses fueron un total de 31 defunciones que en porcentaje representa un 86.11% del total de las ocurridas para este sexo. Con respecto a los hombres de 0 a 11 meses se presentaron un total de 28 defunciones representado por el 90.32 % del total de las ocurridas en hombres del grupo de edad al que corresponde el estudio (menores de 5 años) , en los de 1 a 4 años se presentaron 8 defunciones correspondiéndole un 9.68%. (**Tabla 6**). De manera general se concluye que el sexo más afectado por este padecimiento es el femenino y el grupo de edad predominante es el del menor de 1 año.

Tabla No. 4

Defunciones por IRA según grupo de edad

EDAD	TOTAL	
	No.	%100
TOTAL	67	100
0 a 11 meses	59	88.05
1 a 4 años	8	11.05

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria en 58 localidades y 35 municipios.

Tabla 5

Defunciones por IRA por años cumplidos y sexo

EDAD	TOTAL	SEXO			
		HOMBRES		MUJERES	
		NO.	%	NO.	%
TOTAL	67	31	46.27	35	52.24
0 a 3 meses	36	17	47.22	19	52.78
4 a 6 meses	17	7	41.18	10	58.82
7 a 11 meses	6	4	66.67	2	33.33
1 año	5	2	40.00	3	60.00
2 años	3	1	3.33	2	66.67
3 años	0	0	0.00	0	0.00
4 años	0	0	0.00	0	0.00

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria en 58 localidades y 35 municipio

TABLA No. 6

Defunciones por IRA según sexo y edad.

EDAD	TOTAL		SEXO			
			HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	NO.	%	NO.	%
TOTAL	67	100	31	46.27	36	53.73
0 a 11 Meses	59	88.05	28	90.32	31	86.11
1 a 4 años	8	11.95	3	9.68	5	13.89

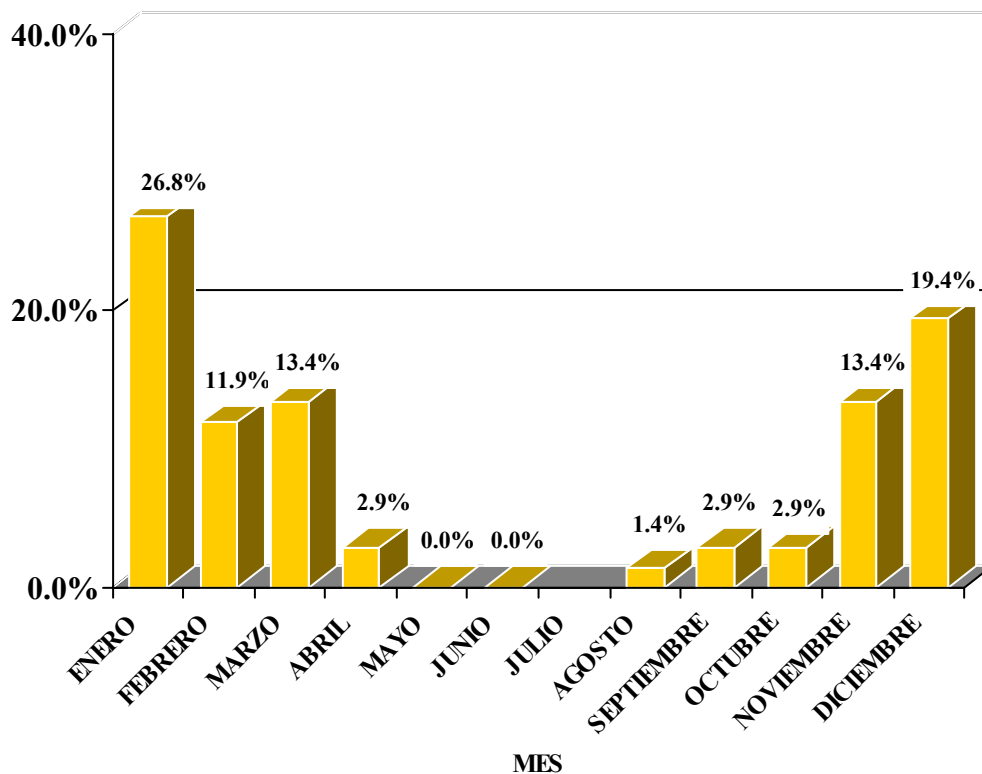
FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria en 58 localidades y 35 municipios.

Meses en los que presentan mayor número de defunciones por IRA.

En relación al mes en el que se reportan mayor número de defunciones, se identifica en la **Gráfica 2** que en el mes de enero se contó con un total de 18 defunciones representado por un 26.9%, así como diciembre contó con 13 defunciones con un 19.4% (**Tabla7**). En febrero se presentaron 8 que corresponde a un 11.9% Conclusión la temporada de invierno es la estación del año en que se originan el mayor número de defunciones a pesar de mantener una constante en todos los meses del año.

Gráfica No. 2

Defunciones por IRA ocurridas por mes en el 2002



Fuente: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No. 7

Meses en los que ocurrieron defunciones por IRA en el 2002

MES	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100.00
ENERO	18	26.87
FEBRERO	8	11.94
MARZO	9	13.43
ABRIL	2	2.98
MAYO	0	0,00
JUNIO	0	0.00
JULIO	3	4.47
AGOSTO	1	1.49
SEPTIEMBRE	2	2.98
OCTUBRE	2	2.98
NOVIEMBRE	9	13.43
DICIEMBRE	13	19.40

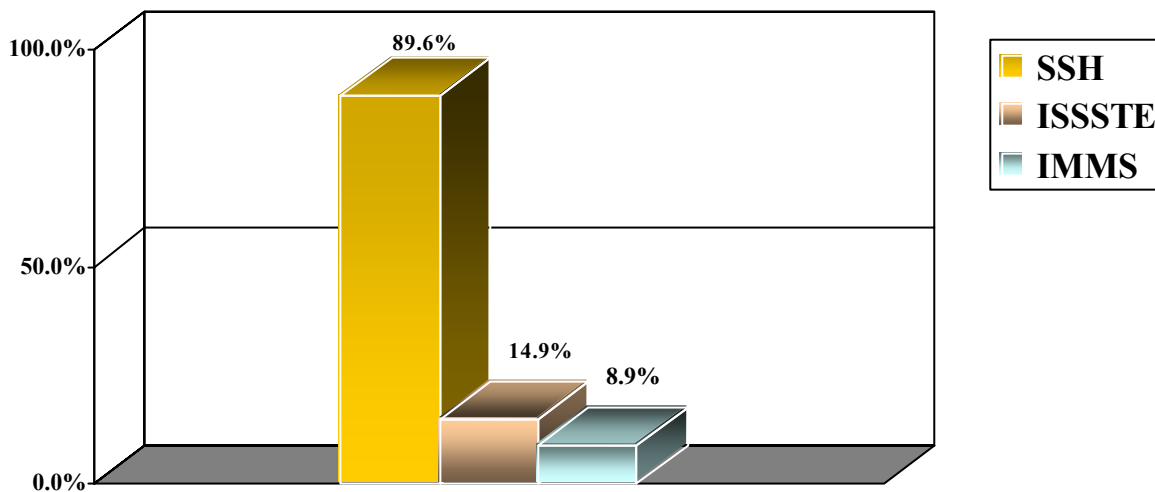
FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Derechohabiencia de la familia entrevistada

En relación a la Derechohabiencia del menor fallecido podemos observar que el porcentaje de las defunciones que se presentaron en la población que es atendida por los Servicios de Salud (población sin derechohabiencia), es de un 89.55% (**Tabla No. 8**) que en números absolutos corresponde a 60 del total de las defunciones estudiadas, el 8.95% lo representa el IMMS y el resto 1.49% el ISSSTE. A manera de conclusión podemos mencionar que la población que no cuenta con derechohabiencia es la que presenta mayor de defunciones atribuidas a esta causa, tomando en cuenta que es mayor el porcentaje de cobertura por esta Institución. (**Gráfica No.3**).

Gráfica No. 3

Derechohabiencia de la familia del menor de 5 años que falleció por IRA



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla 8

**Institución de responsabilidad donde se presentaron las defunciones por
IRA**

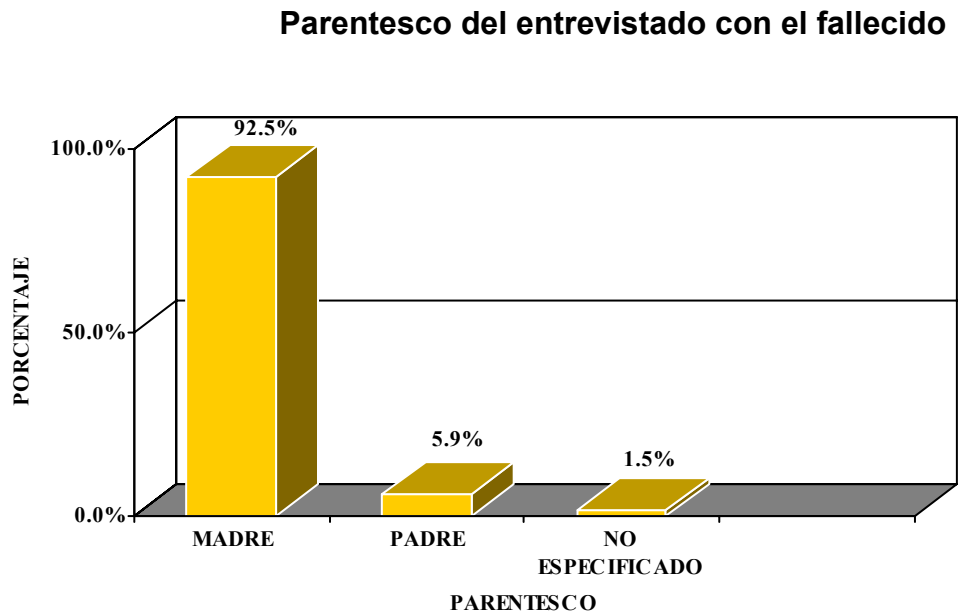
INSTITUCION	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100
IMSS	6	8.95
ISSSTE	1	1.49
SSH	60	89.55

Fuente: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Parentesco del entrevistado con el fallecido

En relación con el tipo de parentesco del entrevistado con el menor fallecido; los resultados muestran que 62 de los entrevistados correspondió a la madre del menor fallecido, representado por un 95.52% (**Gráfica No. 4**), 4 de los entrevistados fue el padre del menor al que le corresponde el 6% y un 2.9% no lo especifica. Por lo tanto se puede concluir que más del 90% de los datos recopilados fueron proporcionados por la madre lo cual .

Gráfica No. 4



Fuente: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios

Tabla No. 9**Parentesco del entrevistado con el fallecido**

PARENTESCO CON EL MENOR FALLECIDO	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100
MADRE	62	92.54
PADRE	4	5.97
NO ESPECIFICADO	1	1.49

Fuente: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Edad del entrevistado

En relación a la edad del entrevistado se identifica que las edades en que oscilan son entre 15 y 48 años, el grupo predominante el de 20 a 24 la cual contó con 21 entrevistados que correspondió a ese grupo de edad y seguido del grupo de 15 a 19 años con un total de 15 correspondiéndole un 22.39%, el grupo menor fue el de el de mas de 40 con 3 entrevistado que pertenecieron a este grupo (**Tabla 10**), y un numero similar no especifico la edad. El promedio de edad es de 26.3, por lo que se concluye que los padres de los menores fallecidos son jóvenes y se descarta la existencia de uno de los factores mal pronostico en la mayoría de los entrevistados que es la de ser madre menor de 17 años, solo 1 de las 67 cuenta con esa edad. (**Tablas no. 11 y 12**)

Tabla 10

Edad del entrevistado

EDAD	TOTAL	
	No.	%
	67	100
DE 15 A 19	15	22.39
DE 20 A 24	21	31.34
DE 25 A 29	9	13.43
DE 30 A 34	10	14.93
DE 35 A 39	6	8.96
MAS DE 40	3	4.48
NO ESPECIFICO	3	4.48

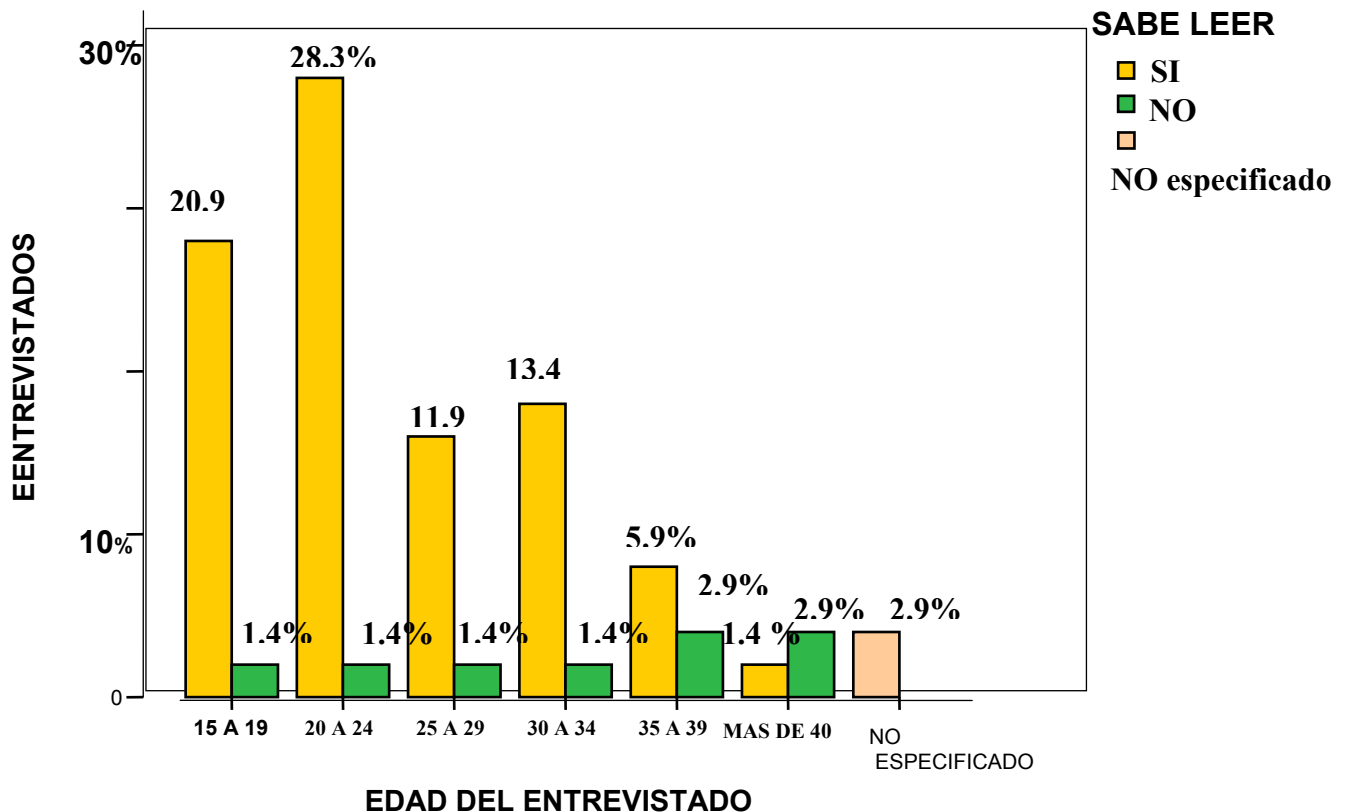
FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Alfabetismo y edad de los entrevistados.

En relación al alfabetismo de los entrevistados, el total de los que saben leer y escribir son 57 personas correspondiéndole un 85.07%, (**Gráfica No. 6**) que desglosado por grupo de edad el de 20 a 24 le corresponde un 28.36% del total, y al de 15 a 19 un 20.9%, los grupos que presentan mayor grado de analfabetismo en comparación con lo otros grupos son los de mayor edad como son los de más de 40 años con un 1.49% y de 35 y más con un 5.97%, en comparación con los otros grupos. Se concluye con lo siguiente que si la mayoría de los entrevistados corresponde a la madre del menor, entonces estas en su mayoría saben leer y escribir, y uno de los factores de mal pronóstico para las IRAS considera ser madre analfabeta, en este caso no es predominante en la población encuestada.

Gráfica No. 6

Entrevistados que saben leer y escribir de acuerdo a grupo de edad



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda i 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No.11

Alfabetismo y de edad de los entrevistados

EDAD DEL ENTREVISTADO	SABE LEER Y ESCRIBIR							
	NO.	%	ALFABETAS		ANALFABETAS		NO ESPECIFICADO	
			NO.	%	NO.	%	NO.	%
TOTAL	67	100.00	57	85.07	8	11.94	2	2.99
DE 15 A 19 AÑOS	15	22.38	14	20.90	1	1.49	0	0.00
DE 20 A 24 AÑOS	21	31.34	19	28.36	1	1.49	1	1.49
DE 25 A 29	9	13.47	8	11.94	1	1.49	0	0.00
DE 30 A 34	10	14.92	9	13.43	1	1.49	0	0.00
DE 35 A 39	6	8.95	4	5.97	2	2.99	0	0.00
DE 40 Y MAS	3	4.47	1	1.49	2	2.99	0	0.00
NO ESPECIFICADO	3	4.47	2	2.99	0	0.00	1	1.49

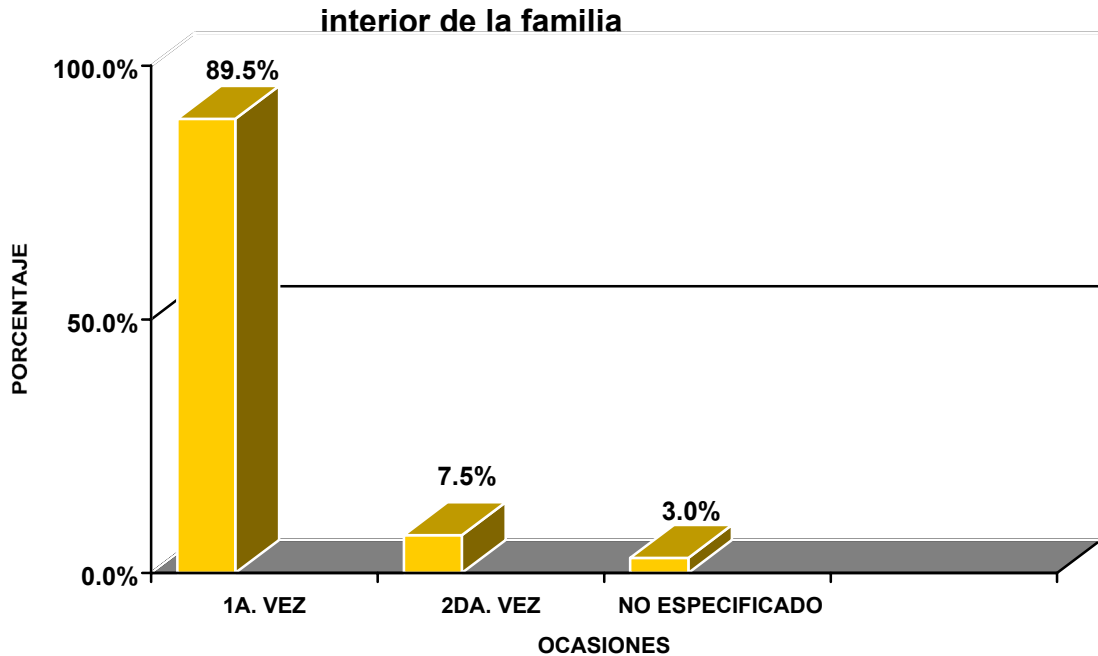
FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda i 58 localidades y 35 municipios.

Existencia de alguna otra defunción de un menor de 5 años en el interior de la familia entrevistada.

En relación a que si además del niño fallecido por que es motivo de estudio la familia existe otra defunción de otro de sus hijos menores de 5 años, los resultados muestran que 60 de los responsables del menor entrevistados mencionan que es la 1ª. Vez que ocurre un deceso este es representado por un de un menor al interior de la familia un total de 89.6 % (**Gráfica No. 8**) especificó que no había presentado alguna otra defunción en su familia, en el 7.46% se presenta este suceso como 2da. ocasión, y un 2.98% no se especificó, lo que nos permite concluir que aunque sea en poco porcentaje uno otro de los factores de mal pronóstico se presentan en estas familias estudiadas , esto tendrá que considerarse como señales de alerta en donde es necesario hacer énfasis en la orientación y capacitación a estas familias que han tenido repeticiones de defunciones para prevenir otro suceso de este tipo./(**Tabla No. 12**)

Gráfica No. 8

Ocasiones en que se ha presentado otra defunción de un menor de 5 años al interior de la familia



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No. 12

Ocasiones que ha ocurrido alguna otra defunción de un menor de 5 años en el interior de la familia en 67 personas entrevistadas.

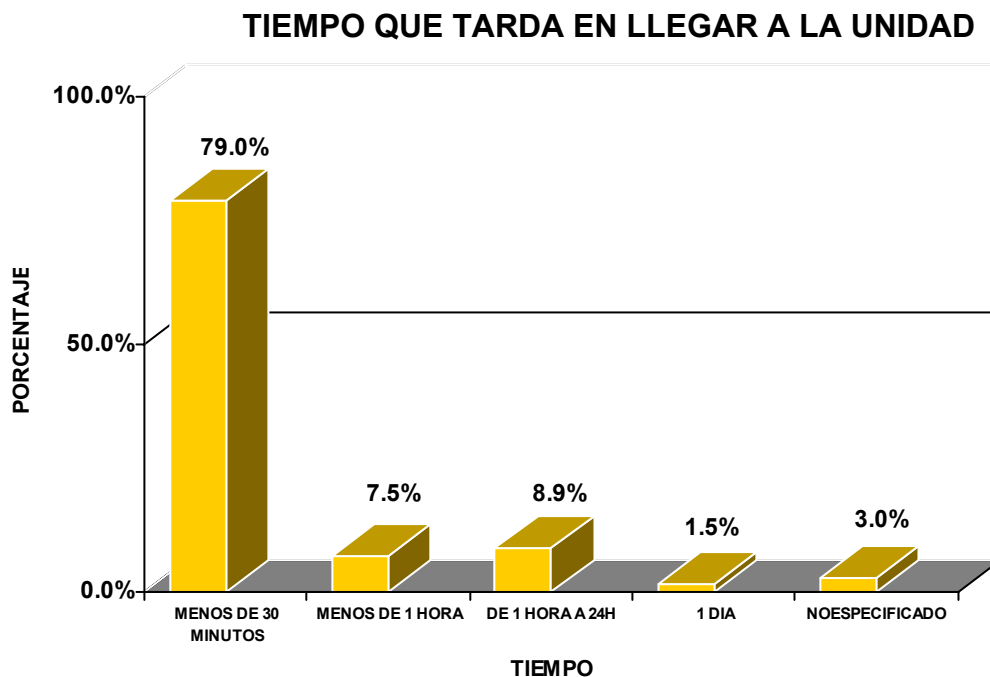
VECES DE UNA DEFUNCIÓN DE UN MENOR DE 5 AÑOS	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100
PRIMERA DEFUNCION OCURRIDA EN LA FAMILIA	60	89.55
SEGUNDA DEFUNCIÓN OCURRIDA EN LA FAMILIA	5	7.46
NO ESPECIFICADO	2	2.98

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda i 58 localidades y 35 municipios.

Tiempo que tarda en llegar de su casa a la unidad

Referente al tiempo que tarda en llegar desde su casa hasta el consultorio o clínica más cercana el entrevistado, un 79.0% (Gráfica No. 9) de estos, refieren que el tiempo que invierten en su traslado en transporte habitual, es menor a 30 minutos, un 8.96% tarda aproximadamente menos de una hora, un 7.5% de una hora a 24 horas; un 1.5% ocupa más de 1 día para llegar a la unidad más cercana, por lo que se concluye que en la mayoría de los menores de 5 años vivían en sitios de accesibilidad para los Servicios de Salud.(Tabla No. 13)

Gráfica No. 9



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda i 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No. 13**Tiempo de traslado de su casa a la Consultorio o Clínica más cercana**

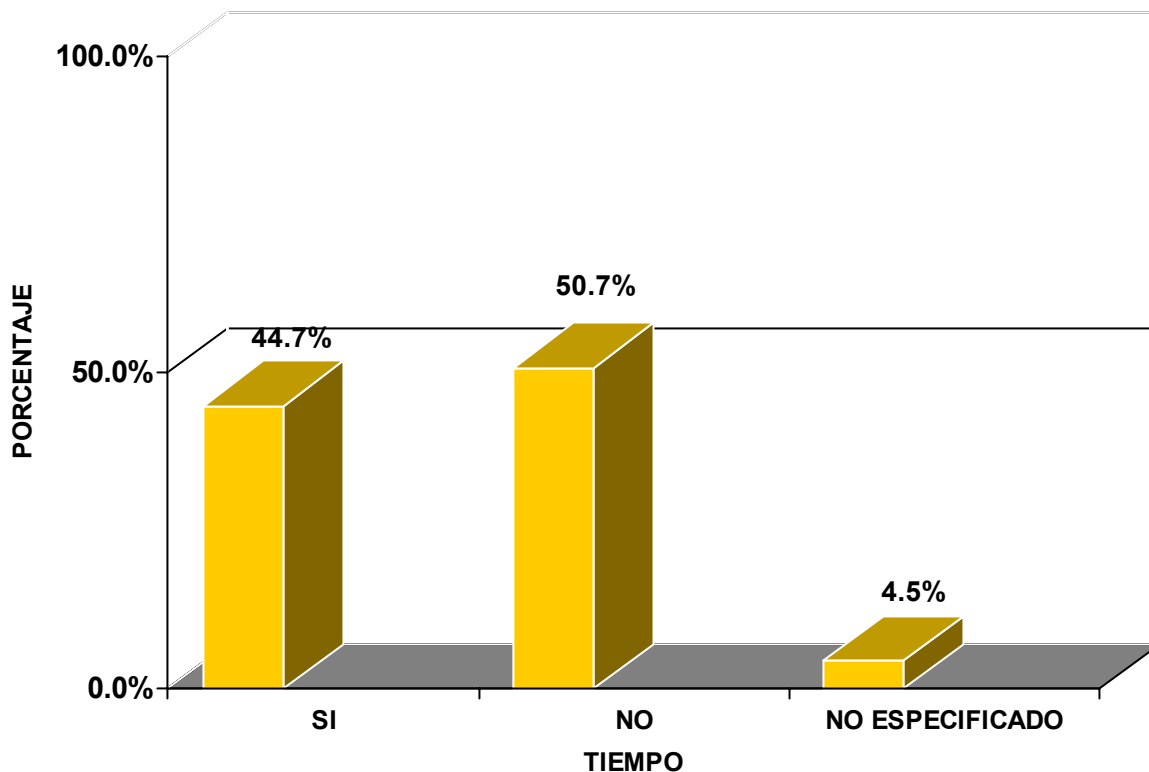
TIEMPO DE TRASLADO	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100
MENOS DE 30 MINUTOS	53	79.0
MENOS DE 1 HORA	5	7.46
DE 1 HORA A 24 HORAS	6	8.96
1 DIA	1	1.49
NO ESPECIFICADO	2	2.99

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Atención recibida en su Hogar

Sobre la atención que el menor recibió en su hogar observamos en los resultados de la **gráfica No. 10**, encontramos que 30 responsables de los menores atendieron a estos en su hogar lo que corresponde a un 44.7%, a comparación de los 36 que es porcentaje representa un 50.7%, el 4.5% no especifica esta situación, por lo que podemos concluir que alrededor de la mitad de los responsables deciden brindar la atención en casa por considerar que no amerita revisión de algún personal de salud, quizá porque la aparición de los síntomas al inició no representaban motivo de alarma.

Gráfica No. 10



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No. 14

ATENCIÓN RECIBIDA EN SU HOGAR	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100
SI	30	44.78
NO	34	50.75
NO ESPECIFICADO	3	4.48

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

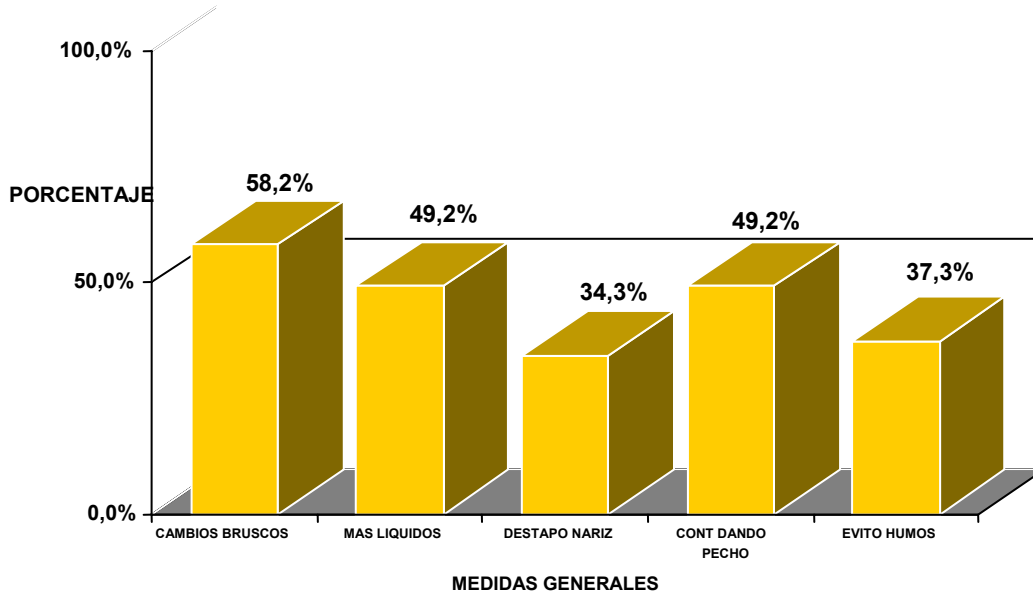
Menores de cinco años a los que se les realizaron medidas generales en la atención en el hogar

En la atención que se brindó en el hogar se identifican que las medidas generales que se llevaron a cabo durante la presencia de un IRA en el hogar , no se realizaron en su totalidad, como podemos observar en la **Gráfica No. 11**, no se cuenta con la aplicación de más del 60% en cada una de estas, una de la medidas que se realizó con mayor porcentaje fue la de evitar cambios bruscos de temperatura; el brindarle mayor líquidos que los de costumbre y continuar con la alimentación mediante leche materna solo se llevó en un 49.2 % , y las de destapar frecuentemente nariz y evitar humos al interior del hogar, en menos del 40% (**Tabla no. 15**), esta acciones son básicas para que el menor no presente complicaciones en este padecimiento, que al no implementarse en su totalidad, (además de otras que le corresponda según sea el caso), aumenta el riesgo de que esto suceda, los resultados se complementan con la información extractada de algunos relatos de las madres acerca de la atención brindada en los menores en el hogar que tiene que ver con el contexto cultural donde reside.

“Mi hija empezó a enfermarse el día sábado a las 8 de la noche, empezó con mucha tos y calentura, en mi casa le pase manteca de puerco con jitomate en la garganta, en el estomago y en la espalda para ver si se le quitaba la calentura” Madre de un menor de 5 meses, fallecido en la localidad de Atlalco, Xochiatipan.

Gráfica No. 11

Medidas generales realizadas en la atención del menor en el hogar



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No. 15

Medidas generales llevadas implementadas en la atención del menor por IRA

MEDIDAS GENERALES	PROPORCIÓN	
	No.	%
EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA	32	47.76
DIO MÁS LÍQUIDOS	19	28.35
DESTAPÓ FRECUENTEMENTE NARIZ	13	19.40
CONTINUÓ DANDO PECHO	26	38.00
EVITO EXPONERLO A HUMOS EN CASA	28	41.79

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

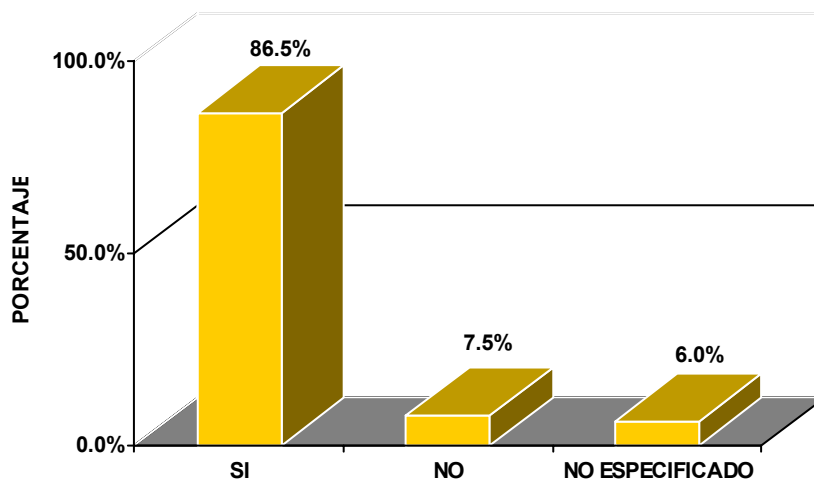
NOTA: El porcentaje en esta tabla es la proporción en **cada una** de la Medidas Generales en relación al total de entrevistados.

Primera atención fuera del Hogar.

En relación a que si el menor recibió atención fuera de su hogar 58 de los responsables entrevistados refieren que el niño si contó con ésta, representado por el 86:6% (**Gráfica No. 10**) del total de los casos, y solo un 7.5% no lo hizo. Esto hace ver que la mayoría de los responsables consideraron el menor necesitaba atención de algún personal de la salud incluso algunos de los que lo atendieron primero al menor en su el hogar. (**Tabla No. 14**)

Gráfica No. 10

Menores que recibieron atención fuera del hogar



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No. 15**Menores que recibieron atención fuera de su hogar**

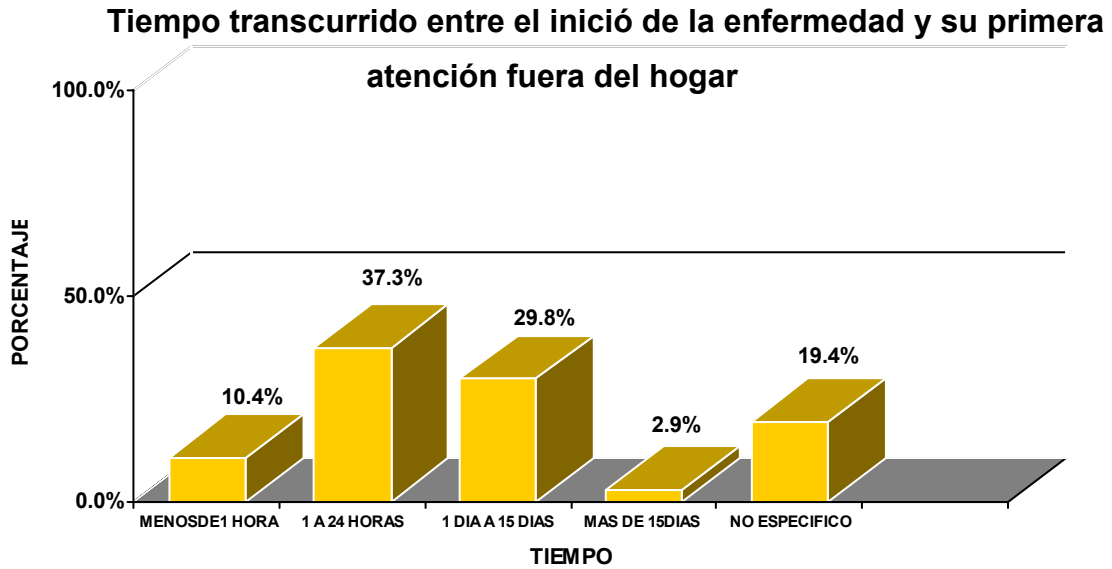
ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100
SI	58	86,57
NO	5	7,46
NO ESPECIFICADO	4	5,97

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tiempo transcurrido entre que el menor enfermó y acudió a la 1ª. Atención fuera del Hogar

En relación al tiempo que transcurrió para que los menores recibieran la primera atención fuera del hogar 25 responsables de los menores de 5 años esperaron de 1 hora a 24 horas para acudir a la atención fuera del hogar lo que representa un 37.3% (**Gráfica No.11**) del total de entrevistados (**Tabla No. 16**), el 29.8% de un día a 15 días lo que corresponde a 20 en números absolutos y un 10.4% acudió a la atención en menos de treinta minutos después de que el menor empezó a estar enfermo. Se concluye que la mayoría de los responsables del menor de esperaron a que el padecimiento evolucionara para decidir acudir con el médico.

Gráfica No.11



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla 16

Menores que recibieron la atención fuera del hogar y el tiempo transcurrido.

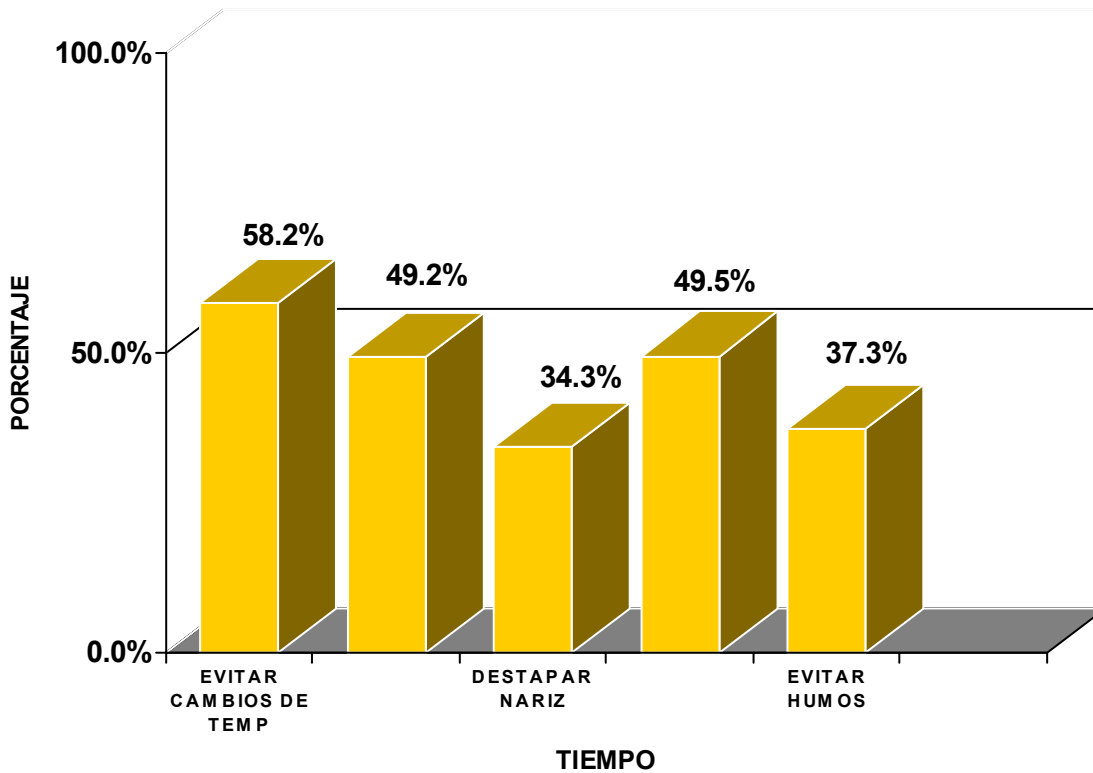
TIEMPO TRANSCURRIDO	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100
MENOS DE UNA HORA	7	10.45
DE 1 HORA A 24 HORAS	25	37.31
1 DIA A 15 DIAS	18	29.85
MAS DE 15 DIAS	8	11.94
NO ACUDIERON	5	7.46
NO ESPECIFICO	4	5.97

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Indicaciones sobre medidas generales durante la consulta

En relación a las indicaciones que se le dieron a los responsables de menores que acudieron con alguna con el médico o algún otro personal para la atención del fuera del hogar, estos refieren de acuerdo a cada una de las medidas en la que más se señaló fue la de evitar cambios bruscos de temperatura lo que resulta que 39 de los entrevistados se les indicó esta medida correspondiéndole un 58.20 (Gráfica No. 12 y tabla No. 17). % y la que con menor frecuencia se mencionó fue la de destapar frecuentemente la nariz, es importante recordar que el grupo de edad más afectado en estudio son los menores de 1 año , aunado a esto el que no se indiquen todas las medidas sobre el cuidado del menor en el hogar, aumenta la vulnerabilidad de presentarse complicaciones en el menor.

Gráfica No. 12



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No. 17

Entrevistados a los que se les indicó en la consulta llevar a cabo medidas generales

INDICO MEDIDAS GENERALES	PROPORCION	
	No.	%
EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA	39	58.20
DAR MAS LIQUIDOS	33	49.25
DESTAPAR FRECUENTEMENTE NARIZ	23	34.32
CONTINUAR DANDO PECHO	33	49.25
EVITAR HUMOS EN CASA	25	37,31

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Entrevistados a los que se les indico como reconocer si se agravaba el menor

En cuanto a las indicaciones que se le dieron al responsable del menor por parte de la primera persona que lo atendió fuera del hogar, sobre como reconocer si se agravaba, se identifica que a 19 de los entrevistados que corresponde a un 28.4 % del total, si se le mencionó esta indicación, y a 37 de los entrevistados no se les hizo saber al respecto, lo que representa un 55.2% del total (**Gráfica No 13**) por lo que se concluye que el personal de que atendió por vez primera al menor no llevó a cabo una adecuada capacitación en el responsable del menor ya que omitió datos importantes que podrían mantener con mayor grado la alerta en el cuidado del menor con IRA (**Tabla No. 18**)

Gráfica No. 13

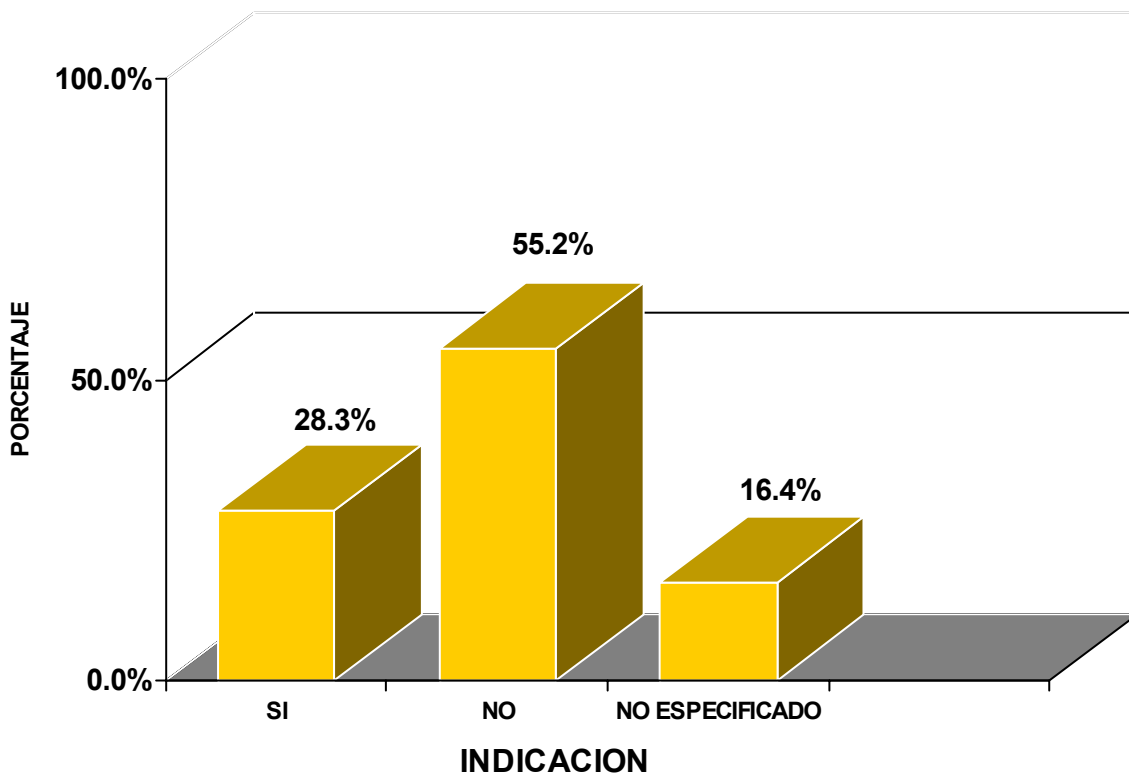


Tabla No. 18

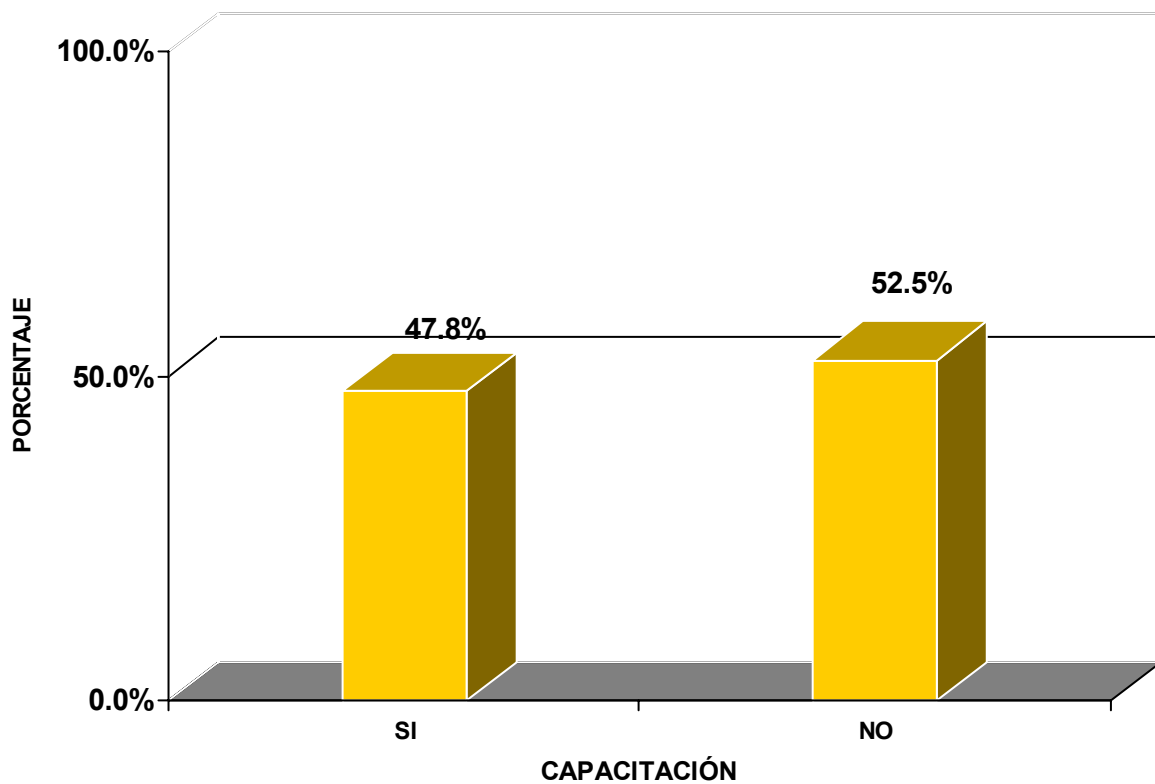
SEÑALO REGRESAR SI SE AGRAVABA	TOTAL	
	NO.	%
TOTAL	67	100
SI	19	28.36
NO	37	55.22
NO ESPECIFICADO	11	16.42

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

“ me mando al hospital, lo y me dijeron que le iban a sacar una placa, después me informaron que había salido bien, me lo dieron de alta el día 27 de Febrero y el día 28 a las 03:00 horas el niño murió, me di cuenta por que le iba a dar de comer”

Responsables del menor de 5 años que fueron capacitados previamente a la presencia de la IRA.

Gráfica No. 14



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

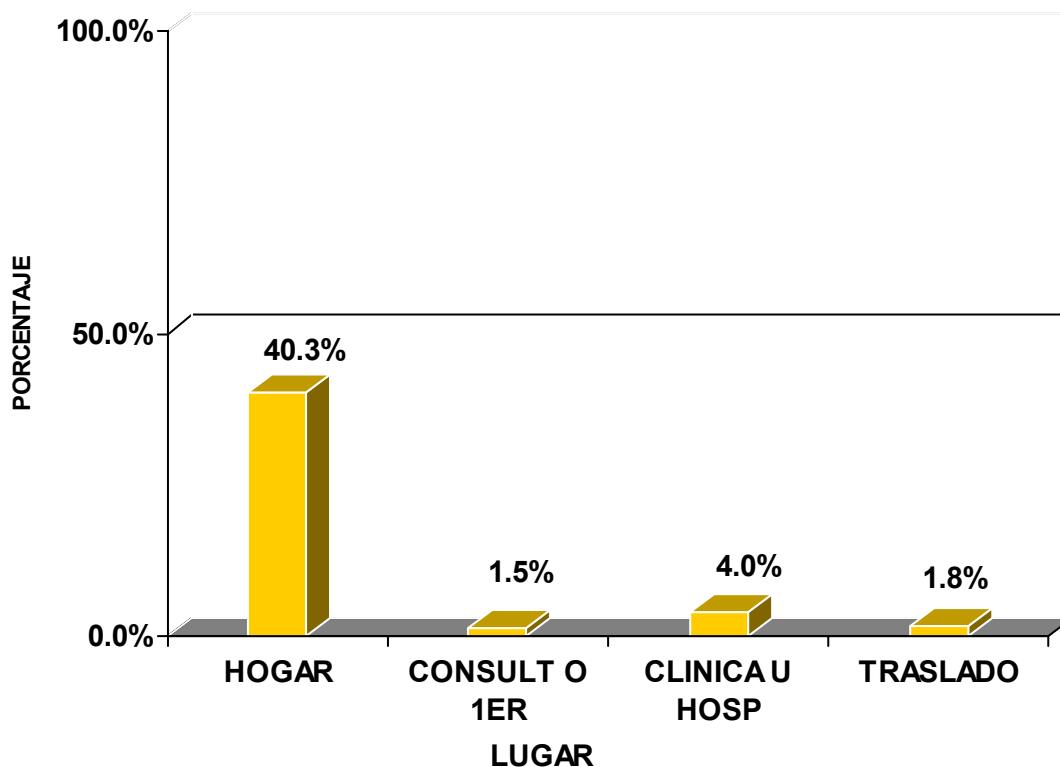
Tabla No. 19

RECIBIÓ CAPACITACIÓN	TOTAL	
	NO.	%
TOTAL	67	100
SI	32	47.76
NO	35	52.24

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Lugar de la defunción

En relación a la pregunta 56 del lugar de defunción del menor los resultados muestran que el mismo número de menores que mueren en el hogar, fallecen en alguna clínica u Hospital siendo un total de 27 correspondiéndole un total de 40:30 (Gráfica No.), por lo que se deduce que la atención que se esta brindando al menor de 5 años se considera deficiente así como el responsable del menor no lleva acabo la totalidad de medidas para evitar complicaciones y el fallecimiento del menor..



FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

Tabla No. 20

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN	TOTAL	
	No.	%
TOTAL	67	100
HOGAR	27	40,30
CONSULTORIO O UNIDAD DE 1ER NIVEL	1	1,49
CLÍNICA U HOSPITAL	27	40,30
EN EL TRASLADO	12	17,91

FUENTE: Entrevistas aplicadas a 67 responsables del menor de 5 años (madre, padre u otro familiar) que fallecieron por infección respiratoria aguda 58 localidades y 35 municipios.

DEFUNCIONES POR IRA SEGÚN LOCALIDAD**35 Municipios y 58 Localidades**

JURISDICCION	SITIO DE OCURRENCIA	TOTAL
TOTAL		
		67
TULANCINGO	ACATLAN	2
	BUENA VISTA	1
	SAN JOSE CACALOAPAN	1
TULANCINGO	ACAXOCHITLAN	3
	TEPEPA	2
	COYAMETEPEC	1
TEPEHUA	AGUA BLANCA	1
	CHICHICAXTLE	1
TULA	AJACUBA	3
	TECOMATLAN	1
	VICENTE GUERRERO	1
	TULANCALCO	1
HUICHAPAN	ALFAJAYUCAN	3
	LA VEGA	1
	CEBOLLETAS	1
	CERRO AZUL	1
APAN	ALMOLOYA	3
	RANCHO EL TECOJOTE	1
	TEPEPATLAXCO	1
	ALMOLOYA	1

APAN	APAN	3
	APAN	2
	ACOPINALCO	1
TULANCINGO	CUAUTEPEC	2
	CIMA DE TOGO	1
	XAYAHUALULCO	1
APAN	EMILIANO ZAPATA	1
	SANTA CLARA	1
ACTOPAN	FCO. I MADERO	1
	TEPATEPEC	1
IXMIQUILPAN	IXMIQUILPAN	3
	EL OLIVO	2
	PANALES	1
METZTITLAN	METZTITLAN	1
	TEPECAHUANTLA	1
PACHUCA	MINERAL DEL MONTE	1
	PUEBLO NUEVO	1
ACTOPAN	MIXQUIAHUALA	1
	JAGUEY BLANCO	1
PACHUCA	OMITLAN DE JUAREZ	2
	SAN ANTONIO EL PASO	1
	RINCON CHICO	1
PACHUCA	PACHUCA	5
	PACHUCA	5
ACTOPAN	PROGRESO	3
	PROGRESO	3

PACHUCA	MINERAL DE LA REFORMA	1
	VELILLO	1
ACTOPAN	SAN SALVADOR	2
	CAXUXI	1
	SAN MIGUEL ACAMBAY	1
ACTOPAN	SANTIAGO DE ANAYA	1
	GUERRERO	1
TULANCINGO	SANTIAGO TULANTEPEC	1
	LOS ROMEROS	1
TULANCINGO	SINGUILUCAN	1
	ALFAJAYUCAN	1
HUICHAPAN	TECOZAUTLA	2
	SAN JOAQUIN	1
	BOTHE	1
TULA	TEPEJI	7
	SAN MATEO	1
	SAN JOSE PIEDRA GORDA	1
	SAN IGNACIO NOPALA	1
	SAN BUENA AVENTURA	2
	TEPEJI	2
TIZAYUCA	VILLA DE TEZONTEPEC	1
	VILLA DE TEZONTEPEC	1
TULA	TEZONTEPEC DE ALDAMA	2
	TEZONTEPEC DE ALDAMA	2
TIZAYUCA	TIZAYUCA	3
	EL CID	1
	HUITZILA	1
	TIZAYUCA	1

TULA	TLAHUELILPAN	1
	TLAHUELILPAN	
METZTITLAN	TLAHUILTEPA	1
	TLAHUILTEPA	2
MOLANGO	TLANCHINOL	2
	SANTA LUCIA	2
TULA	TLAXCOAPAN	1
	TLAXCOAPAN	1
TULA	TULA DE ALLENDE	3
	BOMINTZHA	1
	SAN FRANCISCO BOXAY	1
	SAN MARCOS	1
HUEJUTLA	XOCHIATIPAN	1
	OHUATIPA	1
TIZAYUCA	ZAPOTLAN DE JUAREZ	4
	ACAYUCA	3
	ZAPOTLAN DE JUAREZ	1
ZIMAPAN	ZIMAPAN	1
	ZIMAPAN	1

CONCLUSIONES

Mediante el análisis de los resultados obtenidos en este estudio se llega a las siguientes conclusiones:

- En relación a la región más afectada con defunciones por este padecimiento, se identifica que se puede identificar que la Jurisdicción Tula considerando que es una de las Jurisdicciones que mayor con una gran porcentaje es la más afectada por defunciones relacionadas a este padecimiento a pesar de no contar con inaccesibilidad en la región y mantenerse durante la mayoría del año un clima templado.
- El sexo más afectado por este padecimiento es el femenino y el grupo de edad predominante es el del menor de 1 año.
- La temporada de invierno es la estación del año en que se originan el mayor número de defunciones a pesar de mantener una constante en la mayoría de los meses del año.
- La población que no cuenta con derechoabiencia es la que presenta mayor de defunciones atribuidas a esta causa, tomando en cuenta que es mayor el porcentaje de cobertura por la Institución que presta servicios a esta población.
- La mayoría de los entrevistados es la 1ª. Vez que cuentan con el fallecimiento de un menor en este caso cubren solo en una minoría con el factor de mal pronóstico sobre la existencia de otra defunción de otro menor de 5 años en la familia, aun así se importante considerarlo para su estudio.
- La gran parte de los menores vivían en un lugar donde se tiene acceso fácilmente a una unidad de salud, clínica o consultorio para su atención, por lo que se descarta en todo caso inaccesibilidad a los servicios de salud.

- Los padres de los menores fallecidos son jóvenes y se descarta la existencia de uno de los factores de mal pronóstico en la mayoría de los entrevistados que es la de ser madre menor de 17 años, solo 1 de las 67 cuenta con esa edad.
- No todo el personal que atendió al menor con IRA considera importante mencionar las medidas generales lo cual hace deducir que la atención no se está brindando de manera completa ni efectiva esto se identifica de manera general; e independientemente de la Institución o establecimiento de salud que proporcione la atención.
- La capacitación brindada a los responsables de los menores de 5 años no está incidiendo en las acciones de prevención y atención no se ha sensibilizado a la población para la modificación de conductas que pueda contribuir a la mejora y recuperación del menor con IRA con especial énfasis evitar la muerte del menor por este padecimiento.
- No todo el personal que atendió al menor con IRA considera relevante proporcionar las medidas generales para evitar complicaciones, durante la consulta.
- Mediante el análisis de los relatos registrados en las autopsias verbales se deduce que un número considerable de responsables del menor acudieron de manera oportuna al médico aún así cuando recibió atención por parte de la medicina privada u otro establecimiento, se constata en estos que a los menores aún después de presentar signos de alarma y surge la interrogante con respecto al manejo hospitalario en algunos casos.

PROPUESTAS

- En base al análisis de los resultados obtenidos mediante la revisión de las cédulas de autopsia verbal, y como parte del equipo interdisciplinario dentro de los Servicios de Salud, la cual funge como eje rector de salud en el estado considero las siguientes propuestas:

A nivel Estatal:

- Reforzar la Coordinación con el Sector privado, para la implementación de la capacitación a los médicos al sector privado de médico.
- Reforzar las acciones de capacitación al personal de Salud de los diferentes Instituciones del Sector Salud para enfatizar en el proceso de la atención al menor sobre Infección Respiratoria Agudas, mediante talleres calendarizados en tomando en cuenta la normatividad establecida y de acuerdo a la normatividad.
- Seguimiento a los Municipios que cuenten con un incremento en el número de defunciones mediante un análisis epidemiológico, para considerar al personal ubicado en las unidades de esos municipios a la inclusión a capacitación sobre los componentes básicos de la atención integral del menor de 5 años, entre ellos la atención específica sobre IRAS.

A nivel aplicativo:

- Establecer un Centro Estatal de Capacitación Proporcionar al personal de salud los contenidos que deberá mencionar en las capacitaciones a los responsables del menor de 5 años, tales como:

1- Identificar la presencia de la IRA y establecer medidas que eviten las complicaciones.

2.- Identificar a la **neumonía** como la complicación más grave de las IRA, que puede ocasionar la muerte.

3.- Reconocer los **signos de alarma** y solicitar la consulta ante la presencia de estos.

4.- Identificar los cuidados en el hogar que se deben proporcionar al niño con IRA.

5.- Reconocer a la lactancia materna, la ablactación y las vacunas como medidas efectivas para evitar la frecuencia y gravedad de las IRAS.⁶⁷

- Ampliar la capacitación que debe conocer la madre o responsable del menor, mediante las acciones que el equipo de salud realicen, se considera necesario apoyar siempre la explicación de la información básica con ejemplos de la realidad que rodea a la madre, (alimentos disponibles, los líquidos recomendados para la atención en el hogar los signos de alarma en su propio hijo y en otros pacientes).

La acciones de control de las IRAS en los niños están destinados a dar respuesta completa a la problemática de estas enfermedades en la infancia contribuyendo a la reducción del número de muertes infantiles y al mejoramiento de la salud del niño a través de la atención adecuada de los episodios tanto al nivel de los servicios de salud como el hogar.

⁶⁷ SECRETARÍA de salud. “Infecciones Respiratorias Agudas. Manual de procedimientos Técnicos”. op. cit. Pág. 24

GLOSARIO

IRAS: Infecciones Respiratorias Agudas. Conjunto de signos y síntomas que afectan el aparato respiratorio, con una evolución no mayor a 15 días.

Streptococcus pneumoniae: Bacteria que causa un tipo de neumonía.

Haemophilus influenzae: Bacteria que causa un tipo de neumonía.

Hipoacusia: Disminución de la agudeza auditiva

Disfonía: Alteración del tono de voz

Antimicrobianos: Medicamentos propios contra microorganismos.

Hipotermia: Baja de la temperatura corporal,

Taquipnea: Dificultad respiratoria, quejido respiratorio, respiración acelerada.

Cianosis: Coloración azulada de la piel, boca o uñas.

Convulsión: Contracción involuntaria de los músculos, que determina su movimiento irregulares en uno o varios grupos musculares generalizados

Polipnea: Aumento de la frecuencia respiratoria por arriba de 60 por minuto en niños menores de dos meses de edad por arriba de 50 por minuto en niños de dos a 11 meses, y por arriba de 40 por minuto en niños de uno a cuatro años.

Sibilancia: Ruido respiratorio al espirara.

Tasa de mortalidad: Una presentación tabular de la esperanza de vida y la probabilidad de morir en cada edad de una población dada, de acuerdo con las tasas de mortalidad general por edad predominantes. El cuadro de esperanzad de vida da una idea completa y organizada de la mortalidad de un población.

BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN Española de Trabajo Social en Salud. "La participación Social en Salud". Trabajo Social y Salud no. 41. Monográfico. España Marzo 2002.

BEAM Hugo "Determinantes económicas y sociales de la mortalidad en América Latina" México 1979

BOBADILLA José. "Vida y muerte del mexicano" Ed. Folios 1982.

DIRECCIÓN General de Promoción y prevención "Guía de atención de la Infección Respiratoria Aguda República de Colombia". Ministerio de salud..., Colombia. 2000.

" Convención sobre los derechos del niño" Tercera Edición. México DF. Mayo 2000.

DIRECCIÓN General de Promoción y prevención "Guía de atención de la Infección Respiratoria Aguda República de Colombia". Ministerio de salud..., Colombia. 2000.

GAMES Eternod J, Palacios Treviño J. "Introducción a la Pediatría." 6a. Edición. México 1995.

GRENE, W. H. Educación para la salud. Ed. Interamericano. Junio 1991.

HERNANDEZ Bringas Héctor H. "Las muertes violentas en México" UNAM 1989.

JIMENEZ Órnelas René. "Los cambios de la mortalidad en México 1900-1987" UNAM 1982

KISNERMAN, Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social" Ed Humanitas, Buenos Aires, Argentina. 1981.

"Manual sobre la Populati6n Reference Bureau" 4ª Edici6n Internacional 2001.

NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, para la prevenci6n control de las infecciones respiratorias agudas en la atenci6n primaria a la salud. D.O.F. 11 de Abril de 1995.

NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atenci6n a la salud del ni6o. México DF 1999.

ORGANIZACI6N Panamericana de la salud: "Atenci6n del ni6o con Infecci6n Respiratoria Aguda. 1992.

ROSADO, Manuel. "Elementos de Salud P6blica" UNAM México DF. 1991.

SANTOS Preciado MD, Villaseñor Alberto MD, "Infecciones de Vías Respiratorias Superiores". México DF 1995.

SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia. "Guía para el educador de la salud". México 1982.

SECRETARIA de Salud. "Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta". Servicios de Salud Hidalgo. 2004.

SECRETARÍA de Salud. El fomento de la Salud en México. México 1989-1994.

SECRETARIA de Salud. Manual de Normas de Educación para la Salud. México 1983.

SECRETARÍA de Salud. "Manual de procedimientos técnicos, Programa de atención a la salud del niño, Infecciones, Respiratorias Agudas". México 1988.

SECRETARIA de Salud. Programa de acción. Infancia. México DF Primera Edición 2002.

SERVICIOS de Salud de Hidalgo. Folleto No. 4 "IRAS, Trabajando juntos por la salud de los Hidalguenses" Julio 2002.

UNICEF. "Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes para los países de la Región de las Américas". UNICEF, Washington, D: C: 20037, E.U.A. 1992 Organización Panamericana de la Salud OMS/HCP/HCTI/ARI-CDD/96.3

.

Otras Fuentes:

<http://ccr.dsi.unal.mx/macorona/idex.html>

[www.monografias.com/trabajos12/inteligencia emocional/enfin.shtml](http://www.monografias.com/trabajos12/inteligencia%20emocional/enfin.shtml)

[www/monografias.com/trabajos 16/desarrollo del lenguaje/.shtml](http://www/monografias.com/trabajos%2016/desarrollo%20del%20lenguaje/.shtml)

A P E N D I C E

Relatos de responsables del menor fallecido que fueron entrevistados

Caso 1

Nombre: ROO

Edad: 2 meses

Localidad: Tepepa

Municipio: Acaxochitlán

Jurisdicción: Tulancingo

SSH

“Empezó el día 26 de Febrero, tenía fiebre, respiraba rápido, vomitó en 2 ocasiones, le di tempra 5 gotas cada 8 horas, a las 11 de la noche lo lleve con Dr. Particular, me dijo que tenía una infección en el estomago y le puso un supositorio y me mando al hospital, lo y me dijeron que le iban a sacar una placa, después me informaron que había salido bien, me lo dieron de alta el día 27 de Febrero y el día 28 a las 03:00 horas el niño murió, me di cuenta por que le iba a dar de comer”

Caso 2

Nombre: DBE

Edad: 2 años 7 meses

Localidad: Ohuatipa

Municipio: Xochiatipan

Jurisdicción: Huejutla

SSH

“ Mi hija empezó a enfermarse el día 20 de Enero de este año con calentura , tos, le di un medicamento (Agin), recomendado por un familiar, mi hija todavía tomaba leche materna, le daba te, y mucho agua, este día se le quito la calentura, por la tarde del 21 de enero lo lleve a la clínica por que mi hijo se puso como moradito y seguía con mucha calentura y seguía con mucha tos, por ratos le chillaba el pecho, en la clínica lo atendió una Doctora y me dijo que le comprara el medicamento, al siguiente día se le quito la calentura, pero la tos no se le quitó, mi hijo se ponía más malito, me di cuenta que cuando respiraba se le veían sus costillitas, entonces otra vez lo llevamos a la clínica y el Doctor me dijo que mi hija no tenía nada, le seguía dando el medicamento, le daba agua y pecho pero mi hija seguía igual por eso el 24 de Enero lo lleve al Hospital General de Pachuca, a mi hija la hospitalizaron por que la enfermera me dijo que estaba muy malita, que tenía mucha calentura y se quedó hospitalizada, el 25 en la mañana no la chocaron, hasta en la tarde, vi a mi hija que le faltaba mucho aire, hasta habría la boca para respirar, entonces busque al Doctor y le pedi que fuera a ver a mi hija y el Doctor me dijo que no le tocaba en esa área, entonces regrese a donde estaba mi hija pero el policía no me dejo entrar por que mi hija estaba con una señora, de ahí regrese con la Trabajadora Social y me dejaron entrar, el Doctor estaba revisando a mi hija, pero me sacaron otra vez porque a mi hija se la llevaron a Terapia Intensiva.

Mi hija estaba muy grave. Me dijeron que esperara afuera, al poco rato salió el Doctor y me dijo que habían hecho todo lo posible para salvar a mi hija pero no pudieron. Mi hija falleció como a las 7 de la noche.”

Caso 3

Nombre: PCM

Edad: 3 meses

Localidad Xayahualulco

Municipio: Cuautepec

Jurisdicción: Tulancingo

SSH

“El 30 de enero del 2002 por la mañana la bebe presentaba como gripa, no se le escuchaba ronquido en el pecho, sin presentar calentura, sin presentar nada solo el fluido de la nariz, sin llorar era muy tranquila, comía bien y todo, se le dio gotitas de acetaminofen que fueron otorgadas por Maribel, de las personas que vienen los días viernes a la casa de salud, no tenía diarrea, no tenía nada más que la gripa, comía te de manzanilla, casi nunca se enfermaba y esta vez fue la segunda ocasión que se nos enfermó de gripa, ya que la primera vez la llevamos con médico particular el cual nos recetó jarabe, supositorios e inyecciones (garamicina) aproximadamente un mes. Y esta segunda vez fuimos con la Dra. Angélica como a las 12:00 horas para que se le quitara el fluido de la nariz, nos dijo que estaba bien, le recetó medicamento y nos dijo que con el medicamento iba a mejorara y que estaba bien 8 Gotas, jarabe, e inyecciones).

El 31 en la mañana como a las 7:00 horas presento calentura, se le siguió dando el medicamento, se veía más malita y como a las 8:00 horas se le puso una inyección, siguió estando malita, con la inyección que se le puso empezó a sudar como a cortar la temperatura y mi esposo se encontraba en México trabajando le hable como a las 10:00 horas para que viniera por que la bebe siguió estando malita para que la lleváramos con la Dra. Angélica a Cuautepec como a las 12:00 horas no comía nada, se le dio suero a cucharaditas se lo tomaba bien el suero y como a las 12:30 horas a 13:00 horas no tomaba nada se puso mas malita, sus manitas se

sentían calientes, calientes, ya no quería nada, su color era más pálido cada momento que la veíamos la botábamos más grave, tenía dificultad para respirar por que se veía más triste, la llevamos para Cuatepec pero en el caminó se murió”

Caso 4**Nombre: JGV****Edad: 2 meses****Localidad: Zimapán****Municipio: Zimapán****Jurisdicción: Zimapán****SSH**

“Lo que pasó es que le dio gripa lo lleve con el pediatra Trujillo y me dijo que tenía una infección en la garganta y gripa de ahí me recetó una suspensión para la garganta; el destap y el nasalub para que le calmara el escurrimiento nasal, me dijo que volviera al mes , pero a los quince días se enfermó de lo mismo y lo volví a llevar y me dijo que tenía flemas y otra vez tenía inflamada la garganta le volvió a dar los mismos medicamentos y un jarabe para la tos el vick. Después a los ocho días seguía enfermo y como ya no tenía dinero el martes muy temprano como a las 5:00 tenía mucha calentura y a las 10:00 de la mañana me lo lleve con el Dr. Sánchez y como no tenía dinero le pedí fiada la consulta y como el bebe estaba muy mal lo atendió y tenía 40 grados de temperatura y me dijo que tenía bronquitis y me recetó 5 inyecciones supositorios y gotas para la calentura, también me recetó sueros de ahí me regrese a mi casa le seguí dando el medicamento como el me dijo y en la tarde seguía malo y regrese como a las 6:30 y tenía 41° de temperatura, la enfermera le dio un baño y me dijo de un consultorio de Ixmiquilpan me apuntó la dirección y me recomendó con el Dr. Absalón García en el camino el bebe iba convulsionándose y llegue al Sanatorio Guadalajara, pase con el Médico, lo recibieron y lo desvistieron, lo bañaron con agua tibia lo frotaron con alcohol le pusieron suero, así estuvo el miércoles, jueves y viernes le quitaron el suero y le dieron suspensión, el viernes 18 empezó a tener diarrea y me recetaron sobres de medicina mi bebe dejó de comer y tomaba muy poco líquido, lo dieron de alta el sábado 19 de enero y me lo traje con medicamentos (Claulín) y sobres para la diarrea me dijo que regresara el martes 22 para que lo revisara, regrese ese día y el

bebe estaba muy mejorado, y cuando pase con el doctor me hizo que la quitara la ropa y yo sentí el consultorio muy frío, después de revisarlo le recetaron gotas de Tempra, regrese a mi casa y el bebe empezó a estar muy inquieto lloraba mucho, en la madrugada del día 23 de enero como a las 2 o 3 de la mañana vomito dos veces lloraba mucho a las 5:00 de la mañana el bebe ya no podía respirar se quejaba mucho y ya no lloraba, a las 6:00 de la mañana nos fuimos a Ixmiquilpan, cuando el medico lo reviso nos dijo que tenía mucha calentura, lo desvistieron y lo bañaron , ya estaba morado ya no lloraba le pusieron oxigeno el Dr. Me dijo que le iban a sacar unos estudios una radiografías y que iban a mandar a traer un pediatra, le pusieron una inyección de 500mg., le pusieron toda la inyección lo volvieron a bañar y lo metieron a un cuarto para observación, el bebe ya no respondía y falleció a las 10:30 Hrs. del día 23 de enero”

Caso 5

Nombre: JAGL

Edad: 2 meses

Localidad: Cuesta Blanca

Municipio: Cardonal

Jurisdicción: Ixmiquilpan

SSH

“ Mi bebe inicia con mucha tos y flemas (habían pasado 15 días que ya se había enfermado, lo lleve a Cardonal y se curó) después otra vez el día 8 otra vez empieza con tos y gripa, por lo que lo llevo a Ixmiquilpan al consultorio de la farmacia de Similares donde la dan varios medicinas y no se compone. Al otro día mi bebe no podía respirar bien pues lo hacía muy rápido, le aviso a mi esposo y nos lo llevamos a Cardonal, el me llevo al domicilio de una doctora que no se como se llama y nos dice que tiene mucha calentura y ahí mismo le aplica una inyección creo era penicilina, me llevo a mi bebe y al llegar a mi casa noto que mi bebe respira más rápido y después empezó a respirar más despacio, además se le movían los ojitos con su mirada perdida, por lo que nuevamente le digo a mi esposo y me lleva a Cardonal y en el camino mi bebe se muere y de ahí mismo nos regresamos a la casa.”

Caso 6

Nombre: DBH

Edad: 5 meses


Localidad: Atlalco

Municipio: Xochiatipan

Jurisdicción: Huejutla

SSH

“ Mi hijo empezó a enfermarse el día sábado a las 8:00 de la noche, empezó con mucha tos, calentura, en mi casa le pase manteca de puerco con jitomate en la garganta, en el estomago y espalda, para ver si le quitaba la calentura, ,el domingo en la mañana le aplicaron pemprocilina 4000, mi hijo se le dificultaba mucho para respirar y le chillaba mucho el pecho, todavía tomaba leche por ratos le daba te de manzanilla, lloraba cada rato, no sabía que hacer , el lunes en la mañana lo lleve a la clínica de atlalco, la enfermera le dio paracetamol gotas, estuve un rato en la clínica y luego me lo lleve a mi casa, pero mi hijo seguía igual, con mucha tos. El martes en la mañana me di cuenta que mi hijo nada más estaba dormido, le chillaba su pechito ya casi no se movía, mi esposo me dijo que lo lleváramos a la clónica de Xochiatipan, cuando llegamos el doctor lo vio y nos dijo que el niño se estaba muriendo que ya no podía hacer nada, nos dijo que lo hubiéremos llevado luego. Mi hijo falleció como a las 5 de la mañana”.



MINISTERIO DE SALUD
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS

9. ANEXOS

**AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCIÓN
POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA**

CÉDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR

FOLIO:

I. IDENTIFICACIÓN

ESTADO:

JURISDICCIÓN: DELEGACIÓN: ZONA:

FECHA DE LA APLICACIÓN REALIZADA POR:

II. DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (COMPLETAR)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO:

DOMICILIO:

CALLE, NÚMERO, COLONIA, SECCIÓN O BARRIO

1. LOCALIDAD:

2. MUNICIPIO:

3. EDAD: AÑOS MESES DÍAS FECHA DE NACIMIENTO: AÑO MES DÍA 4. DERECHOHABIENTA:

(MÁS, ASÍ O OTROS NOMBRES DE USUARIOS)

5. SEXO: 1) MASCULINO
 2) FEMENINO 6. FECHA DE LA MUERTE: AÑO MES DÍA HORA MIN

7. CAUSAS DE LA MUERTE REGISTRADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

PARTE I

A

B

C

PARTE II

III. INSTRUCIVO PARA EL ENTREVISTADOR

BUENOS DÍAS (TARDES), MI NOMBRE ES (INDIQUE SU NOMBRE) Y TRABAJO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ESTAMOS REALIZANDO ENTREVISTAS PARA CONOCER MÁS SOBRE LOS NIÑOS QUE HAN MUERTO EN NUESTRO PAÍS, CON EL FIN DE EVITAR QUE A OTROS NIÑOS LES PASE LO MISMO.

SABEMOS QUE EN ESTA CASA MURIÓ HACE ALGÚN TIEMPO UN NIÑO. POR LO QUE LE SOLICITO SU COOPERACIÓN PARA QUE CONTESTE ALGUNAS PREGUNTAS. LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL Y DE MUCHA UTILIDAD PARA SALVAR A OTROS NIÑOS. (PREGUNTE AL ENTREVISTADO SI ACEPTA PARTICIPAR Y EN CASO DE HACERLO INICIE CON LA PREGUNTA 2).

8. SI NO REALIZÓ LA ENTREVISTA, ANOTE EL MOTIVO:

(SE PUEDE TERMINAR LA ENTREVISTA Y DEJAR SIN RESPONDER)



ENFERMEDADES AGUDAS
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

55. ¿LE DIÓ LA MEDICINA? SÍ NO

NOTA: SI SE RECIBIERON MÁS CONSULTAS, ANOTE LOS ASPECTOS RELEVANTES EN UNA HOJA EN BLANCO Y ANÉXELA

IX. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

56. ¿DÓNDE MURIÓ EL NIÑO?

- EN EL HOGAR
- EN CONSULTORIO O UNIDAD DE PRIMER NIVEL
- EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL
- EN EL TRASLADO
- NO SABE

X. CAPACITACIÓN

57. ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACIÓN ACERCA DE EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR,
DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA?

SÍ NO → FIN

58. ¿DÓNDE Y QUIÉN LE DIÓ LA CAPACITACIÓN?



PROGRAMA DE ATENCIÓN
SALUD DEL NIÑO

46. ¿CUÁL(ES)? _____

47. ¿LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA? SÍ NO TIEMPO :
DIAS HORAS

48. ¿LE INDICÓ CÓMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA? SÍ NO
(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 50)

49. ¿QUÉ LE DIJO? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICÓ ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)

SI DEJABA DE COMER O BEBER	<input type="checkbox"/>
PIEL MÁS FRÍA DE LO NORMAL	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD PARA DESPERTARLO	<input type="checkbox"/>
CONVULSIONES O ATAQUES	<input type="checkbox"/>
SI SE PONÍA MORADO DE LABIOS Y/O UÑAS	<input type="checkbox"/>
MÁS PÁLIDO DE LO NORMAL	<input type="checkbox"/>
HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS	<input type="checkbox"/>
RESPIRACIÓN RÁPIDA O JADEO	<input type="checkbox"/>
SILBIDO AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>
OTRA _____	

ESPECIFIQUE _____

50. ¿LO ENVIÓ AL HOSPITAL? SÍ NO
(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 51)

51. DE ACUERDO CON LA INDICACIÓN ¿USTED LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

(CONTINÚE CON LA PREGUNTA 54)

52. ¿LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

(PASE A LA PREGUNTA 53)

53. ¿LO HOSPITALIZARON? SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON?

54. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA SEGUNDA CONSULTA, USTED: (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

	SÍ	NO
¿LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LE DIÓ MÁS LÍQUIDOS DE LO HABITUAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SI AÚN TOMABA, LE CONTINUÓ DANDO EL PECHO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE SU CASA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ESTADÍSTICAS AGUDAS
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

36. DE ACUERDO CON LA INDICACIÓN ¿USTED LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 37)

37. ¿LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

(PASE A LA PREGUNTA 38)

38. ¿LO HOSPITALIZARON?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON?

39. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA PRIMERA CONSULTA, USTED: (RELACIONE CON LAS INDICACIONES DE LA CONSULTA)

¿LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿LE DIÓ MAS LÍQUIDOS DE LO HABITUAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SI AÚN TOMABA, LE CONTINUÓ DANDO EL PECHO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE SU CASA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. ¿LE DIÓ LA MEDICINA?

VIII CONSULTA(S) SUBSECUENTE(S)

¿LLENE ESTA SECCIÓN SOLO SI EL NIÑO RECIBIÓ UNA SEGUNDA CONSULTA POR LA MISMA (OTRA PERSONA)

41. ¿QUIÉN LE DIÓ LA SEGUNDA CONSULTA? LA MISMA PERSONA OTRA PERSONA

42. LA PERSONA QUE LE DIÓ LA SEGUNDA CONSULTA LE INDICÓ:

	SÍ	NO	NO ESP.
43. MEDIDAS GENERALES			
¿QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿QUE LE DIERA MÁS LÍQUIDOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE LA NARIZ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿QUE LE CONTINUARA DANDO PECHO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿QUE NO LE EXPUSIERA A HUMOS DENTRO DE SU CASA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ¿ALGUNA MEDICINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS:			
45. ¿LE DIÓ INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRA(S) MOLESTIA(S)?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>
(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 46)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

ANOTE LA FECHA DE INICIO Y EVOLUCIÓN DE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES DATOS:
 (SI YA LO INDICÓ EL ENTREVISTADO EN LA SECCIÓN ANTERIOR REGÍSTRELO EN EL RECÍPULO CORRESPONDIENTE)

15. SIGNOS

	SÍ	NO	NO SABE	INICIO (FECHA)	DURACIÓN (DÍAS)	OBSERVACIONES
TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DEJÓ DE COMER O BEBER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PIEL MÁS FRÍA DE LO NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DIFICULTAD PARA DESPERTARLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CONVULSIONES O ATAQUES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SE PUSO MORADO DE LABIOS Y/O UÑAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MÁS PÁLIDO DE LO NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
RESPIRACIÓN RÁPIDA O JADEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SILBIDO AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

16. DURACIÓN TOTAL DE LA ENFERMEDAD: DÍAS : HORAS : MIN

VI. ATENCIÓN RECIBIDA EN SU HOGAR

17. ¿CUANDO UD. SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO SE ENFERMÓ, ¿LO ATENDIÓ PRIMERO EN SU CASA? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA N.º 21)

SÍ NO NO ESPECIFICADO

18. EN SU CASA, UD. POR SU PROPIA CUENTA:

19. MEDIDAS GENERALES

- ¿LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?
- ¿LE DIO MÁS LÍQUIDO DE LO HABITUAL?
- ¿LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ?
- ¿SI AÚN TOMABA, LE CONTINUÓ DANDO EL PECHO?
- ¿LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

20. ¿LE DIÓ ALGUNA MEDICINA?

DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: _____

VII. PRIMERA ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR

21. ¿LO LLEVÓ CON ALGUIEN A CONSULTA? SÍ NO

22. ¿POR QUÉ? _____

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 23)

23. ¿RECIBIÓ ATENCIÓN? SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN? _____

