

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

TEMA:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE
LA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN
LA INFANCIA (AIEPI) Y SU TRATAMIENTO, EN EL SUBCENTRO
DE SALUD DE LA PARROQUIA CRISTÓBAL COLON
PROVINCIA DEL CARCHI, DURANTE EL
PERIODO NOVIEMBRE 2009
A SEPTIEMBRE 2010.

Tesis de grado previo a la obtención del título de licenciatura en enfermería

RESPONSABLES:

CADENA LORENA

CARAPAZ MARIANELA

TUTOR: Dr. Patricio Nieto

IBARRA-ECUADOR

Octubre 2010.

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

Ibarra, Octubre 2010

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Dr. Patricio Nieto, en calidad de Asesor de tesis, designado por disposición de consejo académico escuela de enfermería, certifica que la Srta. Lorena Cadena y Srta. Marianela Carapaz, alumnas De la escuela de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud , han culminado con su trabajo de Tesis, con el tema: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN INFANCIA (AIEPI) Y SU TRATAMIENTO, EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA CRISTÓBAL COLON PROVINCIA DEL CARCHI", quien ha cumplido con todos los requerimientos exigidos por lo que se aprueba la misma.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, facultando a las interesadas hacer uso de la presente, así como también se autoriza la presentación para la evaluación por parte del Jurado respectivo.

Atentamente,

Dr. Patricio Nieto

DIRECTOR DE TESIS

DEDICATORIA

Cuando se alcanza una meta, el espíritu se engrandece por el deber cumplido.

Este trabajo queremos dedicarlo a nuestros padres quienes siempre han estado a nuestro lado dándonos las fuerzas necesarias, quienes con sus palabras de aliento nos daban un empujoncito para continuar luchando día a día por alcanzar nuestros objetivos propuestos. A ellos a quien les debemos todas las noches de desvelo los malos ratos que les hicimos pasar, son a ellos a quienes les debemos todo, largas horas de consejos, regaños, tristezas y alegrías, gracias por todo el amor que nos dan, gracias por formarnos y hacer de nosotras las personas que somos hoy.

Lorena Cadena

Marianela Carapaz.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por darme la vida y llenarme de bendiciones

A nuestra UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE, presentamos nuestro sentimiento de gratitud ya que nos abrió el camino de superación, con catedráticos idóneos, capaces e impulsores, gracias a ellos por sus conocimientos impartidos , por su paciencia y entendimiento, elevando nuestra autoestima con calidad, en bien de la sociedad en la cual nos desenvolvemos.

A nuestra querida facultad de Ciencias de la salud a las autoridades que la conformas, y a todos los docentes; por habernos brindado la oportunidad de alcanzar un excelente nivel académico.

A nuestros padres, familiares y todas aquellas personas que de una u otra manera nos apoyaron eficazmente en el transcurso de nuestra capacitación profesional y supieron infundir confianza en nosotros mismos, para alcanzar con éxito los objetivos planteados.

Lorena Cadena

Marianela Carapaz.

INDICE

Contenidos	Páginas
PORTADA.....	i
CONSTANCIA DE APROBACION.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE.....	v
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	ix
RESUMEN EJECUTIVO.....	x
SUMMARY.....	xi
TEMA.....	xii
INTRODUCCION.....	xiii

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.-Planteamiento del problema.....	1
1.2.- Formulación del problema.....	3
1.3.- Preguntas directrices	4
1.4.- Objetivos.....	5
1.4.1.- Objetivos General.....	5
1.4.2.- Objetivos Específicos.....	5
1.5.- Justificación.....	6

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1.- Antecedentes AIEPI.....	9
2.2.- Situación actual.....	12
2.2.1.- Avances regionales.....	13
2.3.- Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	
2.3.1.- Objetivos.....	15

2.3.2.- Ventajas.....	15
2.3.3.- Componentes.....	16
2.3.4.- Cómo se aplica la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).....	17
2.4.- Contenido de AIEPI.....	18
2.5.- Diarrea.....	19
2.5.1.-Síntomas de la diarrea.....	19
2.5.2.-Causas de la diarrea.....	19
2.5.3.- Tipos de diarrea en niños menores de 5 años.....	20
2.5.4.- Deshidratación.....	20
2.5.5.- Síntomas.....	20
2.5.6.- Clasificación de la deshidratación.....	21
2.5.7.- Tratamiento de la deshidratación y diarrea.....	21
2.5.7.1.- Plan A.- tratar la diarrea en casa.....	21
2.5.7.2.- Plan B.- tratar la deshidratación con suero oral.....	22
2.5.7.3.- Plan C.- tratar rápidamente la deshidratación grave.....	23
2.6.- Tos o dificultad para respirar.	23
2.6.1.- Clasificar tos o dificultad respiratoria.....	25
2.6.1.1.-Neumonía grave o enfermedad muy grave.....	25
2.6.1.2.- Neumonía.....	26
2.6.1.3.- No tiene neumonía, resfriado gripe o bronquitis	26
2.7.- Fiebre.....	27
2.7.1.- Causas.....	27
2.7.2.- Complicaciones.....	27
2.8.- Malaria.....	28
2.8.1.- Síntomas.....	28
2.8.2.-Cómo evitar la malaria.....	28
2.9.- Dengue.....	29
2.9.1.- Síntomas.	29
2.9.2.- Características de la fiebre de dengue.....	29
2.9.3.- Características de la fiebre hemorrágica de dengue.....	30
2.9.4.- Características del Shock hemorrágico por Dengue:	30

2.9.5.- Grados de dengue hemorrágico.....	31
2.10.- Sarampión.....	31
2.10.1- Incubación.....	31
2.10.2.- Síntomas.....	31
2.10.3.- Transmisión.....	32
2.10.4.- Complicaciones.....	33
2.10.5.- Prevención.....	33
2.11.- Rubeola.....	34
2.11.1.- Signos y síntomas.....	34
2.11.2.- Contagio.....	35
2.11.3.-Incubación.....	35
2.11.4.-Duración.....	35
2.11.5.-Prevención.....	36
2.11.6.-Tratamiento.....	36
2.11.7.- Tratamiento en casa.....	36
2.12.- Problema de oído.....	37
2.12.1.- Como clasificar los lemas de oído.....	37
2.12.1.1.- Mastoiditis.....	37
2.12.1.2.- Infección aguda de oído.....	38
2.12.1.3.- Infección crónica de oído.....	38
2.12.1.4.- No tiene infección de oído.....	38
2.13.- Desnutrición y anemia.....	38
2.13.1.- causas de desnutrición.....	38
2.13.2.- clases de desnutrición.....	39
2.13.2.1.- kwashiorkor o síndrome pluricarencial.....	39
2.13.2.2.- Marasmo.....	40
2.13.2.3.- El marasmo y el kwashiorkor.....	41
2.13.2.4.- Escorbuto.....	41
2.13.2.5.- Pelagra.....	42
2.13.2.6.- Beriberi.....	42
2.13.2.7.- Raquitismo.....	43

2.13.3.- Alimentos recomendados	43
---------------------------------------	----

CAPITULO III

3.- MATERIALES Y METODOS

3.1.- localización y caracterización.....	44
3.2.- Tipo de Estudio.....	46
3.3.- Diseño del Estudio.....	46
3.4.- Universo de estudio	46
3.5.- Muestra.....	46
3.6.- Técnica e Instrumentos.....	47
3.7.- Procesamiento de la información.....	47
3.8.-Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	47
3.9.- Variables de estudio: definición y Operacionalizacion.....	48
3.9.1.-Variable dependiente.....	48
3.9.2.- Variables independientes.....	48

CAPITULO IV

4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.- Presentación y análisis de resultados.....	51
4.2.- Análisis y discusión de resultados.....	73

CAPITULO V

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1.- Recursos humanos.....	76
5.2.- Recursos materiales.....	76
5.3.- Presupuesto.....	77
5.4.- cronograma de actividades.....	78

CONCLUSIONES.....	79
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	80
-----------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA y LINGÜOGRAFIA	81
--	-----------

ANEXOS.....	83
--------------------	-----------

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1 Y GRÁFICO 1.....	52
TABLA 2 Y GRÁFICO 2.....	53
TABLA 3 Y GRÁFICO 3.....	54
TABLA 4 Y GRÁFICO 4.....	55
TABLA 5 Y GRÁFICO 5.....	56
TABLA 6 Y GRÁFICO 6.....	57
TABLA 7 Y GRÁFICO 7.....	58
TABLA 8 Y GRÁFICO 8.....	59
TABLA 9 Y GRÁFICO 9.....	60
TABLA 10 Y GRÁFICO 10.....	61
TABLA 11Y GRÁFICO 11.....	62
TABLA 12 Y GRÁFICO 12.....	63
TABLA 13Y GRÁFICO 13.....	63
TABLA 14Y GRÁFICO 14.....	64
TABLA 15Y GRÁFICO 15.....	65
TABLA 16Y GRÁFICO 16.....	66
TABLA 17Y GRÁFICO 17.....	67
TABLA 18Y GRÁFICO 18.....	68
TABLA 19Y GRÁFICO 19.....	69
TABLA 20 Y GRÁFICO 20.....	70
TABLA 21Y GRÁFICO 21.....	71
TABLA 22Y GRÁFICO 22.....	72

RESUMEN EJECUTIVO

Nuestra investigación la hemos realizado con el objetivo de saber que conocimientos, actitudes y prácticas tienen las madres de niños menores de 5 años sobre enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), en el subcentro de salud de la parroquia Cristóbal Colon, es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo.

El tipo de investigación utilizado es de tipo cualitativo no experimental, como instrumento de recolección de datos se utilizó la encuesta, con su respectivo cuestionario, el mismo que consta de 22 ítems con diferentes opciones de respuesta.

El instrumento fue validado mediante una prueba piloto aplicada en el Subcentro de Salud Sur de la ciudad de Tulcán, población con similares características a la población en investigación, una vez validada se procede a aplicarla en la población en estudio.

Este trabajo se lo ha sustentado mediante la consulta de fuentes bibliográficas, documentos de internet con la finalidad de consolidar el marco teórico amplio y concreto que permita sustentar los argumentos sobre los resultados de la investigación de campo realizado mediante la aplicación de la encuesta a madres de niños menores de 5 años que acuden al subcentro de salud de la Parroquia Cristóbal Colon, en el cual obtuvimos una buena colaboración tanto del personal que labora en el mismo, como los asistentes lo que nos facilitó su aplicación, obteniendo resultados bajos en el conocimiento de estas enfermedades, y sobre todo en su tratamiento.

EXECUTIVE SUMMARIZE

Our investigation has carried out it with the objective of knowing that knowledge, attitudes and practices have the mothers of children smaller than 5 years it has more than enough illnesses prevalentes in the childhood (AIEPI), in the subcentro of health of the parish Cristóbal Colon, is an integrated focus of the infantile health that is centered in the boy's general well-being. Their purpose is to reduce the mortality, the morbilidad and the discapacidad in the children smaller than five years, as well as to promote its best growth and development.

The utilized investigation type is not of qualitative type experimental, like instrument of gathering of data you uses the survey, with its respective questionnaire, the same one that I consist of 22 articles with different answer options.

The instrument was validated by means of a test pilot applied in the Subcentro you South Health of the city of Tulcán, population with similar characteristic to the population in investigation, once validated you procerde to aplicasrla in the population in study.

This work has sustained it to him by means of the consultation of sources bibliographical internet documents with the purpose of consolidating the wide theoretical mark and I sum up that allows to sustain the arguments on the result of the investigation of realized field by means of the application from the survey to children's mother smaller than 5 years that go to the subcentro of health of the Parish Cristóbal Colon, in which obtained the personnel's so much good collaboration that works in the same one, as the assistants what I facilitate us its application, obtaining low results in the knowledge of these illnesses, and mainly in its treatment.

TEMA:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE
LA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN
LA INFANCIA (AIEPI) Y SU TRATAMIENTO, EN EL SUBCENTRO
DE SALUD DE LA PARROQUIA CRISTÓBAL COLON
PROVINCIA DEL CARCHI, DURANTE EL
PERIODO NOVIEMBRE 2009
A SEPTIEMBRE 2010.

INTRODUCCIÓN

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

La estrategia AIEPI se basa en la identificación de unos signos clínicos, clasificación adecuada y tratamiento oportuno además de cubrir la mayoría de las razones principales por las que se lleva un niño a una consulta, en la actualidad la Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia.

En el primer capítulo se presenta el perfil de la investigación, en el que se presenta el problema de investigación los factores de incidencia, así como los objetivos y justificación que motiva al estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre la atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia (aiepi) y su tratamiento.

En el segundo capítulo se presenta la fundamentación teórica que sustenta el estudio y orienta los contenidos analíticos emitidos sobre el problema y los hallazgos de la investigación de campo.

En el tercer capítulo se presenta materiales y métodos utilizados para el desarrollo de la investigación, como tipo de estudio, diseño de la investigación, población o muestra, técnicas utilizadas para la recolección de datos y procesamiento de los mismos.

El cuarto capítulo del presente informe contiene los resultados de la investigación de campo, mediante la aplicación de encuestas; datos que son debidamente

organizados y presentados en tablas y gráficos estadísticos con el correspondiente análisis que se describe.

El quinto capítulo contiene Conclusiones y Recomendaciones a la investigación, las mismas que se generan a través del estudio y que propone sugerencias sobre las estrategias a aplicarse.

Y finalmente la Bibliografía, y anexos.

CAPITULO I

1.- EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades prevalentes en la infancia es un tema que no debe dejarse de lado, ya que las consecuencias, que pueden producirse en un infante pueden ser muy graves y tener repercusiones y consecuencias para toda la vida, afectando al niño durante su crecimiento y desarrollo.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de más de 150.000 muertes anuales en el continente americano, puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en el hogar y la comunidad.

El AIEPI es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios.

AIEPI abarca tres componentes principales:

- Mejora de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos
- Mejora general de los sistemas de salud
- Mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades.

En América la cifra de mortalidad es de un millón de niños menores de cinco años y la gran mayoría fallece en países no desarrollados de la América Latina. En los organismos de salud, a diario millones de niños consultan, por infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica, desnutrición, meningitis, sarampión, sepsis o malaria y estas enfermedades corresponden al 50 a 70% de las consultas o al 30 a 60% de las hospitalizaciones. Para cada una de ellas se conocen plenamente los factores de riesgo y han sido demostradas las razones por las cuales una enfermedad dada presenta mayor mortalidad; es el caso de las infecciones respiratorias agudas y la neumonía para las que se conocen como la prematuridad, la corta edad, el bajo peso, la carencia o malas prácticas de alimentación materna, la hipovitaminosis A, la desnutrición la ausencia de vacunación el enfriamiento o las bajas temperaturas, la marginalidad, el hacinamiento y la contaminación, contribuyen definitivamente a aumentar las muertes por estas causas

La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de más de 150.000 muertes anuales en el continente americano, puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en el hogar y la comunidad.

Las IRA y las EDA son dos de las principales causas muerte en niños menores de cinco años en nuestro país, sobre todo en provincias como Imbabura, Cotopaxi, Chimborazo que cuentan con un gran número de comunidades indígenas. En 1999

murieron 269 niños menores de 1 año y 247 niños de 1 a 4 años a causa de EDA, lo que representan las tasas de 123.3 por 100.000 nacidos vivos y 21.17 por 100.000 habitantes respectivamente. En este mismo año a causa de neumonía murieron 522 niños menores de 1 año, lo que corresponde a una tasa de 239.3 por 100.000 nacidos vivos, también fallecieron 255 niños de 1 a 4 años equivalente a la tasa de 21.85 por 100.000.1

Las IRA son también la más importante causa de enfermedad infantil. Representan del 30 a 50% de las consultas pediátricas en los establecimientos de salud y de 20 a 40 % de las hospitalizaciones de niños. También son las enfermedades vinculadas con más frecuencia al uso innecesario de antibióticos y otros medicamentos.

Las enfermedades prevalentes en la infancia es un tema que no debe dejarse de lado, ya que las consecuencias, que pueden producirse en un infante pueden ser muy graves y tener repercusiones y consecuencias para toda la vida, afectando al niño durante su crecimiento y desarrollo.

En la actualidad la mayoría de las madres de niños menores de 5 años del subcentro de salud de Cristóbal Colón manifiestan poco desconocimiento acerca de cómo actuar frente a la presencia de enfermedades contempladas en AIEPI como la diarrea, deshidratación, tos, fiebre, entre otras.

Con todos estos elementos hemos visto con preocupación que las madres no tienen conocimientos suficientes acerca de estas enfermedades debido a la falta de educación diaria en el subcentro, y a una alimentación que necesita un niño para que este sano y no enferme.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres sobre enfermedades prevalentes en la infancia y su tratamiento, en el subcentro de salud de la Parroquia Cristóbal Colón Provincia del Carchi?

1.3.- PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cómo trata la madre en su hogar la diarrea?
- ¿Cuáles son los signos de una deshidratación?
- ¿Qué medidas adopta la madre en caso de que su hijo presente una deshidratación?
- ¿Cuál es el tratamiento que la madre brinda a un niño con neumonía?
- ¿Qué conocimientos tiene la madre sobre el sarampión?
- ¿La madre utiliza remedios caseros para tratar estas enfermedades?
- ¿Cuáles son los cuidados que pone en práctica la madre en niños con IRA?
- ¿Cómo reconoce la madre los signos de peligro de las diferentes enfermedades contempladas en AIEPI?
- ¿Cómo reconoce la madre que su niño presenta problema de oído?

1.4.- OBJETIVOS:

1.4.1.- General

Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres sobre enfermedades prevalentes en la infancia y su tratamiento, en el subcentro de salud de la Parroquia Cristóbal Colon Provincia del Carchi.

1.4.2.- Específicos

*Determinar el grado de conocimientos que tienen las madres sobre las enfermedades prevalentes en la infancia y su tratamiento, en el subcentro de salud de la Parroquia Cristóbal Colon Provincia del Carchi

*Identificar que prácticas tienen las madres sobre enfermedades prevalentes, en la infancia, en la atención de sus niños, para prevenir posibles complicaciones, que se pueden presentar.

*Identificar cómo tratan las madres en su hogar, las enfermedades contempladas en la estrategia AIEPI, para disminuir el riesgo de morbimortalidad

*Determinar qué tipo de actitud toma la madre frente a la presencia de una de las enfermedades contempladas en AIEPI, para orientar en las medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

*Elaborar y socializar una guía educativa, que constituya un instrumento de trabajo diario para los miembros del equipo de salud y usuarios del subcentro de salud de la parroquia Cristóbal Colon sobre las enfermedades prevalentes.

1.5.- JUSTIFICACIÓN

La aplicación de la estrategia AIEPI mejora los conocimientos y prácticas de la familia para el tratamiento y cuidado en el hogar, de las distintas enfermedades que se presentan, es muy importante porque de esta manera la madre y la familia va a saber cómo actuar y que acciones tomar en caso de que su niño presente una de las enfermedades contempladas en AIEPI, van a poder dar los primeros cuidados que el niño necesita antes de llegar a la casa de salud más cercana. Además que con la aplicación de la Estrategia de AIEPI Comunitario se vincula en una forma más cercana y sostenida todos los actores de la sociedad que de una u otra forma tienen que ver con la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

Cada día millones de padres acuden a hospitales, centros de salud, farmacéuticos, médicos y sanadores que aplican prácticas tradicionales en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos. Los estudios indican que en muchos casos estos dispensadores de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños, y que los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.⁴

En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la mejora de la nutrición, la atención preventiva y la aplicación correcta del tratamiento prescrito.

AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres. Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente la afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.⁵

Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

AIEPI tiene tres objetivos:

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

Esta investigación se la realizará con el fin de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres en relación al manejo de enfermedades prevalentes en la infancia. Con esta investigación se beneficiaran las madres, niños y por ende la sociedad, se identificara cuales son las enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años, cual es la causa, y cuáles son las más frecuentes por la que asisten al el subcentro de salud de la Parroquia Cristóbal

Colon Provincia del Carchi, para que de esta manera las madres sepan que hacer y cómo tratar estas enfermedades en su propio hogar.

Esta investigación es factible porque contamos con la bibliografía necesaria como textos, revistas, internet, etc. También se puede contar con personal capacitado en dicho tema y el lugar donde nos brindan la información para el éxito de este trabajo.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1.- Antecedentes AIEPI

El grado de conocimientos sobre enfermedades prevalentes en la infancia que tienen las madres y en general los llamados cuidadores primarios como las abuelas, las madres sustitutas, las madres comunitarias, es un tema poco explorado. En México, un estudio para determinar los factores de riesgo para muerte por enfermedad diarreica agua (EDA) encontró una asociación entre ésta y la falta de identificación de signos de peligro. En Colombia se estima que 40% de los casos de EDA reciben un manejo adecuado. Por tanto, si se acepta que el tratamiento inicial de un niño con enfermedad diarreica aguda depende de las madres y otros cuidadores, existe un campo de intervención importante en este aspecto que en diversas partes ha resultado efectivo para disminuir la incidencia de la enfermedad y sus complicaciones.

En España, un estudio descriptivo mostró que 20% de las madres no tenía claro que en un episodio diarreico se incrementa la frecuencia en el número de deposiciones. También se encontró que cerca de la cuarta parte somete a sus hijos a ayuno en caso de diarrea y que en esa misma frecuencia usan las fórmulas de rehidratación

Cada día millones de padres acuden a hospitales, centros de salud, farmacéuticos, médicos y sanadores que aplican prácticas tradicionales en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos. Los estudios indican que en muchos casos estos

dispensadores de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños, y que los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado. En los servicios sanitarios de primer nivel de países de bajos ingresos, el apoyo diagnóstico de servicios como los de radiología y laboratorio es mínimo o inexistente y a menudo escasean los medicamentos y el equipo. La limitación de suministros y de equipo, junto con el ritmo irregular del flujo de pacientes, reducen las posibilidades de que los médicos de este nivel de atención puedan aplicar procedimientos clínicos complejos. Por el contrario, para determinar un tratamiento aprovechando al máximo los recursos disponibles suelen basarse en la historia médica y en un examen semiológico.

Debido a estos factores, la prestación de atención de calidad a los niños enfermos supone un importante desafío. Para abordarlo, la OMS y el UNICEF han elaborado la estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

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

AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres.

Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente la afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

2.2.- Situación actual

La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

La información disponible sobre enfermedades durante los primeros cinco años de vida también muestran que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo la principal razón para la pérdida de la condición de salud, y por esta razón resultan determinantes en cuanto a las posibilidades de crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas desde que nacen y hasta los cinco años de edad.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de más de 150.000 muertes anuales en el continente americano, puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en el hogar y la comunidad.

Con base en esta situación, durante los primeros años de la década de los 90, OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integre todas las intervenciones de prevención, de tratamiento y de promoción de la salud que pueden contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad en la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante sus primeros cinco años de edad: AIEPI—Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

2.2.1.- Avances regionales

Hasta fines de 2001, diecisiete países de América Latina y el Caribe habían adoptado e implementado la estrategia AIEPI—Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. En estos países, se concentra el 52% de la población menor de cinco años del continente; pero en ellos ocurre el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad.

Otros países participaron en la implementación de AIEPI, contribuyendo con modelos de atención ya en ejecución, tomando parte del proceso de diseño e incorporación de nuevos componentes, y analizando la contribución que AIEPI puede realizar a las acciones ya existentes para la atención y cuidado de la infancia y la niñez.

Todos los países se adhirieron a la iniciativa "Niños Sanos: la Meta de 2002" (lanzamiento oficial de la iniciativa, diciembre 1 de 1999); y en 10 de ellos, se realizaron lanzamientos nacionales y locales con el fin de fomentar la participación institucional y comunitaria para acelerar la velocidad de descenso de la mortalidad, mediante la aplicación de la estrategia AIEPI.

En todos los países que adoptaron la estrategia AIEPI se elaboraron planes para enfocar la implementación hacia aquellas áreas y grupos de población más vulnerables, tomando como base para esto los niveles de mortalidad infantil. La implementación de los planes mostró notables avances en la capacitación del personal de los servicios de salud para ponerlos en condiciones de aplicar los procedimientos que establece la misma para la atención de los menores de cinco años. El número de personal capacitado fue aumentando gracias a un mecanismo de capacitación regional, nacional y local, que hace que, actualmente, más de 40.000 personas hayan recibido capacitación en la aplicación de la AIEPI.

La alianza regional AIEPI comunitario.

Para ayudar a implementar y desarrollar el componente comunitario de AIEPI y difundir con él las prácticas familiares en Enero de 2000, y en el contexto de los

Objetivos de Desarrollo del Milenio, surgió la Alianza Regional AIEPI Comunitario con el objetivo de contribuir a reducir las muertes de niños menores de 5 años en la Región de las Américas, principalmente en las zonas más vulnerables. Para esto se implementarían proyectos de acción a nivel comunitario a través de redes de trabajo conjunto entre los actores locales, agentes comunitarios de salud, municipalidades y ONG, incrementando las capacidades de las organizaciones sociales para implementar proyectos sostenibles y de calidad, factibles de ser ampliados a otras instituciones y capaces de adquirir un carácter nacional al ser incorporados dentro de los programas comunitarios y de atención primaria de salud existentes.⁷

2.3.- Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. Puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres.

Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente le afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

La estrategia AIEPI incluye un conjunto ordenado de medidas y procedimientos dirigidos a la atención, diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención en

relación a enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños menores de 5 años.⁶

2.3.1.- Objetivos

AIEPI tiene tres objetivos:

Reducir la mortalidad en la infancia.

1. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas.
2. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas.

En los centros sanitarios, la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños con enfermedades graves. En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la mejora de la nutrición, la atención preventiva y la aplicación correcta del tratamiento prescrito.

2.3.2.- Ventajas

Las ventajas de la integración de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(AIEPI) en los currículo de las ciencias de la salud y sociedades son: el permitir una visión real del niño y la familia, la comunidad y el entorno; brindar una atención humanitaria, oportuna y adecuada; racionalizar los recursos y promover la participación efectiva de las diferentes áreas, teniendo en cuenta que AIEPI es prioritaria, pues:

- Aborda la atención de los principales problemas de salud de la niñez.
- Responde a la demanda y a las necesidades sentidas de la población.
- Impacta positivamente la salud infantil.
- Enfoca la prevención y curación.

- Tiene un costo/beneficio adecuado.
- Ahorra recursos.
- Es una estrategia equitativa y democratiza la información.

2.3.3.- Componentes

La implementación de la estrategia AIEPI tiene tres componentes:

1. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud) -

Utiliza:

- Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación sobre los cuadros.
- Guías para el seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI.
- Materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.

2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud) - Se vale de:

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.
- Materiales de capacitación para la elaboración de planes locales para implementación, seguimiento y evaluación de AIEPI.
- Curso de capacitación para mejorar la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI.
- Protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI.

Guías para la evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI.

3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario) -

Implementa:

- Dieciséis prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables.
- Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI.
- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.

2.3.4.- Cómo se aplica la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

La introducción y aplicación de esta estrategia en un país es un proceso gradual que requiere tanto un alto grado de coordinación entre los programas y servicios sanitarios existentes como una estrecha colaboración con los gobiernos y ministerios de salud para planificar y adaptar los principios de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia(AIEPI) a las circunstancias locales. Los principales pasos consisten en:

- Incorporar un enfoque integral de la salud y el desarrollo del niño en la política sanitaria nacional.
- Adoptar las directrices clínicas uniformes de la AIEPI a las necesidades, a los medicamentos disponibles y a las políticas del país, así como a los alimentos y al idioma locales.
- Mejorar la atención en los servicios sanitarios locales impartiendo a los agentes sanitarios capacitación sobre nuevos métodos de examen y tratamiento de los niños y sobre prestación de asesoramiento adecuado a los padres.
- Posibilitar la mejora de la atención velando por que se disponga de suficientes medicamentos apropiados de bajo costo, así como de equipo básico.
- Reforzar en los hospitales la atención de los niños cuyo grado de afección impide tratarlos en consultorios externos.
- Elaborar mecanismos comunitarios de apoyo para prevenir las enfermedades, ayudar a las familias en el cuidado de sus hijos enfermos y trasladar a los niños que lo necesiten a hospitales y dispensarios.

La AIEPI ya se ha introducido en más de 75 países de todo el mundo.

2.4.- Contenido de AIEPI.

En su versión inicial, la estrategia AIEPI incluía un conjunto básico de enfermedades transmisibles y la condición nutricional de los niños como el foco central de su atención. Pero progresivamente, la estrategia se ha ido ampliando y en la actualidad se está finalizando la elaboración de cuadros complementarios para la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan a los menores de cinco años. De este modo, AIEPI incluye los siguientes contenidos:

2 meses a 4 años	1 semana a 2 meses
<p>Signos inespecíficos de enfermedades graves.</p> <p>Tos o dificultad para respirar.</p> <p>Diarrea:</p> <p style="padding-left: 40px;">Deshidratación.</p> <p style="padding-left: 40px;">Diarrea persistente.</p> <p style="padding-left: 40px;">Disentería.</p> <p>Fiebre: Malaria.</p> <p style="padding-left: 40px;">Sarampión.</p> <p>Desnutrición y anemia.</p> <p>Estado de vacunación.</p>	<p>Signos inespecíficos de enfermedad grave.</p> <p>Diarrea:</p> <p style="padding-left: 40px;">Deshidratación.</p> <p style="padding-left: 40px;">Diarrea persistente.</p> <p style="padding-left: 40px;">Disentería.</p> <p>Problemas de alimentación o bajo peso.</p> <p>Estado de vacunación.</p>

Entre los contenidos adicionales que se encuentran en diferentes fases de implementación, se pueden mencionar los siguientes:

- Perinatal/neonatal.
- Asma y síndrome bronco-obstructivo.
- Desarrollo.
- Salud oral.
- Maltrato, violencia y accidentes.

- Diabetes y obesidad.

2.5.- Diarrea.

Es un cambio en las evacuaciones intestinales que causa heces más blandas que lo normal. Las heces son lo que queda una vez que el sistema digestivo absorbe los nutrientes y líquidos de lo que usted come y bebe.

Las heces salen del cuerpo a través del recto. Si los líquidos no se absorben, las heces serán blandas y líquidas. Las heces también serán blandas y líquidas si el sistema digestivo produce un exceso de líquidos.

En la diarrea el contenido de agua en las heces es más elevado que el nivel normal, deposiciones normales frecuentes no constituyen diarrea y, generalmente, la cantidad de deposiciones diarreicas depende de la dieta y la edad del niño o niña. En muchas regiones, la definición de diarrea incluye 3 o más deposiciones sueltas o líquidas en un periodo de 24 horas.

Los bebés que se alimentan exclusivamente con leche materna suelen tener heces blandas pero no se considera diarrea. La madre de un lactante puede reconocer la diarrea porque la consistencia o la frecuencia de las heces son diferentes a lo normal.

2.5.1.-Síntomas de la diarrea

- inflamación en el abdomen
- sensación de molestia alrededor del ano
- necesidad urgente de evacuar los intestinos
- incapacidad de controlar los intestinos (incontinencia fecal)
- escalofríos
- fiebre
- deshidratación

2.5.2.-Causas de la diarrea

- bacterias, virus o parásitos (organismos muy pequeños que viven dentro de un organismo más grande)
- medicinas como los antibióticos
- alimentos como la leche

A veces no se puede determinar ninguna causa para la diarrea.

2.5.3.- Tipos de diarrea en niños menores de 5 años

En la mayoría de los casos las diarreas que causan deshidratación son sueltas o acuosas, el cólera es un ejemplo de diarrea suelta o acuosa pero solo una baja proporción de las diarreas sueltas o acuosas se deben al cólera.

- **Diarrea aguda.-** dura menos de 14 días, provoca deshidratación y contribuye a la mal nutrición. Generalmente la muerte de un niño con diarrea aguda se debe a deshidratación.
- **Diarrea persistente.-** dura 14 o mas, aproximadamente el 20% de los episodios de diarrea son persistentes. El tipo de diarrea suele ocasionar problemas nutricionales que contribuyen a la mortalidad de los niños con diarrea, no hay deshidratación.
- **Disentería.-** diarrea con sangre en las heces, con o sin moco, la causa mas común de la disentería es la bacteria Shigella, la disentería amebiana es inusual en niños y niñas pequeñas. Un niño puede parecer diarrea y disentería.

2.5.4.- Deshidratación.

Significa que el cuerpo no tiene líquido suficiente para funcionar en forma adecuada. Usted pierde líquido siempre que respira, suda, orina o evacúa los intestinos. La diarrea aumenta la pérdida de líquidos a través de las evacuaciones. Junto con el líquido, usted pierde sales (sustancias químicas que el cuerpo necesita para funcionar correctamente

La deshidratación de niños y bebés ocurre cuando existe la falta de líquidos en el cuerpo necesarios para que lleve a cabo sus funciones a nivel óptimo. Los bebés y niños pequeños son los que corren el mayor riesgo de padecerla.

2.5.5.- Síntomas

Los síntomas, en general, son:

- vómitos,

- diarrea,
- sudoración,
- poca ingesta de líquidos,
- ojos hundidos,
- lengua y mucosa de la boca secas o pegajosas,
- fontanelas hundidas en los lactantes
- falta de elasticidad en la piel, llanto sin lágrima,
- fiebre alta.
- Intranquilo irritable
- Ojos hundidos
- Signos de pliegue cutáneo la piel vuelve lentamente a su estado anterior.

2.5.6.- Clasificación de la deshidratación

SIGNOS	CLASIFICAR COMO
Dos de los signos siguientes: letárgico, inconsciente, bebe mal o no puede beber, ojos hundidos, signos de pliegue cutáneo, la piel vuelve muy lentamente a su estado normal.	DESHIDRATACIÓN GRAVE
Dos de los signos siguientes: intranquilo, irritable, ojos hundidos, bebe ávidamente con sed, signos de pliegue cutáneo la piel vuelve a su estado normal lentamente.	DESHIDRATACIÓN
No hay suficientes signos para clasificar el caso como deshidratación o deshidratación grave.	NO TIENE DESHIDRATACION

2.5.7.- Tratamiento de la deshidratación y diarrea.

2.5.7.1.- Plan A.- tratar la diarrea en casa.

Enseñar a los padres las 3 reglas del tratamiento en casa: darle mas líquidos, continuar alimentándole y cuando regresar al control.

1. Darle más líquidos.- todo lo que el niño acepte.

- Darle las siguientes instrucciones:
 - ✓ Darle el seno con más frecuencia durante mas tiempo cada vez.
 - ✓ Si el niño se alimenta exclusivamente con leche materna, dele suero oral además de la leche materna.
 - ✓ Si el niño no se alimenta exclusivamente con leche materna, darle además de la leche materna líquidos caseros y suero oral.
- Enseñar a los padres a preparar y dar el suero oral entregarle 2 sobres de suero oral para usar en la casa.
- Mostrar a los padres la cantidad de líquido adicional que debe darle al niño después de cada deposición diarreica.

Dar las siguientes instrucciones a los padres.

- ✓ Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido en tasa y con cuchara.
 - ✓ Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero mas lentamente.
 - ✓ Continuar dando mas liquido hasta que la diarrea pare.
2. Continuar con la alimentación habitual de manera fraccionada
 3. Informar a los padres cuando regresar al control.

2.5.7.2.- Plan B.- tratar la deshidratación con suero oral.

Administrar durante cuatro horas en el servicio de salud, la cantidad recomendada de SRO.

- Determinar la cantidad de suero oral que deberá administrarse durante las primeras 4 horas.
 - ✓ Si el niño quiere más suero oral que la cantidad indicada darle mas.
 - ✓ Verificar la ingesta de suero oral mientras el niño permanece en el servicio de salud.
- Muestre a los padres como administrar la solución de suero oral.
 - ✓ Dar con frecuencia pequeños sorbos de suero oral con tasa y cuchara

- ✓ Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero mas lentamente.
- ✓ Continuar dándole el seno siempre que el niño lo desee
- Cuatro horas después
 - ✓ Reevaluar al niño y clasificar la deshidratación
 - ✓ Seleccionar el plan adecuado para continuar el tratamiento.
 - ✓ Comenzar a alimentar al niño según tolerancia.
- Si los padres tienen que irse antes que se termine de administrar el tratamiento
 - ✓ Enseñar a preparar la solución de suero oral en casa
 - ✓ Mostrar la cantidad de suero oral que deben administrar para terminar las cuatro horas de tratamiento en casa
 - ✓ Entregar suficientes sobres de suero oral para terminar la rehidratación.
 - ✓ Entregar también 2 sobres de suero oral tal como se recomienda en le plan A.

2.5.7.3.- Plan C.- tratar rápidamente la deshidratación grave.

- Administrar líquidos inmediatamente por vía intravenosa.
- Si el niño puede beber, darle SRO mientras se instale el equipo de venoclisis.
- Evaluar al niño cada hora, si la deshidratación no mejora, aumentar la velocidad del goteo intravenoso
- Dar también SRO apenas pueda beber.
- Al cabo de 3 horas clasificar la deshidratación y seleccionar el plan aprobado.⁹

2.6.- Tos o dificultad para respirar. Es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

Las infecciones respiratorias pueden ocurrir en cualquier parte del aparato respiratorio como nariz, garganta, tráquea, vías aéreas u otra infección respiratoria aguda, la neumonía puede ser causada por bacterias o virus, pero en los países en desarrollo suele originarse por bacteria, de las cuales las más comunes son *Streptococcus pneumoniae* y *Hemophilus influenzae*.

Los niños con neumonía bacteriana pueden morir por hipoxia (muy poco oxígeno) o por septicemia (infección generalizada).

Cuando los niños contraen neumonía los pulmones se tornan rígidos. Una de las respuestas del cuerpo a la rigidez pulmonar y a la hipoxia es la respiración rápida. Si la neumonía se agrava, aumenta la rigidez de los pulmones y se produce tiraje torácico, lo cual indica neumonía grave.

La dificultad respiratoria comprende toda forma inusual de respirar. Las madres describen esta instancia de diferentes maneras: tal vez digan que la respiración del niño es rápida, ruidosa o entrecortada. Si la respuesta de la madre es negativa, observe y determine si el niño tiene tos o dificultad respiratoria, pregunte sobre el siguiente síntoma principal: diarrea.

Si la madre responde que el niño tiene tos o dificultad respiratoria formule la próxima pregunta. Un niño que ha padecido tos o dificultad respiratoria durante más de 15 días tiene tos crónica y puede tratarse de un signo de tuberculosis, asma, tosferina u otro problema.

Si el niño tiene	El niño tiene respiraciones rápidas si Ud. cuenta.
0 a 2 meses	60 respiraciones por minuto
2 a 11 meses	50 respiraciones por minuto
12 meses a 5 años.	40 respiraciones por minuto

Nota: el niño que tiene exactamente 12 meses de edad tiene respiración rápida si se cuentan 40 respiraciones o más por minuto.

Antes de verificar los dos signos siguientes tiraje subcostal y estridor observe al niño cuando inspira y cuando expira.

- **Si hay tiraje subcostal.-** observe si hay tiraje subcostal cuando el niño inspira, observe la parte inferior de la pared torácica. El niño tiene tiraje subcostal si la parte inferior de la pared torácica se hunde durante la inspiración, debe realizar un esfuerzo mucho mayor que lo normal para respirar. En la respiración normal toda la pared torácica y el abdomen se expanden cuando el niño respira.
- **Observe y ausculte para detectar estridor.**

El estridor es un ruido áspero que produce el niño al respirar. El estridor se produce ante la inflamación de la laringe, la tráquea o la epiglotis. Estas condiciones generalmente se denominan crup. La inflamación interfiere con el ingreso de aire a los pulmones. Puede ser potencialmente mortal cuando la inflamación obstruye las vías respiratorias del niño, un niño que presenta estridor cuando está en reposo padece una infección grave.¹⁰

2.6.1.- Clasificar tos o dificultad respiratoria.

SIGNOS	CLASIFICAR COMO
No puede beber o toma el seno o Vomita todo, Convulsiones Letárgico o inconsciente	SIGNOS DE PELIGRO EN GENRAL.

2.6.1.1.-Neumonía grave o enfermedad muy grave.-La neumonía causada por bacterias tiende a ser la más grave, Los virus también son una causa frecuente de neumonía, sobre todo en bebés y niños pequeños. Cualquier signo de peligro en general. Tiraje subcostal, Estridor en reposo, se debe dar la primera dosis de un antibiótico apropiado, si tiene sibilancias dar un bronco dilatador de acción rápida, referir urgentemente al hospital.

2.6.1.2.- Neumonía.- Respiración rápida, sibilancias, se debe Dar un antibiótico apropiado durante 7 días, tratar la sibilancia si tiene, indicar a la madre cuando debe volver urgentemente, hacer seguimiento dos días después.

2.6.1.3.- No tiene neumonía, resfriado gripe o bronquitis.- Ningún síntoma de neumonía o de enfermedad grave, se debe si hace mas de 30 días que el niño tiene tos, refiéralo para un examen tratar la sibilancia si tiene, aliviar el dolor de garganta y la tos con un remedio casero, indicar a los padres cuando deben volver urgentemente, indicar a los padres que regresen en 5 días para control.

Aliviar el dolor de garganta y calmar la tos con un remedio casero

Es importante que sean eficaces y culturalmente aceptados, se recomiendan:

- Leche materna
- Infusiones de aguas aromáticas como tilo o endulzadas con panela, miel de abeja o limón.

No se recomiendan:

- Aquellos que contengan ingredientes dañinos, tales como atropina, codeína o alcohol.
- Tampoco se deben usar gotas nasales medicadas o aceite gomenolado.

Tratar las sibilancias.

Bronco dilatador.- salbutamol (albuterol o similares) .

- Si el niño tiene una neumonía grave o enfermedad muy grave con sibilancias, dar una dosis de bronco dilatador de acción rápida antes de referir urgentemente al hospital.
- Si el niño tiene respiración rápida y sibilancias dar una dosis de bronco dilatador de acción rápida y reevaluarle 30 minutos después.

Si persiste la respiración rápida clasifíquelo como neumonía y de salbutamol además del antibiótico recomendado.

Si en la reevaluación ya no se encuentra respiración rápida dar solo salbutamol y clasificar al niño como no tiene neumonía: resfriado, gripe o bronquitis.

- Si el niño clasifico como no tiene neumonía, resfriado, gripe o bronquitis y sibilancias, tratar con salbutamol.

SALBUTAMOL en inhalador		
EDAD O PESO	DOSIS	INTERVALO
2 a 11 meses	2 inhalaciones	Cada 6 horas
1 a 4 años	2 inhalaciones	Cada 6 horas

2.7.- Fiebre

Un niño con fiebre puede tener malaria, sarampión u otra enfermedad grave, de lo contrario tal vez tenga tos, resfriado simple u otra infección vírica.

La fiebre, conocida a veces como temperatura o calentura, es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano es de 37 °C (98,6° F).¹ La fiebre actúa como respuesta adaptativa que ayuda al cuerpo a combatir los organismos que causan enfermedades y surge en respuesta a unas sustancias llamadas pirógenos que se derivan de bacterias o virus que invaden el cuerpo, o que son producidas por las propias células. Debido al sistema inmunitario poco experimentado con el que cuentan, los niños son más propensos a sufrir fiebres elevadas.

2.7.1.- Causas

La fiebre está relacionada habitualmente con la estimulación del sistema inmunitario del organismo. En este sentido, puede ser útil para que el sistema inmunitario tome ventaja sobre los agentes infecciosos, haciendo al cuerpo humano menos receptivo para la replicación de virus y bacterias, sensibles a la temperatura.

2.7.2.- Complicaciones

La principal y más importante complicación de la fiebre son las convulsiones y en la hiperpirexia el desequilibrio hidroelectrolítico. Pero en general, el aumento moderado de la temperatura corporal no reviste mayor gravedad y más bien puede

tener un efecto potenciador de la respuesta inmune como se mencionó anteriormente.

2.8.- Malaria.

La malaria o paludismo es una enfermedad parasitaria que se transmite de un humano a otro por la picadura de mosquitos anofeles infectados. Hay cuatro especies de palasmodios que pueden causar la malaria, pero la más peligrosa es plasmodium falciparum. En nuestro país la más común es la malaria por palasmodium vivax.

En los humanos, los parásitos (llamados esporozoítos) migran hacia el hígado, donde maduran y se convierten en merozoítos, los cuales penetran el torrente sanguíneo e infectan los glóbulos rojos.

Los parásitos se multiplican dentro de los glóbulos que, al cabo de 48 a 72 horas, se rompen e infectan más glóbulos rojos. Los primeros síntomas se presentan por lo general de 10 días a 4 semanas después de la infección, aunque pueden aparecer incluso a los 8 días o hasta 1 año después de ésta. Luego, los síntomas de la enfermedad ocurren en ciclos de 48 a 72 horas.

2.8.1.-Síntomas

El síntoma principal de la malaria es la fiebre la cual puede estar presente todo el tiempo o desaparecer o reincidir a intervalos regulares, otros signos de malaria incluyen escalofríos, transpiración y vómitos. Un niño con malaria tal vez padezca anemia crónica sin fiebre como único signo de la enfermedad.

2.8.2.-Cómo evitar la malaria

Anopheles es un mosquito bastante sensible a las medidas comunes de protección anti-mosquito:

- El empleo de repelentes (generalmente a base de dietiltoluamida - DEET) es bastante efectivo. Siempre es aconsejable usar el repelente que "funcione" en el lugar visitado.
- Usar ropas que cubran la mayor superficie corporal posible no es una cosa muy agradable de hacerse en lugares de clima tropical... pero es muy efectivo, barato y no hay riesgos de toxicidad.

- Dormir con mosquiteros si usted no está en un hotel con la suficiente cantidad de estrellas como para tener aire acondicionado.
- Rociar el dormitorio a la noche con insecticidas que contengan piretros, encender espirales (de los verdes o los eléctricos)

2.9.- Dengue

Enfermedad infectocontagiosa grave, ocasionada por un virus, transmitida por un mosquito (llamado vector), que al picar a las personas, provocan brotes epidémicos en la población.

El dengue es causado por la picadura de *Aedes aegypti*, puede presentarse como fiebre indiferenciada, fiebre del dengue hemorrágico, síndrome del shock y dengue visceral.

El dengue visceral tiene alta mortalidad aun sin progresar a dengue hemorrágico por meningitis, encefalopatías, insuficiencia hepática, hepatitis fulminante, miocarditis, hemorragias gastrointestinales graves

2.9.1.- Síntomas.

La fiebre es la manifestación mas común de la enfermedad, se presenta intensa y repentina puede acompañarse con cefalea frecuentemente, dolor muscular y articular, náusea, vómito, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas, prurito, alteraciones del gusto, depresión luego de la fase aguda de la enfermedad.

Pueden existir **tres manifestaciones diferentes** de la enfermedad: fiebre de dengue, fiebre hemorrágica de dengue y el shock hemorrágico.

2.9.2.- Características de la fiebre de dengue

Las manifestaciones clínicas dependen de la edad del paciente. Los lactantes y preescolares pueden sufrir una enfermedad febril indiferenciada con aparición de un brote de manchas rojizas en la piel.

Resumiendo, los síntomas más comunes son:

- Fiebre alta.
- Dolor de cabeza en la zona frontal.
- Dolor detrás de los ojos que se exagera con los movimientos oculares.
- Dolores musculares y articulares ("fiebre quebrantahuesos")
- Inapetencia y dificultades en el sentido del gusto.
- Erupción de máculas o pápulas en tórax y miembros inferiores.
- Aparición de náuseas y vómitos.

2.9.3.- Características de la fiebre hemorrágica de dengue: Es más frecuente en niños entre 2-14 años y en adultos. Se la conoce con la sigla (FDH). Puede comenzar con síntomas parecidos a los de la fiebre de dengue.

- Epigastralgia aguda (dolor de estómago)
- Hemorragias nasales, bucales o gingivales y equimosis cutáneas.
- Shock hemorrágico
- Hematemesis (Vómitos sanguinolentos) o vómitos sin sangre.
- Piel y mucosas secas, sed intensa.
- Insomnio e inquietud. .)
- Taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca)
- Taquipnea (respiración acelerada)

2.9.4.- Características del Shock hemorrágico por Dengue: En los casos graves, el estado del paciente se deteriora en forma súbita en el momento que baja la temperatura entre el 3-7º día, aparecen los signos de insuficiencia circulatoria:

- piel fría con lividez y congestionada
- a veces color azulado alrededor de la boca (cianosis perioral),
- taquicardia (pulso débil y acelerado).

El dolor abdominal agudo es una molestia frecuente poco antes de sobrevenir el shock, que tiene una duración corta (de 12 a 24 hs). Si el cuadro no se corrige rápidamente puede dar lugar a una evolución más complicada con acidosis metabólica, hemorragia cerebral, convulsiones y coma.

2.9.5.- Grados de dengue hemorrágico.

Puede presentarse en diferentes grados de severidad:

- Grado 1.- fiebre, plaquetopenia, fuga capilar y la única manifestación hemorrágica es provocada (prueba del torniquete positiva).
- Grado 2.- las manifestaciones anteriores más sangrado espontáneo.
- Grado 3.- shock reversible con pulso rápido y débil, piel fría y húmeda, baja de tensión arterial media y mental alterada.
- Grado 4.- shock profundo con pulso y presión arterial no detectable.

2.10.- Sarampión

El sarampión es una enfermedad infecciosa, exantemática como la rubéola y la varicela, bastante frecuente, especialmente en niños o adolescentes, causada por un virus, específicamente un paramixovirus del género Morbillivirus. Se caracteriza por típicas manchas en la piel de color rojo (exantema) así como fiebre y un estado general debilitado. También puede, en algunos casos de complicaciones, causar inflamación en los pulmones y el cerebro que amenazan la vida del paciente.

El diagnóstico se hace por el cuadro clínico y la detección de anticuerpos en la sangre. No existe terapia específica para el tratamiento de la enfermedad, sin embargo, se puede prevenir la enfermedad mediante la vacunación. La vacuna triple vírica SPR ha reducido el número de infecciones en el pasado. En la mayoría de los países, la enfermedad es de declaración obligatoria a las autoridades de salud social.

2.10.1- Incubación

El sarampión usualmente dura de 4–12 días, durante los cuales no hay síntomas. Las personas infectadas permanecen contagiosas desde la aparición de los primeros síntomas hasta los 3–5 días después de la aparición del sarpullido.

2.10.2.- Síntomas

- El primer síntoma suele ser la aparición de fiebre alta, que puede alcanzar los 40 °C, por lo menos tres días,

- tos, coriza (nariz moqueante)
- conjuntivitis (ojos rojos). La (104 °F).
- Las manchas de Koplik que aparecen dentro de la boca son patognomónicas (su aparición diagnostica la enfermedad) pero son efímeras, desapareciendo en unas 24 horas de haber aparecido.
- Otro síntoma es la Exantema que aparece tres o cuatro días después de comenzar la fiebre, es una erupción cutánea de color rojizo que desaparece al presionar con el dedo. El característico exantema del sarampión es descrito como una erupción generalizada, maculopapular, que comienza 2-3 días después de la aparición de la fiebre y de la sintomatología catarral. Aparecen primero detrás de las orejas, se extiende luego progresivamente a la frente, mejillas, cuello, pecho, espalda, extremidades superiores, abdomen y, por último, a las extremidades inferiores, por lo que se dice que el brote sigue una dirección de cabeza a pies, con discreto picor. Al tercer día, el brote palidece; al cuarto, se vuelve de color pardusco, ya no se borra con la presión y la piel tiende a descamarse; desaparecer en el mismo orden que apareció. Por esa razón se suele decir que el salpullido se "mancha", cambiando de color de rojo a café oscuro, antes de desaparecer.
- La erupción y la fiebre desaparecen gradualmente durante el séptimo y décimo día, desapareciendo los últimos rastros de las erupciones generalmente a los 14 días, con descamación ostensible

2.10.3.- Transmisión

El sarampión es un patógeno de transmisión aérea altamente contagioso, el cual se propaga primordialmente a través del sistema respiratorio. El virus es transmitido en secreciones respiratorias, y puede ser pasado de persona a persona vía gotas en aerosol que contienen partículas del virus, como las producidas por un paciente con tos. Una vez que la transmisión ocurre, el virus infecta las células epiteliales de su nuevo huésped, y pueden replicarse en el tracto urinario, el sistema linfático, la conjuntiva, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso central.

Los humanos son los únicos huéspedes naturales conocidos del sarampión, aunque el virus puede infectar algunas especies no humanas de primates.

Los anticuerpos maternos protegen a los lactantes pequeños contra el sarampión durante aproximadamente 6 meses y luego la protección desaparece gradualmente, en su mayoría los casos corresponden a niños de 6 meses a 2 años de edad. El hacinamiento y la mal nutrición contribuyen a aumentar el riesgo de una edad temprana.

El sarampión es causado por un virus que infecta la piel y las capas de células que revisten los pulmones, los intestinos, la boca, los ojos y la garganta. El virus del sarampión daña el sistema inmunitario incluso muchas semanas después de su aparición por, lo cual el niño queda expuesto a otras infecciones.

2.10.4.- Complicaciones

En aproximadamente el 30% de los casos se producen complicaciones derivadas del sarampión, las más importantes son:

- Diarrea incluida la disentería y la diarrea persistente.
- Neumonía
- Estridor
- Ulceras en la boca
- Otis supurativa
- Conjuntivitis.

En aproximadamente uno de cada mil casos se produce encefalitis. Un niño con encefalitis puede presentar signos generales de peligro como convulsiones, letargia o pérdida de conocimiento. El sarampión contribuye a la mal nutrición porque causa diarrea, fiebre alta y úlceras en la boca.

2.10.5.- Prevención

La inmunización ó vacunación de tantos niños como sea posible es la mejor manera de prevenir el sarampión. Dos dosis de vacuna del sarampión se recomiendan para todos los niños. La primera dosis del sarampión en combinación con la de las paperas y de la rubeola (MMR) se debe administrar a

los 12-15 meses de edad y la segunda dosis cuando el niño comienza la escuela primaria ó la escuela secundaria. Una persona con sarampión debe permanecer lejos de la escuela, de la guardería ó de otros lugares donde otras personas se podrían exponer por lo menos durante cuatro días después de que aparece la erupción.

2.11.- Rubéola

La rubéola es una infección que afecta prioritariamente a la piel y los ganglios linfáticos. Está provocada por el virus de la rubéola (que no debe confundirse con el virus que provoca el sarampión), que generalmente se transmite mediante la inhalación de gotitas procedentes de la nariz o la garganta de personas infectadas. También la puede transmitir una mujer embarazada a su hijo antes del nacimiento. Puesto que se trata de una enfermedad que suele ser leve, el principal riesgo médico de la rubéola es la infección de una mujer embarazada, lo que puede provocar un síndrome de rubéola congénita en el feto en proceso de desarrollo.

2.11.1.-Signos y síntomas

La infección por rubéola puede empezar con uno o dos días de febrícula (entre 37,2 y 37,8° C) y ganglios linfáticos inflamados y dolorosos al tacto, generalmente en la parte posterior del cuello y detrás de las orejas. Seguidamente aparece una erupción cutánea que empieza en la cara y se extiende por el resto del cuerpo en sentido descendente. A medida que se va extendiendo por el tronco, la erupción suele ir desapareciendo de la cara. Esta erupción suele ser el primer signo de la enfermedad que detectan los padres.

La erupción de la rubéola tiene un aspecto similar al de otras erupciones de origen vírico. Consiste en granitos de color rosa o rojo claro que se agrupan formando áreas de color uniforme. La erupción puede cursar con picor y puede durar hasta tres días. A medida que va remitiendo la erupción, a veces la piel afectada se descama en láminas muy finas.

Otros síntomas de la rubéola, que son más frecuentes en la población adulta y adolescente, incluyen: dolor de cabeza; pérdida del apetito; conjuntivitis leve (inflamación de la capa que recubre el interior de los párpados y los globos

oculares); nariz tapada o secreción nasal; ganglios linfáticos inflamados en otras partes del cuerpo; y dolor e inflamación de las articulaciones (especialmente en las mujeres jóvenes). Muchas personas que contraen la rubéola tienen pocos síntomas o ningún síntoma en absoluto.

Cuando una mujer embarazada contrae la rubéola, puede provocar en el feto un síndrome de rubéola congénita, con consecuencias potencialmente devastadoras para el bebé en proceso de desarrollo. Los niños que contraen la rubéola antes de nacer corren el riesgo de presentar retraso del crecimiento; deficiencia mental; malformaciones en el corazón y los ojos; sordera; y problemas en el hígado, el bazo y la médula ósea.

2.11.2.- Contagio

La rubéola se contagia de una persona a otra a través de pequeñas gotas de secreciones contaminadas procedentes de la nariz y la garganta. Las personas con rubéola son más contagiosas durante el período de tiempo comprendido entre una semana antes y una semana después de la aparición de la erupción. Las personas que están infectadas pero todavía no presentan síntomas también pueden contagiar el virus.

Los lactantes afectados por el síndrome de rubéola congénita pueden transmitir el virus a través de la orina y las secreciones de la nariz y la garganta durante un año o más y pueden contagiar la enfermedad a aquellas personas que no están inmunizadas.

2.11.3.-Incubación

El período de incubación de la rubéola oscila entre 14 y 23 días, con un promedio de 16 a 18 días. Esto significa que un niño puede tardar 2 y hasta 3 semanas en desarrollar la enfermedad tras haberse expuesto a una persona infectada.

2.11.4.-Duración

La erupción de la rubéola típicamente dura tres días. Los ganglios linfáticos pueden permanecer inflamados durante una semana o más, y el dolor articular puede durar más de dos semanas. Los niños que contraen la rubéola se suelen recuperar en el plazo de una semana, pero los adultos pueden tardar más tiempo.

2.11.5.-Prevención

La rubéola se puede prevenir poniéndose la vacuna correspondiente. Los programas de vacunación sistemática contra la rubéola son fundamentales para controlar la propagación de la enfermedad y, por lo tanto, también para prevenir los defectos de nacimiento asociados al síndrome de rubéola congénita.

La vacuna se suele administrar entre los 12 y los 15 meses de edad como parte de la vacuna triple (que protege de las paperas, el sarampión y la rubéola). Generalmente se administra una segunda dosis de esta vacuna entre los cuatro y los seis años. Como ocurre con todos los programas de vacunación, hay excepciones importantes y circunstancias especiales. El pediatra de su hijo dispondrá de información actualizada al respecto.

2.11.6.-Tratamiento

No existe un tratamiento específico para la rubéola. La actuación de los especialistas durante la enfermedad suele centrarse en el control de los síntomas y va dirigida a mitigar la fiebre y el malestar general, como si se tratara de un proceso gripal. Se recomienda reposo y el aislamiento del paciente para evitar nuevos contagios. Hay que acudir al pediatra si el niño con rubéola respira con dificultad o la tos dura más de cuatro o cinco días. Se administran antibióticos en caso de infecciones bacterianas (otitis o neumonía).

Normalmente, los síntomas son tratados con paracetamol hasta que la enfermedad termina por desaparecer. Sin embargo, no hay tratamientos disponibles para la rubéola congénita.

2.11.7.- Tratamiento en casa

Por lo general, la rubéola es una enfermedad leve, sobre todo en la población infantil. Los niños infectados generalmente se pueden tratar en casa. Controle la temperatura corporal de su hijo y llame al pediatra si le sube demasiado la fiebre.

Para mitigar las molestias, puede administrar a su hijo paracetamol o ibuprofeno. Evite administrar fármacos que contengan ácido acetilsalicílico, como la aspirina, a un niño que tenga una enfermedad de origen vírico, puesto que su uso en tales

circunstancias se ha relacionado con el desarrollo de una enfermedad grave conocida como síndrome de Reye que puede provocar insuficiencia hepática e incluso la muerte.

2.12.-Problema de oído.

Un niño con problemas de oído puede tener una infección de oído. En este caso puede acumularse pus en el oído medio causando, frecuentemente dolor y fiebre. Si el niño no recibe tratamiento para la infección el tímpano puede perforarse y salir pues a través del oído.

2.12.1.- Como clasificar los problemas de oído.

Hay cuatro clasificaciones para los problemas de oído:

2.12.1.1.- Mastoiditis

Es una infección de la apófisis mastoides o hueso mastoideo del cráneo. Este hueso está localizado por detrás de la oreja.

La mastoiditis generalmente es causada por una infección del oído medio (otitis media aguda). La infección se puede diseminar desde el oído hasta el hueso mastoideo del cráneo. Este hueso se llena de materiales infectados y su estructura en forma de panal se puede deteriorar. La mastoiditis afecta por lo general a los niños.

- Se presenta con una tumefacción dolorosa, al tacto detrás de la oreja, Secreción del oído
- Dolor o molestia en el oído
- Fiebre que puede ser alta o incrementarse súbitamente
- Dolor de cabeza
- Enrojecimiento del oído o por detrás de éste
- Hinchazón detrás del oído que puede hacer que éste sobresalga

Se debe dar la primera dosis de antibiótico apropiado, dar la primera dosis de paracetamol para el dolor y referir urgentemente al hospital.

2.12.1.2.- Infección Aguda De Oído.- consiste en la inflamación e infección del oído medio, el cual se encuentra localizado justo detrás del tímpano.

Se presenta con supuración del oído desde hace 14 días o presencia de dolor en el oído, se debe dar un antibiótico durante 10 días, paracetamol para que calme el dolor, secar el oído con gasa o tela limpia en caso de presentar supuración, hacer seguimiento 5 días después.

2.12.1.3.- Infección crónica de oído,- Es una inflamación o infección en el oído medio que persiste o sigue retornando y causa daño permanente o prolongado al oído.

Presenta supuración visible de oído por 14 días, se debe secar el oído secar el oído con gasa o tela limpia en caso de presentar supuración.

2.12.1.4.- No tiene infección de oído,- No tiene dolor de oído y no se a notado supuración de oído, no se debe dar ningún tratamiento adicional.

2.13.-Desnutrición y anemia

Un niño con desnutrición puede ser más susceptible a numerosos tipos de enfermedades y estas cursan con mayor gravedad. , el reconocimiento y tratamiento de niños con desnutrición puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte. Algunos casos de desnutrición pueden tratarse en cas mientras que los casos graves deben referirse al hospital para recibir alimentación especial, transfusiones de sangre, o un tratamiento específico para la enfermedad que contribuye a la desnutrición.

2.13.1.- Causas de desnutrición

- Disminución de la ingesta dietética.
- Mal absorción
- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.

- Psicología: Depresión o anorexia nerviosa.
- La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento.
- La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta.

2.13.2.- Clases de desnutrición

2.13.2.1.- kwashiorkor o síndrome pluricarencial

Trastorno dietético grave observado en niños entre los 10 meses y los tres años, que se debe a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básicos y un déficit importante de proteínas. Estos niños siempre están hambrientos, y sus padres, en un intento de aliviar el hambre y de aportar las necesidades energéticas, les suministran grandes cantidades de hidratos de carbono que por sí solas tienen un valor nutricional bajo. El término kwashiorkor procede de una palabra de Ghana que significa ‘afección del niño que deja de mamar. El kwashiorkor es una enfermedad de los países en desarrollo y con probabilidad la más frecuente de todas las enfermedades nutricionales.

El trastorno se produce cuando el niño es destetado y, por consiguiente, privado del elevado valor nutricional y contenido proteico de la leche materna. También puede aparecer porque el apetito del niño esté afectado por otra enfermedad, en particular infecciones como el sarampión y las gastroenteritis. Debido a que los anticuerpos están formados por proteínas, los niños con una ingesta proteica muy baja son más susceptibles a padecer infecciones y presentan una escasa resistencia frente a éstas. De hecho, son inmunodeficientes y suelen fallecer en la infancia a causa de infecciones generalizadas.

El aspecto de un niño con kwashiorkor es inconfundible. Tal vez las características inmediatas más llamativas son la expresión de gran tristeza del rostro y el llanto débil casi continuo. A primera vista, el niño con kwashiorkor no parece mal nutrido. La cara es redonda y rolliza, el grosor de las extremidades parece adecuado y el abdomen es prominente. Sin embargo, esta apariencia es engañosa. Se debe a una acumulación anormal de líquido, trastorno conocido

como edema. la presencia de proteínas en sangre es tan baja que no pueden retener agua mediante el proceso osmótico normal, de modo que el líquido se acumula en los tejidos, encharcándolos. Debajo del edema los músculos del niño están debilitados, ya que sus proteínas se utilizan en un intento de cubrir las necesidades energéticas del organismo. El resultado es una debilidad extrema. La protrusión del abdomen se debe a una combinación de retención de líquidos, músculos atrofiados y aumento de tamaño del hígado.

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

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

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

El kwashiorkor es un tipo de malnutrición energético-proteica que cursa típicamente con la aparición de edemas debidos a la hipoproteinemia extrema.

2.13.2.2.- Marasmo

Grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías. En los países en vías de desarrollo es la manifestación más común de una dieta deficiente. Está causada por un abandono prematuro del pecho de la madre como fuente de alimento y por las infecciones intestinales, generalmente gastroenteritis, que se producen cuando el niño es alimentado con biberón en malas condiciones higiénicas.

- **Efectos del marasmo**

La falta de un aporte suficiente de proteínas y calorías en la primera infancia tiene consecuencias graves, pues las proteínas constituyen el principal material estructural del cuerpo, y son necesarias para la síntesis de anticuerpos contra las infecciones y de enzimas, de las que dependen todos los procesos bioquímicos. la carencia de proteínas impide, por tanto, el crecimiento y aumenta considerablemente el riesgo de infecciones. Una carencia de calorías significa que las necesidades energéticas del cuerpo no pueden ser satisfechas; esa circunstancia, unida a la escasez de enzimas, afecta a todos los procesos corporales, incluyendo el metabolismo y el crecimiento, provocando retraso tanto físico como mental. Aunque la nutrición mejore con posterioridad y el niño sobreviva, esas deficiencias en el desarrollo nunca podrán ser superadas.

2.13.2.3.-El marasmo y el kwashiorkor

Cuando la dieta es deficiente en proteínas y se trata de suplir la necesidad de energía mediante la ingestión abundante de alimentos ricos en hidratos de carbono, se produce la enfermedad conocida como kwashiorkor. si la carencia de proteínas y calorías es grave, el resultado es un marasmo grave o desnutrición.

2.13.2.4.- Escorbuto

Enfermedad causada por un déficit prolongado de vitamina c (ácido ascórbico) en la ingesta. Aparece en los adultos tras una carencia alimenticia mayor de 6 meses. Se caracteriza por astenia progresiva, inflamación de encías, caída de dientes, inflamación y dolor de articulaciones, fragilidad capilar y equimosis. Con frecuencia también aparece la anemia como consecuencia de estas pequeñas hemorragias. La falta de vitamina c bloquea la producción de sustancia intercelular para los tejidos conectivos (tejidos de soporte de las paredes de los vasos, del hueso, de la dentina, del cartílago, etc.).

Las encías esponjosas e inflamadas son uno de los síntomas del escorbuto, debido a la deficiencia prolongada de vitamina c. otros síntomas son dientes flojos, hemorragias y articulaciones inflamadas y dolorosas. Antes era una enfermedad

común entre los marineros, que pasaban muchos meses en el mar sin consumir frutas y verduras frescas.

2.13.2.5.-Pelagra

Enfermedad producida por deficiencia dietética debida a la ingesta o absorción inadecuada de niacina, uno de los compuestos del complejo de la vitamina b. El médico americano Joseph Goldberger demostró que la enfermedad estaba producida por una deficiencia vitamínica. Aunque la pelagra es frecuente en todo el mundo, su incidencia en algunos países occidentales es baja gracias a la suplementación del trigo procesado con vitamina b. la enfermedad afecta en especial a aquellas personas que siguen dietas pobres en proteínas, en especial cuando la dieta está basada en el maíz como alimento principal, y en quienes padecen enfermedades gastrointestinales que originan una alteración de la absorción de vitaminas.

La enfermedad suele comenzar con debilidad, laxitud, insomnio y pérdida de peso. La piel expuesta del cuello, manos, brazos, pies y piernas, se vuelve áspera, rojiza y escamosa, y en especial después de la exposición a la luz solar, y aparecen lesiones dolorosas en la boca. Los síntomas gastrointestinales consisten en pérdida de apetito, indigestión y diarrea. la afección del sistema nervioso se produce más adelante en el curso de la enfermedad e incluye síntomas como cefaleas, vértigo, dolores generalizados, temblores musculares y trastornos mentales. la deficiencia de niacina puede ser mortal.

La enfermedad llamada pelagra es consecuencia de una deficiencia de niacina, una vitamina del grupo b. se presenta con descamación, inflamación de la lengua y debilidad. Aunque es común en todo el mundo, la incidencia en países desarrollados es escasa, pues el trigo utilizado en los alimentos suele enriquecerse con vitamina b.

2.13.2.6.- Beriberi

La palabra “beriberi”, en lengua oriental, significa no puedo más. Su nombre encierra los síntomas que encierra esta enfermedad, como es la inactividad creciente que llevará a la parálisis total.

El beriberi es una enfermedad debida a la carencia de la vitamina b1 o tiamina en la alimentación. ha causado estragos enormes entre la población de extremo oriente, especialmente en japon, filipinas y malasia.

2.13.2.7.- Raquitismo

El raquitismo se produce cuando falta en el organismo la vitamina d, necesaria para fijar en el esqueleto el calcio y el fósforo que contienen algunos alimentos.

Esta enfermedad es conocida desde tiempos antiguos aunque se le considero como un trastorno del crecimiento de los huesos. al descubrirse la vitamina d se le consideró como enfermedad carencial en la mayoría de los casos.

El origen del raquitismo puede estar en un aporte insuficiente de vitamina d en la dieta o en una escasez de radiaciones ultravioletas solares. El raquitismo puede conducir a deformidad esquelética, como la incurvación de la columna vertebral o de las piernas. Esta radiografía muestra la deformación ósea debida a raquitismo.

2.13.3.- Alimentos recomendados

- Lácteos: Leche entera.
- Quesos: Se preferiría, cremosos y duros.
- Huevo: Puede consumirse una unidad diariamente.
- Carnes: Preferente blancas, de ave, sin piel ni grasa, o de pescado.
- Hortalizas: Todas pueden consumirse sin inconvenientes, prefiriendo siempre el consumo cocido.
- Frutas: Al igual que las hortalizas, todas pueden consumirse.
- Cereales y derivados: se aconseja consumir una porción diaria.
- Azucarez y dulces: mermeladas de frutas, dulces compactos de membrillo y miel.
- Azúcar blanca o negra, para endulzar preparaciones.
- Infusiones: deben prepararse en la leche.
- Bebidas: Todos están permitidos para hacer más agradable y apetitosa las comidas de desnutrición.



CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1.- Localización Y Caracterización.

El subcentro de salud de la Parroquia Cristóbal Colon ubicado en las calles piedra Ita y Caico, se formo con el Doctor Terán 1977 primer médico rural en llegar a la parroquia, al no tener en donde atender a sus pacientes y poder brindar una atención adecuada a la comunidad el vio la necesidad de formar la primera casa de salud que empezó a funcionar en el convento de dicha parroquia.

Al término de su año rural empezaron a llegar más médicos rurales enviados de la Universidad Central Del Ecuador cada año entre ellos tenemos:

En el año de 1978 el doctor Alfredo Laguna

En el año de 1979 la doctora Magdalena Arteaga

En el año de 1980 el doctor Edmundo Delgado del Hierro

En el año de 1981 la Doctora Luna

En el año de 19788 el doctor Naranjo

Los cuales ayudaron poco a poco en el desarrollo y la implementación de una infraestructura propia para la atención de los moradores, que contenga todos los equipos necesarios para brindar una buena atención.

En el año de 1981 el doctor Edmundo Delgado con la ayuda de moradores de la parroquia gestionaron para comprar un terreno en donde se pueda construir el subcentro, pero nadie de las personas que tenían sus terrenos querían vender y

además las que querían vender ponían precios muy elevado que con el dinero que tenían no les alcanzaba, en vista de esto los dirigentes de la comunidad junto con el médico, convocaron a una reunión a todos los moradores para poner en conocimiento lo que estaba pasando y lo que querían realizar, al ver la importancia de la construcción de una casa de salud se decidió en mutuo acuerdo poner una colaboración de 50 sucres por familia para la compra del terreno.

Con la compra del terreno la maestras de ese entonces de la escuela Doctor Ricardo del Hierro, también decidieron apoyar en la construcción, ellas fueron quienes se encargaron de buscar un ingeniero para que vaya a inspeccionar el terreno, a medir y diga si es o no apto para la construcción.

Se formo un comité prosubcentro, al frene el Doctor Delgado, con los planos ya realizados por el ingeniero, el médico se encargo de venir a la ciudad de Tulcán a la Dirección de Salud para la aprobación del proyecto, pero este no fue aprobado en vista de que no era suficiente el espacio para la construcción, tenían que buscar un terreno más grande, con esta noticia el Doctor Delgado decidió convocar a una nueva reunión para informar todo lo sucedió en la ciudad de Tulcán, en esta reunión decidieron conformar comisiones para la realización de programas, de festivales, para poder reunir más dinero y comprar más terreno para la aprobación del proyecto.

Nuevamente se decidió ir a la dirección de salud del Carchi a presentar los nuevos planos del terreno ya con el espacio suficiente que les pedían, se formo una comisión encargada de realizar este trámite:

Doctor Edmundo Delgado medico de la comunidad

Teniente político,

Secretario y algunos de los moradores de la comunidad entre ellos el señor Luis Criollo quien hoy narra la historia, elegidos por la propia comunidad, obteniendo una respuesta positiva a su pedido, con esto llegaron a la comunidad y dieron la noticia a todos, después de esto se realizo las escrituras correspondiente y se empezó la construcción de lo que hoy es el

SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA CRISTÓBAL COLON ÁREA DE SALUD NUMERO 2.

3.2.- Tipo de Estudio

La investigación que se va a realizar es de tipo no experimental porque el investigador se limita a observar, medir y analizar los acontecimientos sin intervenir en los mismos, el factor de estudio no es asignado por los investigadores puesto que ya está dado en la naturaleza y está dado como un antecedente causal.

3.3.- Diseño del Estudio

El diseño de estudio que utilizaremos en esta investigación es descriptivo analítico, porque solo se basa en la descripción de los sucesos y en el análisis de las situaciones ya realizadas.

3.4.- Universo de estudio

Está constituido por 70 madres de niños menores de 5 años que asisten al subcentro de salud de la parroquia Cristóbal Colon.

3.5.- Muestra

En este caso, no se extrae muestra por ser limitada la población menor a 100 y la encuesta se aplica a la totalidad de la población, es decir al Universo.

3.6.- Población en estudio

La población está conformada por madres de niños menores de 5 años que acuden a los controles en el subcentro de salud de Cristóbal Colon Provincia del Carchi y que sean de distintas culturas, religiones, clases sociales y que tengan diferentes ocupaciones.

3.6.-Técnica e Instrumentos

3.6.1.- Técnicas

Observación Directa.- Tal vez sea la técnica que más uso haga, ya que el permanente contacto con los hechos y acontecimientos permite captar información muy valiosa, no solo para la ejecución del proyecto sino también para el informe final.

Encuesta.- Es una técnica que consiste en entregar a las personas cuya información se requiere para la investigación, un cuestionario que debe ser llenado por ellas y que va a ser entregado personalmente.

3.6.2.- Instrumentos.

Para la operativización de las técnicas se pondrá en práctica el uso de cuestionarios, cuaderno de notas; cámara fotográfica.

Nuestro estudio está orientado a los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres sobre atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia y su tratamiento.

3.7.- Procesamiento de la información.

Una vez levantada la información se procederá al registro de datos mediante la utilización del programa informático Excel 2007 sacando porcentajes de las variables nominales para proceder a la elaboración de pasteles y barras para el análisis respectivo de resultados.

3.8.-Validez y confiabilidad de los instrumentos

Antes de la aplicación de la encuesta a la población en estudio, se realizó una prueba piloto, que consiste en la aplicación de la encuesta a un grupo similar al grupo en estudio, esta se aplicó a 8 personas del Subcentro de Salud Sur de la

ciudad de Tulcán, que reúne las características similares al lugar objeto de estudio, en la cual pudimos reformar algunos ítems de la encuesta que para algunas era difícil entenderlas.

3.9.- VARIABLES.

3.9.1.-Variable dependiente

Conocimiento, actitudes y prácticas, sobre AIEPI.

3.9.2.- Variables independientes

Nivel socioeconómico, nivel socio demográfico.

Operacionalizacion de variables.

Definición operacional	Categoría	Indicador	Escala
Conocimiento Entendimiento razón natural de aplicar algo con lógica.	Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud, alteración del estado de salud.	IRA, EDA, Deshidratación, etc.	Conoce enfermedades como IRA EDA Deshidratación. SI NO.
	Diagnostico: conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.	Síntomas y signos.	Reconoce Síntomas y signos de las enfermedades prevalentes en la infancia. SI NO

Definición operacional	Categoría	Indicador	Escala
Práctica acción que se aplica y ejecuta en la realidad, demostrando destrezas adquiridas por la continua práctica y el ejercicio en sí.	Acción: Ejecución	Remedios caseros	SI NO
		Farmacias	SI NO
		Médico	SI NO
Definición operacional	Categoría	Indicador	Escala
Características socioeconómicas: actividades que indican el nivel socioeconómico de la sociedad.	Cantidad de dinero	Ingreso económico	50 a 100 dólares 100 a 150 dólares 200 a 250 dólares 300 a mas
	Economía familiar	Sustento económico	SI NO

Definición operacional	Categoría	Indicador	Escala
Características socio demográficas: Características demográficas propias de la sociedad.	Edad: tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento hasta la actualidad.	Años	<1 año 1-3años 3-5años.
	Hijos vivos: los hijos nacidos vivos de una mujer hasta la fecha de la encuesta	Número de hijos	1-2 hijos 3-4 hijos 4-5 hijos Más de 5 hijos.
	Controles médicos.	Número de veces que acude a un centro de salud.	2 veces al mes Cada mes Cada año O en una enfermedad.

CAPITULO IV

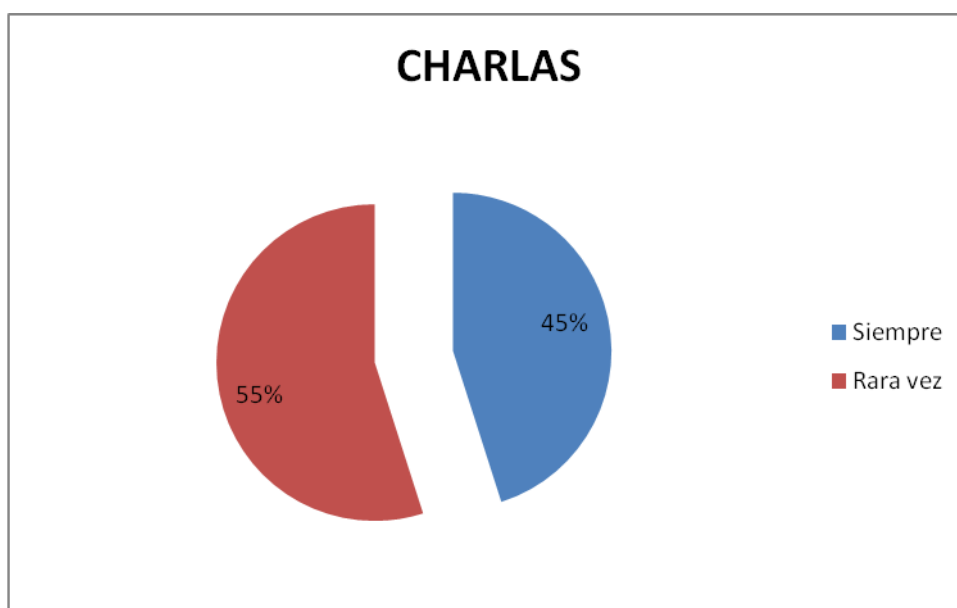
4.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA Y GRÁFICO N*1

1.- Ha recibido charlas en el centro de salud al que usted acude sobre la diarrea, tos, sarampión, fiebre, alimentación.

CHARLAS	FRECUENCIA	%
Siempre	32	45%
Rara vez	39	55%
Nunca	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena
Carapaz Marianela



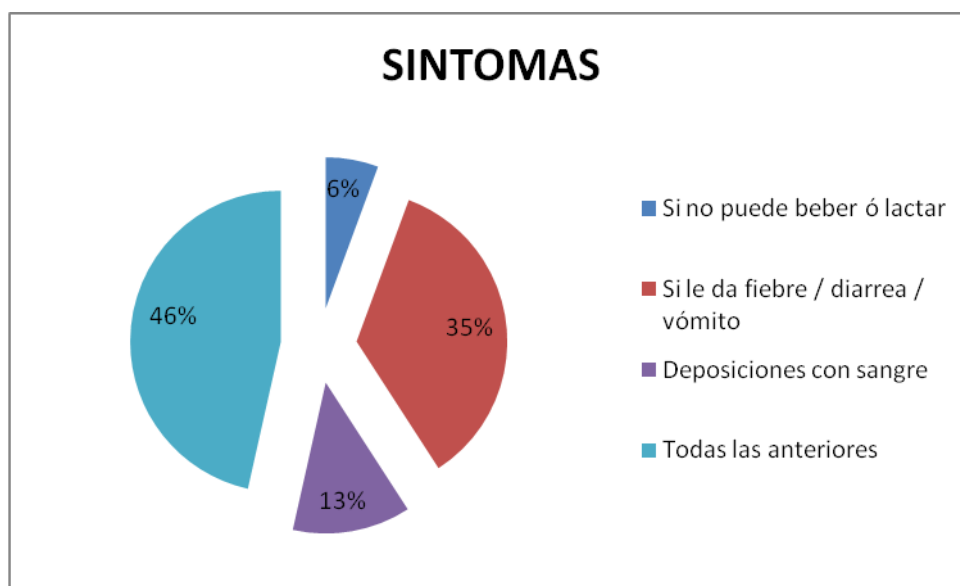
El 45% de las madres de niños menores de 5 años encuestadas consideran que siempre han recibido charlas sobre enfermedades prevalentes en la infancia, mientras el 55% manifiestan que rara vez han recibido charlas sobre este tema, madres manifiestan que no acuden con frecuencia a los controles médicos, también por que cuando ellas acuden dictan otros temas de charlas.

TABLA Y GRÁFICO N*2

2.- ¿Qué síntomas harían que usted llevara a su niño / niña a un establecimiento de salud inmediatamente?

SINTOMAS	FRECUENCIA	%
Si no puede beber ó lactar	4	5.6%
Si le da fiebre / diarrea / vómito	25	35.2%
Si tiene dificultad para respirar	0	0%
Deposiciones con sangre	9	12.7%
Todas las anteriores	33	46.5%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Loren, Carapaz Marian



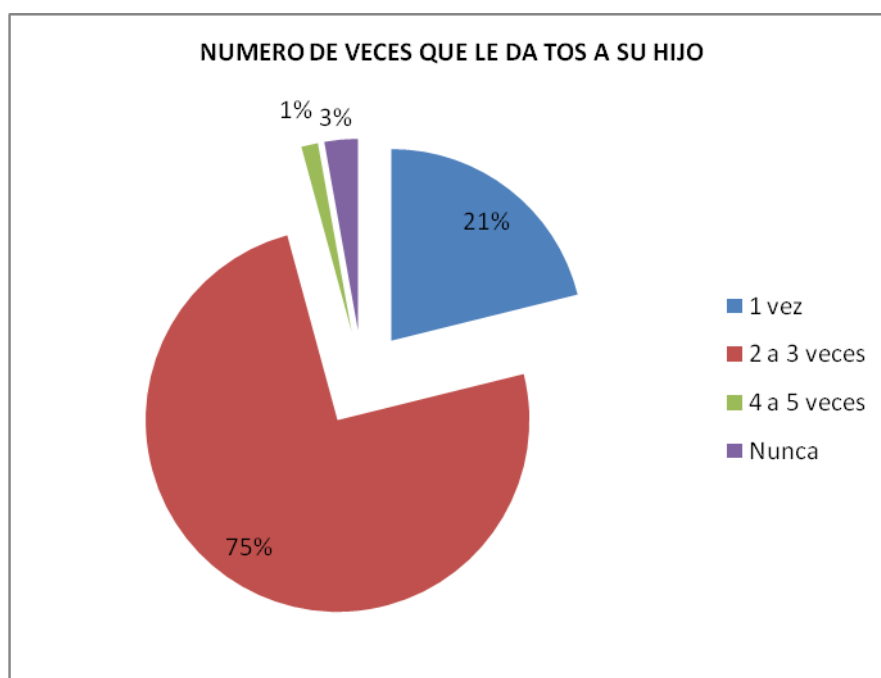
De las madres encuestadas el 5.6% acuden a un establecimiento de salud cuando sus niños no pueden beber o lactar, el 12.7% acuden cuando sus niños presentan deposiciones con sangre, el 35.2% acuden porque sus niños presentan fiebre, diarrea, o vomito, y el 46.5% cuando presentan cualquiera de la sintomatología descrita en la tabla.

TABLA Y GRÁFICO N*3

3.- Cuantas veces al año le da tos a su hijo.5

NUMERO DE VECES QUE LE DA TOS A SU HIJO	FRECUENCIA	%
1 vez	15	21.1%
2 a 3 veces	53	74.6%
4 a 5 veces	1	1.4%
Nunca	2	2.8%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



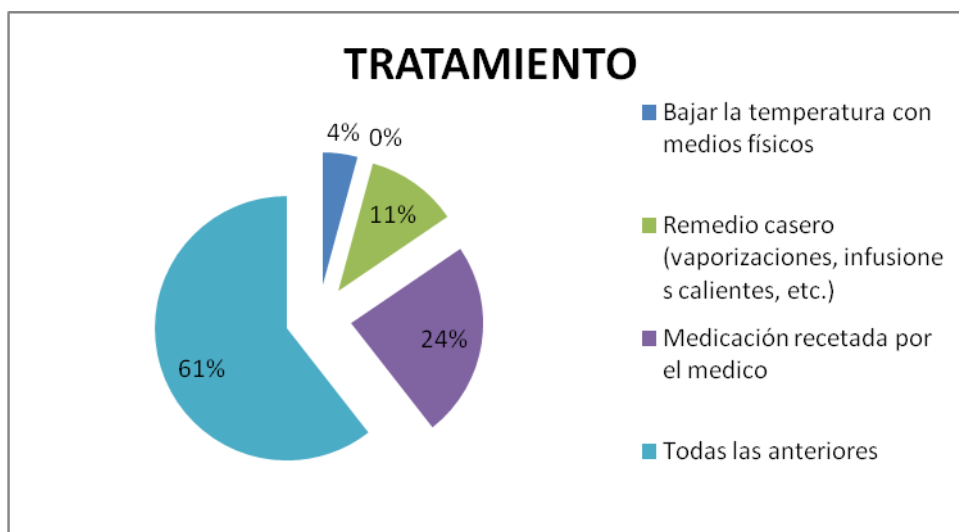
El 21.1% de las madres encuestadas respondieron que 1 vez al año le da tos a su hijo porque cada mes les llevan a los controles médicos, y les dan una buena alimentación, el 74.6% respondieron que de 2-3 veces al año les da tos, a pesar de que les llevan a los controles médicos frecuentemente, en un más bajo porcentaje el 1.4% le da tos de 4-5 veces en el año, y el 2.8% nunca les da tos tal vez porque tiene buenas defensas manifestaron las madres.

TABLA Y GRÁFICO N*4

4.- ¿Cuando su niño tuvo fiebre, tos, ¿qué tratamiento le dio?

INDICADOR	FRECUENCIA	%
Líquidos tibios o leche materna	0	0%
Bajar la temperatura con medios físicos	3	4.2%
Remedio casero	8	11.2%
Medicación recetada por el medico	17	23.9%
Todas las anteriores	43	60.5%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



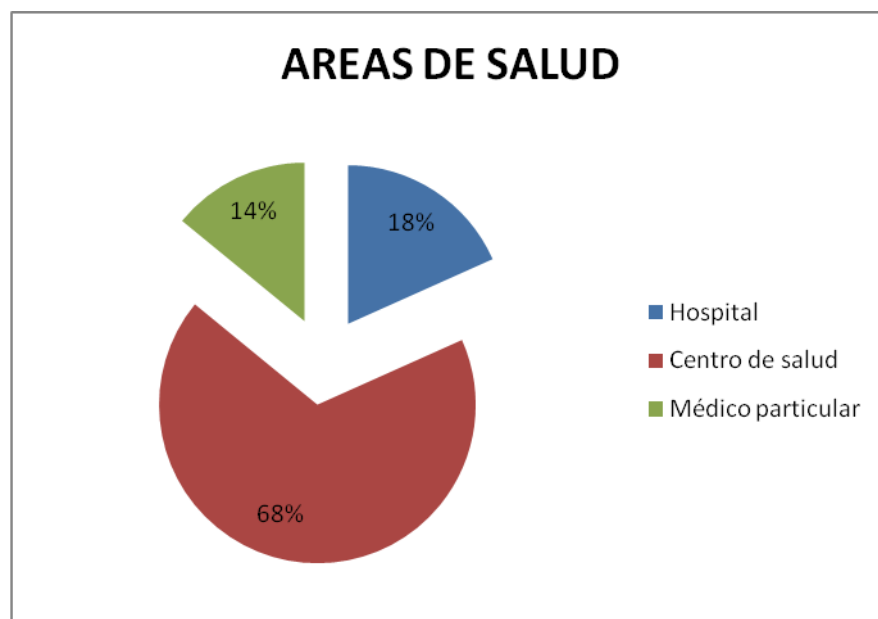
De las madres encuestadas el 4.2% respondieron que ante la presencia de fiebre, el tratamiento que les dan es bajar la temperatura por medios físicos, mediante la aplicación de compresas frías o baño, mientras que el 11.2% respondieron que administran medicación casera a veces porque le dijo la abuelita o el vecino pero si esto ya no funciona acuden a la medicación recetada por el médico en un 60.5%.

TABLA Y GRÁFICO N*5

5.- Cuando su niño presenta fiebre, tos o resfriado acude a:

INDICADOR	FRECUENCIA	%
Hospital	13	18.3%
Centro de salud	48	67.6%
Médico particular	10	14%
Curandero	0	0%
Amigos o vecinos	0	0%
Ninguna	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



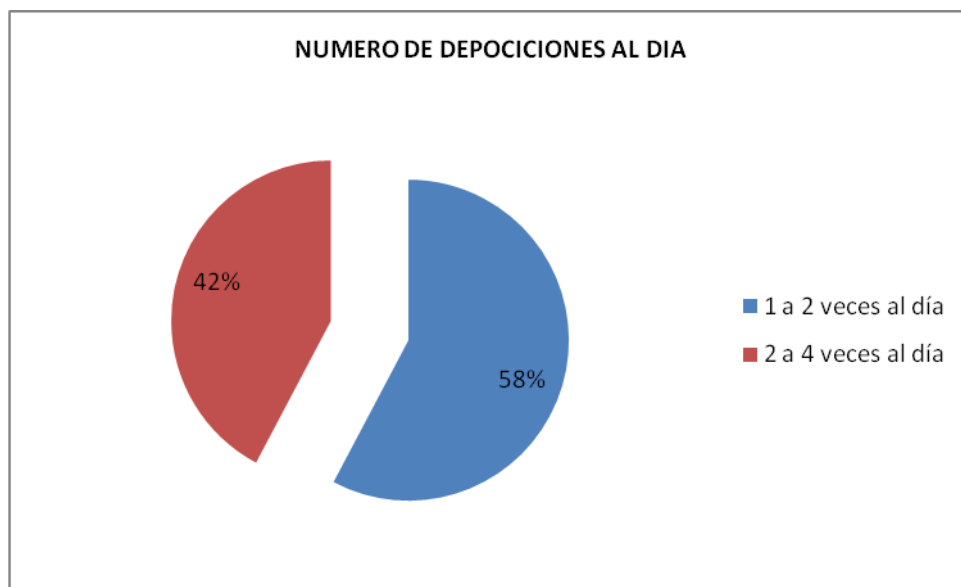
El 18.3% de las madres encuestadas respondieron que cuando sus niños presentan fiebre, tos o resfriado acuden al hospital por que en el hospital reciben la medicación que a veces no tienen el subcentro y porque allí hay un médico solo para niños, en un porcentaje más alto 67.6% acuden al subcentro de salud por que les queda más cerca y es más fácil sacar turno, aunque a veces les toca comprara la medicación, y en un porcentaje más bajo 14% acuden a médico particular.

TABLA Y GRÁFICO N*6

6.- ¿Cuántas veces al día hace caquita su niño?

NUMERO DE DEPOCICIONES AL DIA	FRECUENCIA	%
1 a 2 veces al día	41	57.7%
2 a 3 veces al día	30	42.2%
4 a mas veces al día	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



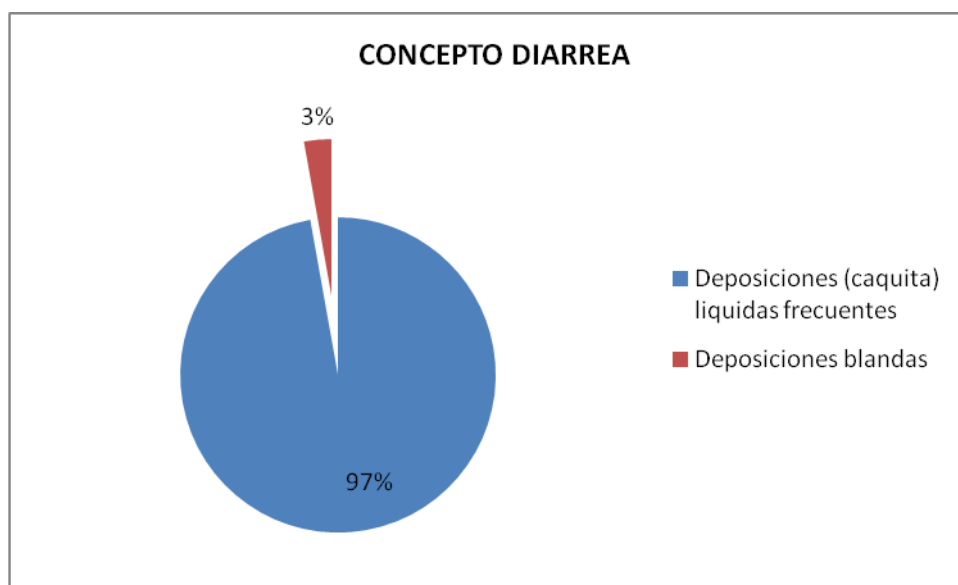
De las madres encuestadas respondieron el 57.7% que de 1-2 veces al día hace caquita su niño, y el 42.2% de 2-4 veces al día hace caquita su niño, valores que se encuentran entre los rangos normales.

TABLA Y GRÁFICO N*7

7.- ¿Qué es para usted una diarrea?

DIARREA	FRECUENCIA	%
Deposiciones (caquita) líquidas frecuentes	69	97.1%
Deposiciones blandas	2	2.8%
Deposiciones con sangre	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



El 97.1% de las madre encuestadas respondieron que la diarrea son deposiciones líquidas frecuentes, lo que nos indica que sabe como reconocer una diarrea, manifiestan que por recibieron charlas algún rato o, porque el médico les dijo el momento de la consulta y en un porcentaje más bajo el 2.8% respondieron que la diarrea es deposiciones blandas, tal vez porque no recibieron una información adecuada.

TABLA Y GRÁFICO N*8

8.- ¿La deshidratación es pérdida de líquidos en el cuerpo?

DESHIDRATACIÓN	FRECUENCIA	%
Si	67	94.3%
No	0	0%
No sabe	4	5.6%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



De las madres encuestadas el 94.3 % respondieron que la deshidratación es pérdida de líquidos en el cuerpo, mientras que el 5% de las madres encuestadas no saben que es la deshidratación, tal vez por la falta de información.

TABLA Y GRÁFICO N*9

9.-Se pierde líquidos en el cuerpo a través de una diarrea, fiebre, sudor y vómito

PERDIDA DE LIQUIDOS	FRECUENCIA	%
Si	69	97.1%
No	0	0%
No sabe	2	2.8%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



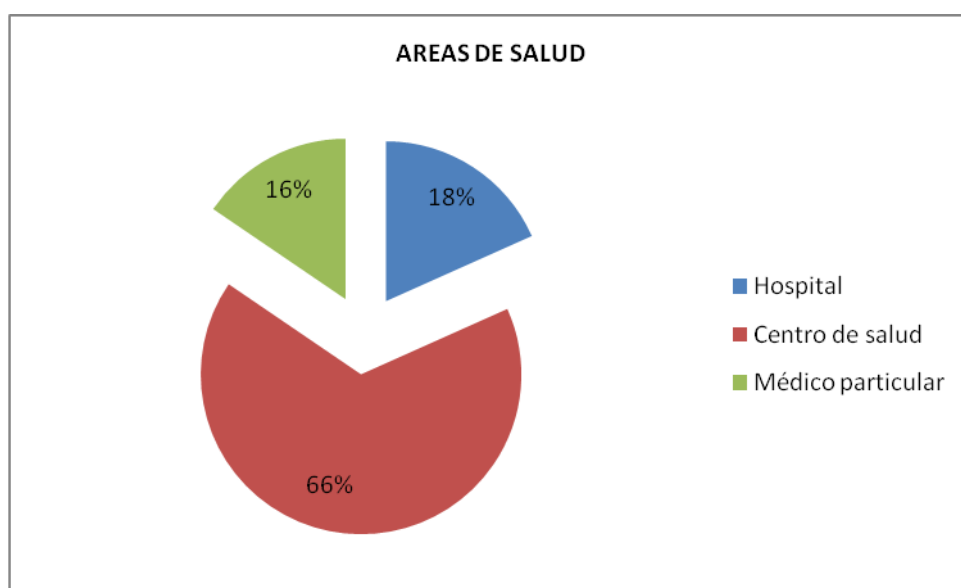
De las madres encuestadas en un porcentaje muy alto el 97.1% respondieron que SI se pierde líquidos en el cuerpo a través de una diarrea, fiebre, sudor y vómito, mientras que en un 2.8% no saber cómo se pierde líquidos en el cuerpo, estos porcentajes indican que las madres si reciben información acerca del tema.

TABLA Y GRÁFICO N*10

10.- Cuando su niño presenta diarrea o deshidratación acude a:

AREAS DE SALUD	FRECUENCIA	%
Hospital	13	18.3%
Centro de salud	47	66.2%
Médico particular	11	15.5%
Curandero	0	0%
Amigos o vecinos	0	0%
Ninguna	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



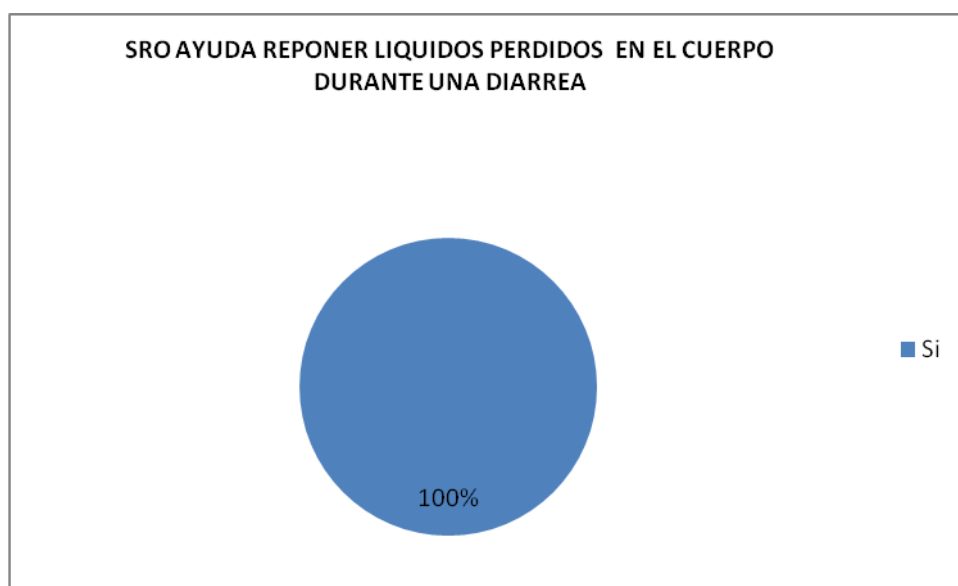
Las madres manifiestan que cuando sus niños presentan diarrea o deshidratación acuden al subcentro de salud, criterio que se manifiesta en un 66.6%, el 18.3% respondieron que les llevan a un hospital mientras que en un porcentaje más bajo 15.5% manifiestan que prefieren llevarles a un médico particular.

TABLA Y GRÁFICO N*11

11.- El suero oral ayuda a reponer líquidos perdidos en el cuerpo durante una diarrea

SRO AYUDA AREPONER LIQUIDOS EN EL CUERPO	FRECUENCIA	%
Si	71	100%
No	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



Las madres encuestadas respondieron que el SRO si ayuda a reponer líquidos perdidos en el cuerpo durante una diarrea, criterio que se manifiesta en un 100%, ya que el SRO es el principal tratamiento para la diarrea además de los otros medicamentos.

TABLA Y GRÁFICO N*12

12.- El suero oral se prepara hirviendo 1 litro de agua, dejando que se enfríe, abrir el sobre del suero y disolverlo en el agua.

PREPARACION DEL SRO	FRECUENCIA	%
Si	71	100%
No	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela

La totalidad de las madres encuestadas el 100% respondieron que el SRO si se prepara hirviendo 1 litro de agua, dejando que se enfríe, abrir el sobre del suero y disolverlo en el agua, ya que en el subcentro de salud siempre les entregan los sobre para preparar en casa.

TABLA Y GRÁFICO N*13

13.-Cuándo usted acude al control, le explica al médico todo lo que su niño presenta

	FRECUENCIA	%
Si	71	100%
No	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela

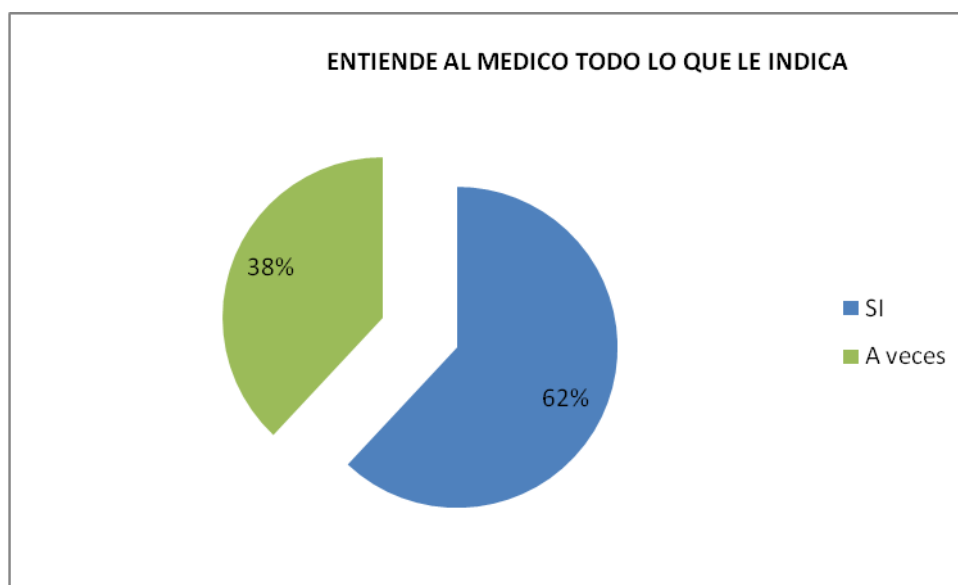
El 100% de las madre encuestadas respondieron que en el momento de la consulta SI explican al médico toda la sintomatología que su niño presenta, para que el médico le examine y de solución al problema.

TABLA Y GRÁFICO N*14

14.- El médico durante la consulta le da las indicaciones necesarias y a su vez usted le entiende.

	FRECUENCIA	%
SI	44	61.9%
NO	0	0%
A veces	27	38%
Nunca	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



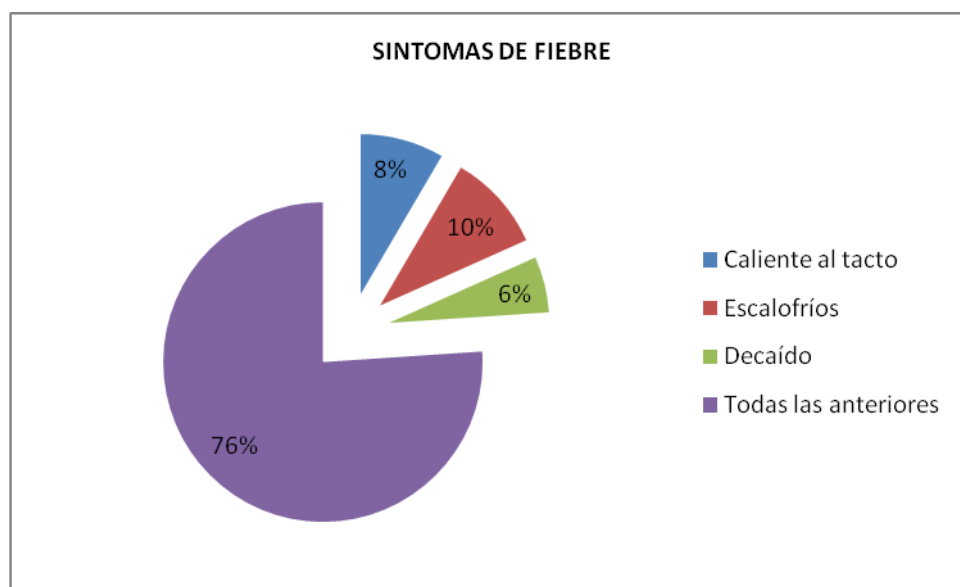
De las madres encuestadas respondieron que durante la consulta SI entienden lo que el médico les explica y las indicaciones que les da, respuesta que se manifiesta en un 62 %, mientras que en un 38% respondieron no entienden lo que el médico les indica, tal vez porque explica muy rápido o las palabras que utiliza son difíciles de entender.

TABLA Y GRÁFICO N*15

15.- Como reconoce que su niño puede presentar fiebre.

SINTOMAS FIEBRE	FRECUENCIA	%
Caliente al tacto	6	8.4%
Escalofríos	7	9.8%
Decaído	4	5.6%
Todas las anteriores	54	76%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



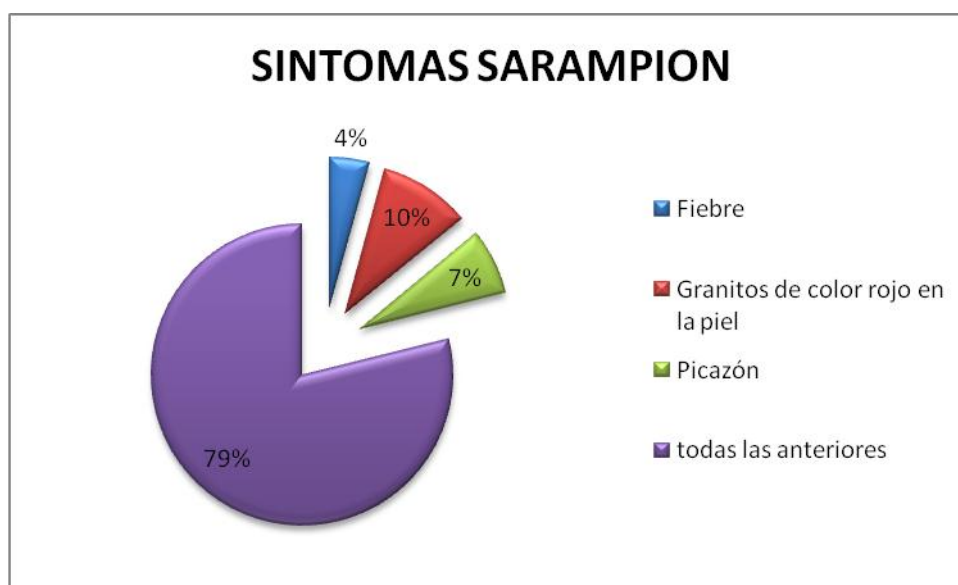
El 76% de las madres encuestadas responden que ante la presencia de cualquiera de los síntomas descritos en la tabla reconocen que su niño puede presentar fiebre, el 9.8 %, ante la presencia de escalofríos, el 8.4% caliente al momento de tocarlo y en un porcentaje más bajo el 5.6% respondieron que su niño puede presentar fiebre por estar decaído.

TABLA Y GRÁFICO N*16

16.- Como se presenta el sarampión en un niño

SINTOMAS SARAMPION	FRECUENCIA	%
Fiebre	3	4.2%
Granitos de color rojo en la piel	7	9.8%
Picazón	5	7%
todas las anteriores	56	78.8%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



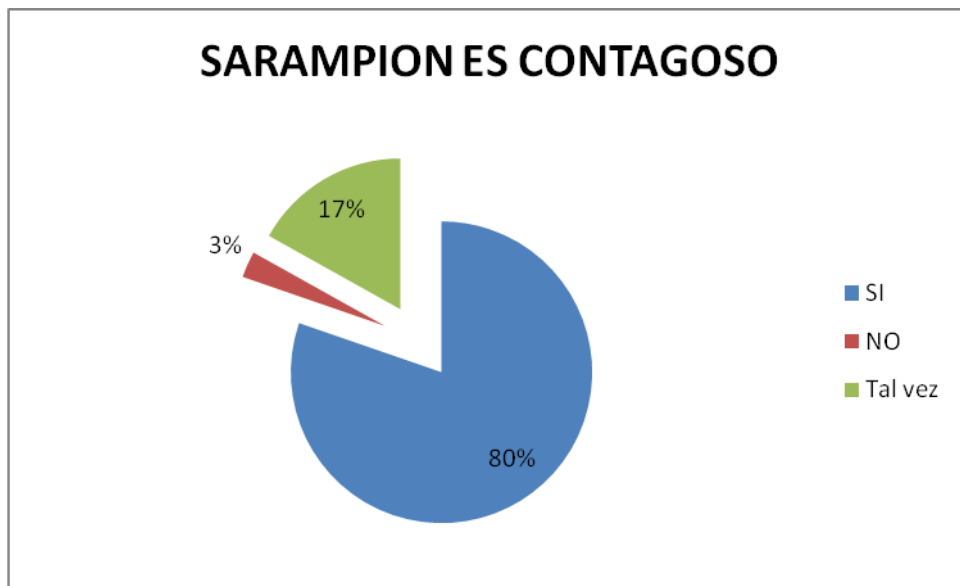
El 78% de las encuestadas respondieron que el sarampión se puede presentar con fiebre, granitos de color rojo, picazón, mientras que el 9.8% respondieron el sarampión se manifiesta primeramente por granitos de color rojo, el 7% por picazón y en un porcentaje más bajo por la presencia de fiebre, estos porcentajes nos indica que las madres no reciben una información correcta sobre esta enfermedad y que hace falta más información sobre el tema.

TABLA Y GRÁFICO N*17

17.- El sarampión es contagioso o pasoso.

SARAMPION ES CONTAGIOSO	FRECUENCIA	%
SI	57	80.2%
NO	2	2.8%
Tal vez	12	16.9%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



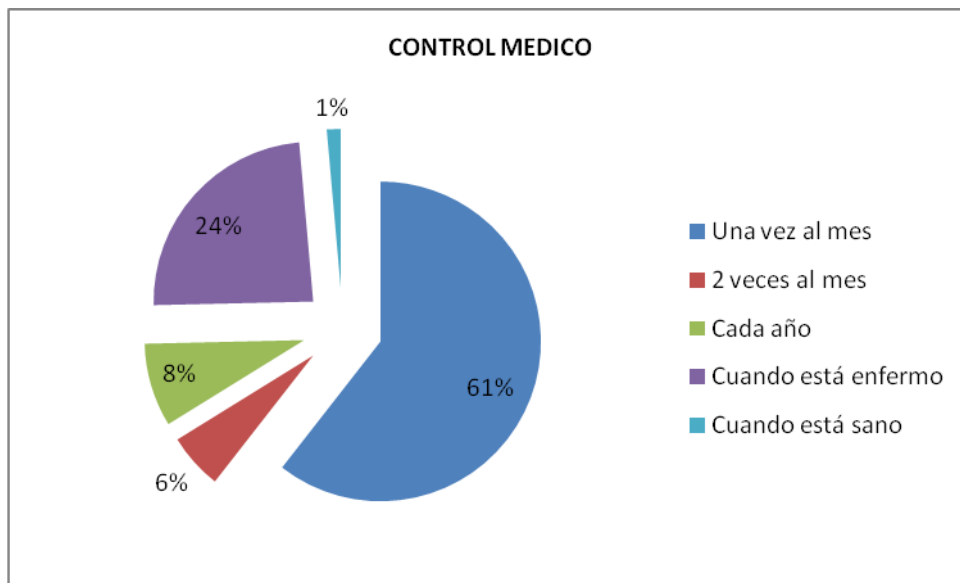
El sarampión es contagioso o pasoso, de las madres encuestadas respondieron que si, en un 80.2%, ellas nos indican que dan esta respuesta por que en su hogar, vecinos o amigos les ha dado esta enfermedad y a seguido contagiando a los demás, en un 16.9% respondieron que tal vez el sarampión sea pasoso, y en un porcentaje bajo el 2.8 % responden so saber si es o no contagioso el sarampión porque nunca les ha dado.

TABLA Y GRÁFICO N°18

18.- Con qué frecuencia lleva a su niño al control médico

CONTROL MEDICO	FRECUENCIA	%
Una vez al mes	43	60.5%
2 veces al mes	4	5.6%
Cada año	6	8.4%
Cuando está enfermo	17	23.9%
Cuando está sano	1	1.4%
Nunca	0	%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



El 60.5% de las madres encuestadas respondieron que llevan cada mes a su niño al control médico, ya que es muy necesario saber cómo va creciendo el niño en el mes, mientras que el 23.9 % responden que acuden al centro de salud cuando está

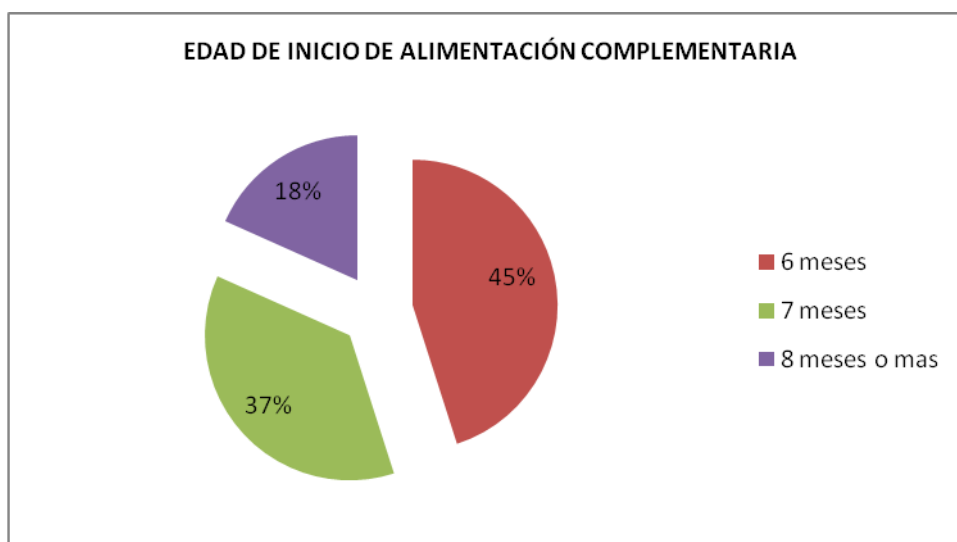
enfermo, el 8.4% cada año, y el 1.4% cuando está sano ya que muchas no tienen tiempo para llevarle a un subcentro al control médico.

TABLA Y GRÁFICO N*19

19.- A qué edad debería empezar a darle otros alimentos al niño además del pecho?

EDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	FRECUENCIA	%
4 meses	0	0%
6 meses	32	45.0%
7 meses	26	36.6%
8 meses o mas	13	18.3%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



El 45% de las madres encuestadas respondieron que se les empieza a dar alimentos a partir de los 6 meses en forma de papillas porque esto es lo que le dice el médico o las enfermeras, el 36.6% respondieron a partir de los 7 meses porque a partir de los 6 meses todavía son muy pequeños para darles otros alimentos y el 18 por ciento respondieron a partir de los 8 meses a mas edad, esto nos indica que

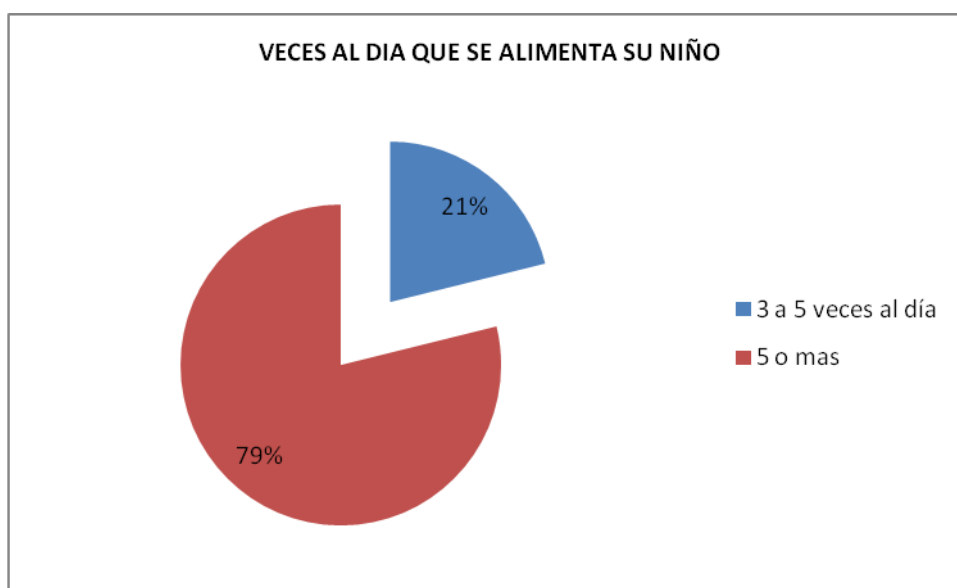
todavía hay un déficit de conocimientos por parte de las madres acerca de la alimentación complementaria.

TABLA Y GRÁFICO N*20

20.- Cuantas veces al día come el niño

VECES AL DIA QUE SE ALIMENTA SU NIÑO	FRECUENCIA	%
1 a 2 veces al día	0	0%
3 a 5 veces al día	15	21.1%
5 o mas	56	78.8%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



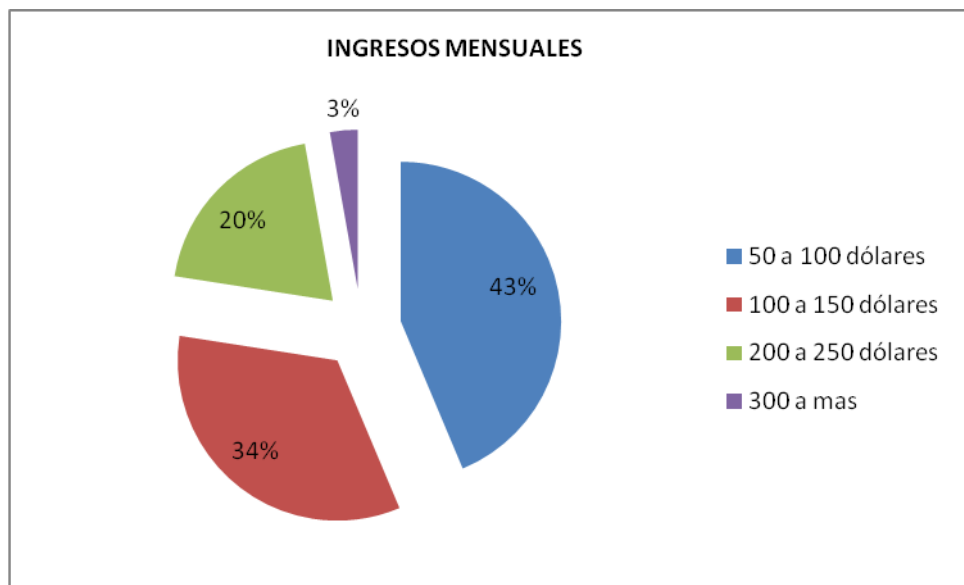
El 78.8% de las madres encuestadas respondieron que sus niños comen de 5 a mas veces al día ya que muchos de ellos comen muy poquito, entonces la madre tiene que estar insistiendo para que coma su niño, el 21% de 3-5 veces al día ya que por motivo de trabajo de las madres y no poder estar con sus niños no pueden alimentarles frecuentemente, incluyendo alimentación complementaria y leche materna.

TABLA Y GRÁFICO N*21

21.- los ingresos económicos mensuales son de:

INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES	FRECUENCIA	%
50 a 100 dólares	31	43.6%
100 a 150 dólares	24	33.8%
200 a 250 dólares	14	19.7%
300 a mas	2	2.8%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



El 43.6% de las madres encuestadas responden que los ingresos económicos mensuales son de 50 a 100 dólares ya que muchas de ellas les toca salir a trabajar al diario y a veces el trabajo no es de todos los días, el 33.8% de 100 a 150 dólares, el 20% respondieron que sus ingresos económicos son de 200-250 dólares por que trabaja tanto el esposo como la esposa, y en un porcentaje bajo

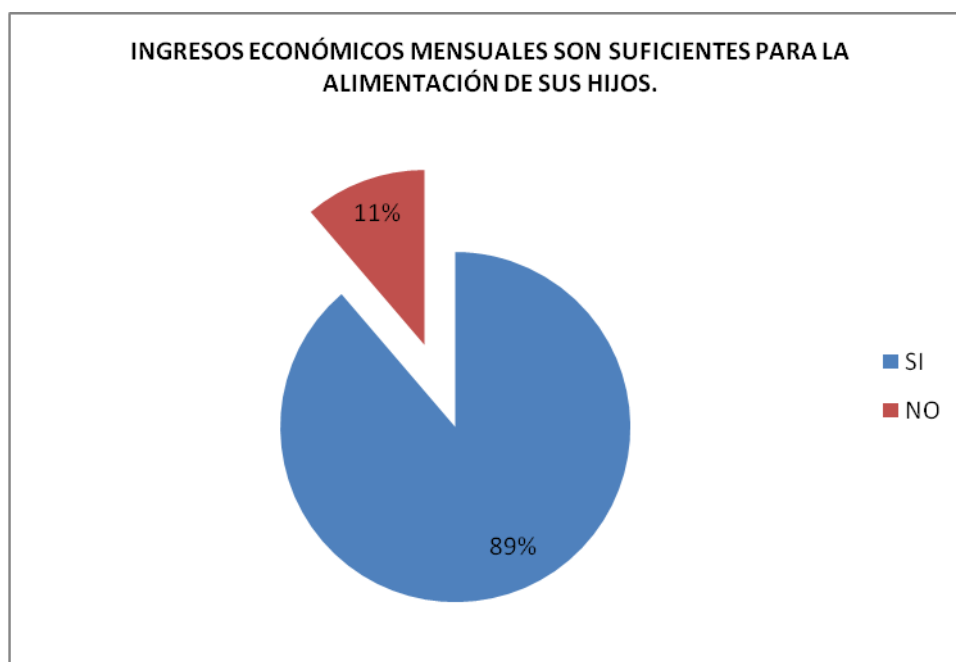
respondieron que sus ingresos económicos son de 300 a más dólares por que tienen un trabajo fijo.

TABLA Y GRÁFICO N*22

22.- Los ingresos económicos en su hogar son suficientes para dar una buena alimentación a sus hijos

INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES SON SUFICIENTES PARA LA ALIMENTACIÓN DE SUS HIJOS.	FRECUENCIA	%
SI	63	88.7%
NO	8	11.2%
TOTAL	71	100%

FUENTE: madres de niños menores de 5 años
RESPONSABLES: Cadena Lorena, Carapaz Marianela



El 88.7% de las madres encuestadas nos respondieron que el ingreso mensual de dinero a sus familias si es suficiente para dar una buena alimentación a sus hijos puesto que no todos los alimentos compran ya que algunos de estos son cultivaos en sus domicilios, el 11.2% respondieron que no es suficiente para darles una

buena alineación a ya que no solo gastan en alimentos si no también en educación y vestido.

4.2.- ANALISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS.

El estudio realizado con 70 madres de niños menores de 5 años mostro significativamente, que el 45% consideran que siempre han recibido charlas sobre enfermedades prevalentes en la infancia, mientras el 55% manifiestan que rara vez han recibido charlas sobre este tema.

Las madres que acuden al establecimiento de salud cuando sus niños no pueden beber o lactar fueron en un 5.6%, las madres que acuden cuando sus niños presentan deposiciones con sangre son el 12.7%, cuando presentan fiebre, diarrea, o vomito el 35.2% y el 46.5% cuando presentan cualquiera de la sintomatología descrita en la tabla.

De las madres encuestadas se determino que el 21.1% responden que una vez al año le da tos a su hijo, el 74.6% de 2-3 veces al año les da tos, el 1.4% le da tos de 4-5 veces en el año, y el 2.8% nunca les da tos.

En la pregunta ante la presencia de fiebre el tratamiento que les dan a los niños es bajar la temperatura por medios físicos mediante la aplicación de compresas frías o baño en 4.2%, mientras que el 11.2% respondieron que administran medicación casera, en un 60.5% administran medicación recetada por el médico.

De las madres encuestadas el 18.3% respondieron que cuando sus niños presentan fiebre, tos o resfriado acuden al hospital , en un porcentaje más alto 67.6% acuden al subcentro de salud por que les queda más cerca y es más fácil sacar turno , y en un porcentaje más bajo 14% acuden a médico particular.

El 57.7% de las madres encuestadas respondieron que de 1-2 veces al día hace caquita su niño, y el 42.2% de 2-3 veces al día hace caquita su niño, valores que se encuentran entre los rangos normales.

Se comprobó que el 97.1% de la población en estudio saben que la diarrea son deposiciones líquidas frecuentes y en un porcentaje más bajo el 2.8% respondieron que la diarrea es una deposición blanda.

El 94.3 % de las madres encuestadas respondieron que la deshidratación es pérdida de líquidos en el cuerpo, mientras que el 5% de las madres encuestadas no saben que es la deshidratación, tal vez por la falta de información.

En relación a los datos 97.1% respondieron que SI se pierde líquidos en el cuerpo a través de una diarrea, fiebre, sudor y vómito, mientras que en un 2.8% no saben cómo se pierde líquidos en el cuerpo, estos porcentajes indican que las madres si reciben información acerca del tema.

Las madres manifiestan que cuando sus niños presentan diarrea o deshidratación acuden al subcentro de salud, criterio que se manifiesta en un 66.6%, el 18.3% respondieron que les llevan a un hospital mientras que en un porcentaje más bajo 15.5% manifiestan que prefieren llevarles a un médico particular.

Las madres encuestadas respondieron que el SRO si ayuda a reponer líquidos perdidos en el cuerpo durante una diarrea, criterio que se manifiesta en un 100%, ya que el SRO es el principal tratamiento para la diarrea además de los otros medicamentos.

La totalidad de las madres encuestadas el 100% respondieron que el SRO si se prepara hirviendo 1 litro de agua, dejando que se enfríe, abrir el sobre del suero y disolverlo en el agua.

El 100% de la población en estudio respondieron que en el momento de la consulta SI explican al médico toda la sintomatología que su niño presenta, para que el médico le examine y de solución al problema.

En un 62 % de las madres encuestadas respondieron que durante la consulta SI entiende lo que el médico les explica y las indicaciones que les da, mientras que en un 38% respondieron no entender lo que el médico les indica.

El 76% responden que ante la presencia de cualquiera de los síntomas descritos en la tabla reconocen que su niño puede presentar fiebre, el 9.8 %, ante la presencia de escalofríos, el 8.4% caliente al momento de tocarlo y en un porcentaje más bajo el 5.6% respondieron que su niño puede presentar fiebre por estar decaído.

El sarampión se puede presentar con fiebre, granitos de color rojo, picazón, respuestas que se manifiestan en un 78%, mientras que el 9.8% respondieron el sarampión se manifiesta primeramente por granitos de color rojo, el 7% por picazón y en un porcentaje más bajo por la presencia de fiebre.

El sarampión es contagioso o pasoso, el 80.2%, respondieron que si, en un 16.9% respondieron que tal vez el sarampión sea pasoso, y en un porcentaje bajo el 2.8 % responden no saber si es o no contagioso.

Los controles médicos que se deben realizar a los niños deben ser mensuales el 60.5% respondieron que si es importante el control mensual, mientras que el 23.9 % responden que acuden al centro de salud cuando su niño está enfermo, el 8.4% cada año, y el 1.4% cuando está sano ya que muchas no tienen tiempo para llevarle al control médico.

La edad adecuada para empezar a incrementar alimentación complementaria es a partir de los 6 meses en un 45% manifiestan que si, el 36.6% respondieron a partir de los 7 meses y el 18 % respondieron a partir de los 8 meses a mas edad.

De las madres encuestadas el 78.8% respondieron que sus niños comen de 5 a mas veces al día, el 21% de 3-5 veces al día.

El 43.6% responden que los ingresos económicos mensuales son de 50 a 100 dólares, el 33.8% de 100 a 150 dólares, el 20% respondieron que sus ingresos económicos son de 200-250.

El 88.7% de las madres encuestadas nos respondieron que el ingreso mensual de dinero a sus familias si es suficiente para dar una buena alimentación a sus hijos puesto que no todos los alimentos compran ya que algunos de estos son cultivados en sus domicilios, el 11.2% respondieron que no es suficiente para darles una

buena alineación ya que no solo gastan en alimentos si no también en educación y vestido.

CAPITULO V

5 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1.- Recursos humanos

- * 2 investigadores de la escuela de enfermería de la Universidad Técnica del Norte.
- * Director de tesis
- * Madres de niños menores de 5 años que asisten al subcentro de salud de la parroquia Cristóbal Colon.

5.2.- Recursos materiales.

- * Bibliografía especializada
- * Útiles de oficina
- * Transporte
- * computadora
- * impresora
- * cámara fotográfica

5.3 .- Presupuesto.

RUBROS DE GASTOS	COSTOS
Material bibliográfico	\$170,00
Material de escritorio	\$150,00
Copias	\$70,00
Movilización	\$125,00
Transcripción e impresión de textos	\$850,00
Encuadernado	\$70,00
Imprevistos	\$200,00
TOTAL	\$1635,00

5.4.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, 2009-2010

Actividades	Enero 2010	Febrero 2010	Marzo 2010	Abril 2010	Mayo 2010	Junio 2010	Julio 2010	Agosto 2010	Septiembre 2010	Octubre 2010	Noviembre 2010	Diciembre 2010
Tema	X											
Planteamiento del problema	X											
Justificación y Objetivos		X										
Marco teórico			X									
Revisión bibliográfica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Corrección del anteproyecto				X								
Presentación de corrección del anteproyecto				X								
Entrega de anteproyecto					X							
Aprobación					X							
Ejecución del proyecto					X	X	X	X	X			
Revisión del primer borrador										X		
Presentación de tesis											X	
Defensa de tesis												X

CONCLUSIONES

En la presente investigación realizada con el tema conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia y su tratamiento que acuden al SCS Cristóbal Colón, los resultados obtenidos nos permiten llegar a las siguientes conclusiones:

- ❖ El equipo de salud del SCS de Cristóbal Colón en sus actividades diarias dan cumplimiento con la función educativa y de manera específica en el tema de enfermedades prevalentes en la infancia.
- ❖ Los resultados de este estudio nos permiten comprender que las madres de niños menores de 5 años si participaron y obtuvieron conocimientos sobre atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia, lo que facilitan el intercambio de experiencias.
- ❖ Según la investigación se comprobó que el 100% de la población en estudio si manifiestan interés en todo lo que se refiere enfermedades prevalentes en la infancia.
- ❖ Se determinó que las madres encuestadas tenían conocimientos previos en cuanto a enfermedades prevalentes en la infancia, lo que facilito el desarrollo del trabajo de investigación.
- ❖ Se comprobó que las madres ante la presencia de cualquiera de las enfermedades contempladas en AIEPI, llevan a sus niños a un centro de salud, en su mayoría.
- ❖ La elaboración e implementación de la guía de enfermedades prevalentes en la infancia "Cuidando la salud de tu hijo" constituirá un instrumento de trabajo diario en el SCS de Cristóbal Colón que permitirá fortalecer los conocimientos de las madres, en las diferentes enfermedades contempladas en AIEPI.

RECOMENDACIONES

El trabajo de investigación realizado, permite llegar a mencionar las siguientes recomendaciones:

- Los miembros del equipo de salud del SCS de Cristóbal Colón, utilicen la guía de enfermedades prevalentes en la infancia, “Cuidando la salud de tu hijo” como una herramienta de trabajo diario en la atención de salud de los niños menores de 5 años, como una manera de prevenir complicaciones futuras.
- Los equipos básicos de atención en el desarrollo de sus actividades diarias, deberán reforzar, educar a la familia y comunidad sobre aspectos fundamentales en los cuidados y como se debe actuar ante la presencia de una de las enfermedades contempladas en AIEPI, como componentes básicos que aporten al buen vivir.
- En cada unidad de salud se debe reforzar la implementación de charlas sobre enfermedades prevalentes en la infancia, su tratamiento e importancia de controles médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

1. Enfermería pediátrica cuarta edición, desarrollo y patología del niño, E.D. THOMPSON
- Manuales prácticos de enfermería pediátrica, Caridad Garijo, María Luisa Poch, Rosario Negrete, Raquel Ramírez.
- Criterios de diagnósticos y trastorno en pediatría, coordinador Doctor Luis E. Yoguer, hospital general de niños Doctor Pedro Elizalde.
- Tratado de enfermería infantil cuidados pediátricos María José Aguilar Cordero.
- Manual de Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, MSP.
- Mosby, diccionario de medicina. Editorial de océano, Barcelona España 2002.

LINCOGRAFÍA

- http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/mci/es/index.html
- <http://www.comunit.com/es/node/209230/37>
- <http://www.opsecu.org/bevestre/revistas/hnobia/AIEPI%20uso.pdf>
- http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=44420&id_seccion=2736&id_ejemplar=4504&id_revista=165
- http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/mci/es/index.html
- Manual de capacitación en AIEPI
- http://www.farmaceuticonline.com/cast/familia/tos_tractament_c.html
- <http://www.anlis.gov.ar/consulta/infecciosas/malaria/malaria.htm>
- <http://www.ops.org.sv/content/view/309/2/>
- http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Pediatria/index_aiapi.htm
- <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JBfL9DnBcpEJ:cursos.juanncorpas.edu.co/mod/resource/view.php%3Fid%3D3443+aiapi+n eumonia&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=ec>

ANEXOS

Subcentro de salud Cristóbal Colon



Personas que asisten al subcentro de salud de la parroquia
Cristóbal Colon





Socialización de la guía cuidando la salud de tu hijo





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTA CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

FECHA: 22-11-2010

HORA:08:00hs- 10:00hs

FECHA / HORA	CONTENIDO	TECNICAS DE ENSEÑANZA	AUXILIARES DE ENSEÑANZA	TIEMPO
22-11-2010 8:00hs-9:30hs	Saludo Inicial y Presentación	Exposición Oral		3 min.
	<p>Introducción:</p> <p>*La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez.</p> <p>*AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y</p>	Exposición Oral	Proyección de diapositivas Papelógrafos	7 min.

	<p>niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres.</p> <p>*Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.</p>			
	<p>Objetivos:</p> <p>General:</p> <p>*Socializar e implementar la guía de enfermedades prevalentes en la infancia “cuidando la salud de tu hijo” como un documento valioso del SCS de Cristóbal Colón en el cuidado de niños menores de 5 años para controlar, disminuir y prevenir la morbimortalidad en la infancia.</p> <p>Específicos</p> <p>*Educar y concienciar a las madres de niños menores de 5 años que acude al SCS de Cristóbal Colón, para prevenir problemas y consecuencias producidos por falta de conocimiento acerca de las enfermedades contempladas en AIEPI.</p> <p>*Aportar al SCS de Cristóbal Colón con un documento informativo y de consulta diaria para las madres de niños menores de 5 años que ayudara a fomentar y fortalecer los conocimientos sobre estas enfermedades.</p>	Exposición Oral	Proyección de diapositivas	3 min.
	<p>Diagnóstico Inicial:</p> <p>¿Qué es para usted una diarrea, deshidratación?</p> <p>¿Sabe cuáles son los síntomas que se presentan en una</p>			

	<p>deshidratación? ¿Qué entiende por desnutrición? ¿Conoce usted cuales son las principales complicaciones que se producen por una mala alimentación? ¿Qué tratamiento les da a sus hijos cuando presentan tos o fiebre? ¿A dónde acude cuando sus hijos están enfermos?</p>	Lluvia de ideas	Papelógrafo	10 min.
	<p>Marco Teórico:</p> <p>DIARREA Definición ¿Cómo se adquiere? Síntomas de la diarrea ¿Cómo prevenir la diarrea?</p> <p>DESHIDRATACIÓN. Definición Síntomas Tratamiento Preparación Del Suero Oral SRO Preparación del suero oral casero</p> <p>TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR Definición Síntomas Prevención</p> <p>FIEBRE Definición ¿Qué se considera fiebre? Síntomas Tratamiento</p> <p>SARAMPION Definición Síntomas ¿Cómo se transmite? Tratamiento ¿Cómo se previene el Sarampión? Prevención</p> <p>DESNUTRICIÓN Definición Prevención ¿Qué hacer en caso de desnutrición? Complicaciones Tratamiento</p>	Exposición oral	Cartel educativo y diapositivas	30 min.

	<p>Conclusiones *La orientación oportuna a madres de niños menores de 5 años sobre los cuidados de enfermedades contempladas en AIEPI , mediante la utilización de la Guía “Cuidando la salud de tu hijo” proporcionará los conocimientos básicos a ser aplicados en la vida diaria.</p> <p>Recomendaciones *El personal de salud deberá trabajar con las madres de niños menores de 5 años, indicándoles la importancia de los controles médicos mensuales, alimentación, cuidados, entre otros, para de esta manera ayudar al buen desarrollo y crecimiento del niño.</p>	Expresión Oral	Cartel y diapositiva	2 min.
	<p>Diagnóstico Final ¿Qué es para usted una diarrea, deshidratación? ¿Sabe cuáles son los síntomas que se presentan en una deshidratación? ¿Qué entiende por desnutrición? ¿Conoce usted cuales son las principales complicaciones que se producen por una mala alimentación? ¿Qué tratamiento les da a sus hijos cuando presentan tos o fiebre? ¿A dónde acude cuando sus hijos están enfermos?</p>	Cuestionario	Papelógrafo	15 min.
	<p>Retroalimentación Entrega de la Guía de enfermedades prevalentes en la infancia “Cuidando la salud de tu hijo” dirigida a madres de niños menores de 5 años que acuden al SCS Cristóbal Colon.</p>	Proyección de la Guía	Diapositivas	15min.
	<p>Clausura y Agradecimiento</p>	Expresión Oral		3 min.