

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



Prevalencia de Infecciones Respiratorias de Vías Aéreas Superiores
en Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo
año 2015- 2016

Trabajo de fin de Grado

Evelin Mireya Lobitzberger Solalinde

Coronel Oviedo - Paraguay

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Prevalencia de Infecciones Respiratorias de Vías Aéreas Superiores
en Urgencias Pediátricos del Hospital Regional de Coronel Oviedo
año 2015- 2016

Evelin Mireya Lobitzberger Solalinde

TUTOR: Dr. Aníbal Kawabata

TUTOR ESPECIALISTA: Dra. Ruperta Invernizzi

**Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de
la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado
de Médico-Cirujano.**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Prevalencia de Infecciones Respiratorias de Vías Aéreas Superiores en Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo año 2015-2016

Evelin Mireya Lobitzberger Solalinde

**Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado de
Médico Cirujano
Coronel Oviedo - Paraguay**

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

Todos mis logros te los debo a ti, JESUS sin tu infinito amor, tu palabra alentadora y tu infinita misericordia. Esta lucha no hubiera llegado a buen puerto. Hoy este logro se lo dedico a él mi amor eterno y mi mejor amigo JESUS.

Dedicado a mis padres mis pilares de valores y persistencia. Este logro es para ustedes y por ustedes, porque cuando muchos decían que tenía altas aspiraciones, y no consideraba sus posibilidades económicas, ustedes confiaron en mí y me dijeron que me aferrara a mis sueños.

A mi eterno compañero de lucha amigo, novio y a la fecha mi marido. Sin tu mano sosteniendo la mía, esto hubiera sido inalcanzable e inverosímil.

A mi motor, mi ancla, mi puerto fijo, mi timón; hija desde que viniste a llenar mi vida, duplicaste mis fuerzas, cuadruplicaste mis ganas de salir adelante. Desde que te vi sabía que todo sería más fácil y valdría doblemente la pena.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

Agradezco grandemente, al Dios todopoderoso que me permitió tener los medios y la capacidad de llegar a esta etapa, pues sin su providencia nada de esto sería posible.

Agradezco infinitamente a mis Padres, Carlos Lobitzberger y Regina Solalinde, que dentro de sus posibilidades siempre me apoyaron y alentaron a seguir adelante.

Agradezco en sobremanera a mi Marido, Guillermo Bareiro por esas noches de desvelo a mi lado en las largas horas de estudio, por su comprensión y paciencia en esos días estresantes de exámenes finales, por nunca faltarme su mano de apoyo y sus brazos para sostenerme en momentos de dudas.

Agradezco a mi Hija, Mireya Violetta Bareiro Lobitzberger, por ser mi ancla y mi norte, por hacerme más humana y sensible. Gracias a ella hoy me siento mejor persona y me siento capaz de ser una buena profesional.

A mi Suegra, Nidia Vega Duarte, por brindarme su tiempo y sus conocimientos para que este trabajo de fin de grado llegue a buen puerto.

A mi mano derecha, a quien le debo el ahorro de horas y tiempo brindado para que este sueño de ser Médico Cirujano hoy se haga realidad, María Felicia Gamarra, sin tu apoyo nada de esto sería posible. Dios te recompense.

Agradezco a la Facultad de ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú por brindarme la oportunidad de estudiar tan noble carrera, porque gracias a esta noble institución, a todos sus funcionarios y docentes hoy pude llegar a la meta.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Agradezco especialmente a Matías Humberto Ortiz Sandoval y Oscar Gabriel Portillo Rolón por haber colaborado arduamente en la recolección de datos de este trabajo.

A todos aquellos que indistintamente me apoyaron en estos largos años de carrera. Muchas gracias.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades agudas del aparato respiratorio se presentan en su inmensa mayoría como infecciones, por lo cual su diagnóstico suele ser generalmente clínico, es importante identificar los signos y síntomas para así poder llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Objetivos: Determinar la prevalencia de infecciones respiratorias de vías aéreas superiores en pacientes de urgencias pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo año 2015- 2016.

Metodología: Estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, con muestreo probabilístico, aleatorio simple. Pacientes que acuden al servicio de urgencias pediátricas de entre 0 a 18 años del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Material y Método: La información recaudada de las hojas de RAC se registró en una base de datos confeccionada mediante la planilla electrónica de Microsoft Excel 2010 y fue analizada con el paquete estadístico EPIDAT.

Resultados: Se incluyó 368 pacientes pediátricos ambulatorios: 211 niños y 157 niñas. Con una prevalencia del 98%. La procedencia fue en un 65% del área urbana de Coronel Oviedo y 35% corresponde al área rural. Hubo predominio hacia el sexo masculino en un 57%. El diagnóstico más frecuente fue el de resfriado en un 37% de los casos que constituyen 137 pacientes, faringoamigdalitis 28%, faringitis 26%. El síntoma más frecuente es fiebre en un 40% de los casos, dolor 24%, tos 20%. Los signos clínicos distribuidos de acuerdo a frecuencia fueron; fiebre 41%, eritema faríngeo 27%, placas amigdalinas 23%.

Conclusión: La prevalencia de infecciones de vías aéreas, como causa principal de morbilidad y consultas ambulatorias, y la prevalencia de cada uno



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

de los diagnósticos clínicos que componen las infecciones respiratorias agudas de vías aéreas superiores, presenta bastante similitud con la bibliografía mundial estudiada.

Palabras clave: Infección respiratoria aguda, vías aéreas superiores.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ABSTRACT

Introduction: Acute diseases of the respiratory system are presented in their vast majority as infections, so their diagnosis is usually clinical, it is important to identify the signs and symptoms in order to reach a diagnosis and timely treatment.

Objectives: To determine the prevalence of respiratory infections of upper airways in pediatric emergency patients of the Hospital Regional de Coronel Oviedo 2015-2016.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study, with simple random, probabilistic sampling. Patients who come to the pediatric emergency service from 0 to 18 years of the Regional Hospital of Coronel Oviedo.

Material and Method: The information collected from the RAC sheets was recorded in a database made using the Microsoft Excel 2010 electronic spreadsheet and analyzed with the EPIDAT statistical package.

Results: 368 ambulatory pediatric patients were included: 211 children and 157 girls. With a prevalence of 98%. The origin was 65% of the urban area of Coronel Oviedo and 35% corresponds to the rural area. There was predominance towards the male sex in 57%. The most frequent diagnosis was the cold in 37% of the cases that constitute 137 patients, pharyngoamigdalitis 28%, pharyngitis 26%. The most frequent symptom is fever in 40% of cases, pain 24%, cough 20%. The clinical signs distributed according to frequency were; fever 41%, pharyngeal erythema 27%, tonsillar plaques 23%.

Conclusion: The prevalence of airway infections, as the main cause of morbidity and outpatient consultations, and the prevalence of each of the clinical diagnoses that make up upper respiratory respiratory infections, is quite similar to the world literature studied.

Key words: Acute respiratory infection, upper airways.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

INDICE

RESUMEN	xi
ABSTRACT	xiii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
4. JUSTIFICACIÓN	5
5. OBJETIVOS.....	7
5.1 Objetivo general	7
5.2 Objetivos específicos	7
6. MARCO TEÓRICO	8
6.5. Factores de Riesgo.	17
6.6. Fisiopatología de las Vías Aéreas Superiores.....	29
6.7. Manifestaciones Clínicas.....	30
6.8. Patogenia	30
6.9. Prevalencia.....	31
6.10 Prevención.	31
6.11 El tratamiento en el hogar.	32
7. MARCO METODOLÓGICO	35
7.1 Tipo de estudio, diseño general y muestreo.....	35
7.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.	35
Criterios de inclusión y exclusión.	¡Error! Marcador no definido.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.3. Variables de estudio	37
7.4. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos:	39
8. RESULTADOS.....	40
11.DISCUSION	¡Error! Marcador no definido.
12.CONCLUSIÓN	49
13. RECOMENDACIONES	50
14. BIBLIOGRAFÍA	51
7. MARCO METODOLÓGICO	¡Error! Marcador no definido.
Tipo de estudio, diseño general y muestreo....	¡Error! Marcador no definido.
7.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.	¡Error! Marcador no definido.
Criterios de inclusión y exclusión.	¡Error! Marcador no definido.
7.3. Variables de estudio	¡Error! Marcador no definido.
7.4. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos:	¡Error! Marcador no definido.
9. CONSIDERACIONES ETICAS	¡Error! Marcador no definido.
10. PLAN DE ANALISIS.....	¡Error! Marcador no definido.
DISCUSION	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIÓN	¡Error! Marcador no definido.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades agudas del aparato respiratorio se presentan en su inmensa mayoría como infecciones, por lo cual en la actualidad se prefiere referirse a ellas como Infecciones Respiratorias Agudas, estas a su vez se diferencian en Infecciones Respiratorias Agudas de vías aéreas superiores (IVAS), e Infecciones Respiratorias Agudas de vías aéreas inferiores (IVAI)²⁰.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes que afectan cualquier punto de las vías respiratorias y se describen las entidades nosológicas de acuerdo con el lugar donde predominan los síntomas. El aparato respiratorio está expuesto en cada respiración a múltiples agentes invasores; sin embargo, gracias a los mecanismos de defensa local de que dispone, sale en contadas ocasiones es asiento de infección²¹.

En el niño los factores anatómicos, unidos a la inmadurez o fallas en los mecanismos de defensa, propician la infección. De este modo, las infecciones respiratorias agudas se han transformado en uno de los principales problemas de salud que los países deberán enfrentar con el compromiso de reducir la mortalidad infantil. La implementación de medidas relativamente simples, de prevención o de tratamiento, deben contribuir a este propósito²².

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de consultas médicas y de morbilidad tanto en países desarrollados como en los países de vías de desarrollos, la presencia de esta en menores de 5 años es independiente de las condiciones de vida y grado de desarrollo, la diferencia no radican en el número de episodios sino en su gravedad²².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En un estudio sobre infecciones respiratorias agudas que incluyó a todos los pacientes menores de 5 años los pacientes menores de 5 años que fueron atendidos en el centro de salud de Jadán, Azuay - Ecuador con un total de ochocientos ocho pacientes (N= 808), que fueron diagnosticados de Infección Respiratoria Aguda (IRA) durante el año 2014, se describieron las características demográficas de los pacientes y se identificó la prevalencia de IRA. Obteniendo los siguientes resultados en el estudio; Las IRA fueron la principal causa de morbilidad con una prevalencia del 59.9% en la población estudiada, el grupo etario más afectado fue el de menores a 1 año constituyendo el 33.8% de los casos y el sexo masculino fue el más afectado con el 52.1%. El principal tipo IRA fue la Rinofaringitis Aguda que alcanzó el 68.2% de los casos seguida por la Neumonía con un 14.9%²⁰.

Otro estudio realizado en niños menores de 10 años que llegan a la emergencia del hospital Federico bolaños Moreira Ecuador y sus factores de riesgo Clínico Epidemiológicos 2014-2015. Presentado por María Angelica Collantes Mendoza, los resultados obtenidos fueron los siguientes; la mayor incidencia el 50% de 1 a 4 años, seguido de 40% menores de 1 año y tan solo el 10% de 5 a 9 años. Se logró determinar que La principal causa de consulta por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 10 años de edad es la Rinofaringitis aguda en el 34% de los casos²¹

En un estudio realizado sobre Perfil Clínico y Epidemiológico de las Infecciones Respiratorias en menores de 5 años internados en el Hospital Regional de Coronel Oviedo. Enero 2012 a diciembre 2013. Por alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, Jessica María Angélica Vargas Velázquez, Jorge Sebastián Escobar-Salinas, arrojó los siguientes resultados; con una muestra de 150 historias clínicas de niños menores de 5 años, 60% de ellos fueron varones y 55,3% provenían de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

la zona urbana. Los síntomas más frecuentes fueron tos (75%) y fiebre (70%). El diagnóstico más frecuente fue neumonía en el 33% de los casos y en el 56% de los casos la condición al alta fue tratamiento ambulatorio²².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en el servicio de pediatría. Se presentan durante todo el año e incrementan significativamente en los meses de invierno, teniendo alta morbilidad pero baja mortalidad. Es una de las principales causas de ausentismo escolar y de hospitalizaciones, y consecuentemente representa pérdidas económicas significativas. Estas enfermedades, conjuntamente con las afecciones diarreicas agudas y la malnutrición, son una de las principales causas de muerte en niños en los países en vías de desarrollo¹.

Su diagnóstico suele ser generalmente clínico, por lo cual es importante identificar los signos y síntomas para así poder llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno².

El desarrollo industrial a nivel mundial ha aumentado notablemente, la expulsión de los desechos a la atmosfera que se convierten luego en irritantes respiratorios y factores de riesgo en la aparición de enfermedades respiratorias. Todo Esto, junto a los daños que durante siglos el ser humano le ha ocasionado a la naturaleza, condiciona a que el aire que respiramos esté más contaminado, y que la tasa de impurezas que se lleva a los pulmones sea mayor, además se suma a esto la exposición al humo de tabaco y los antecedentes de padres fumadores. Cada año 1.9 millones de niños menores de 5 años mueren por una afecciones respiratorias agudas y según la OMS el *Streptococcus pneumoniae* es el responsable de más de 1 millón de casos en países en desarrollo. La morbilidad registrada de acuerdo al número de consultas médicas por IRA señala un promedio anual de 4.000.000 de atenciones, que constituyen entre el 25 y el 30 % de las consultas ambulatorias y alrededor del 30 % de las hospitalizaciones³.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

4. JUSTIFICACIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un problema de salud, es una de las primeras causas de internación en meses de invierno los distintos datos epidemiológicos nacionales señalan su elevada morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años, aumentando las consultas médicas en estos meses³.

Las manifestaciones de las infecciones respiratorias agudas (IRA) es similar tanto en los países desarrollados como subdesarrollados, en las comunidades carenciadas de recursos y en las más privilegiadas, pero las complicaciones y mortalidad son mayores en las de escasos recursos. Sin embargo, constituyen la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en los países desarrollados, y en Cuba se ubica entre las 10 primeras causas de muerte³.

Estudios realizados por la OPS señalan como factores de riesgo de mortalidad en niños menores de 5 años el bajo peso al nacer, la desnutrición y la falta de inmunización. Otros factores a tener en cuenta son: la contaminación atmosférica, la baja cobertura de atención médica y la insuficiente disponibilidad de antimicrobianos⁴.

La mortalidad por influenza y neumonía en Cuba pertenecen a las primeras cinco causas de muerte en niños menores de 5 años, y la sexta causa en la población general. La morbilidad registrada de acuerdo al número de consultas por IRA muestra un promedio anual de 4 000 000 de atenciones médicas, por lo que constituye entre el 25 y el 30 % de las consultas ambulatorias, y alrededor del 30 % de las hospitalizaciones. La mayoría de las IRA son autolimitadas y sin muchas complicaciones. Por esta razón una gran proporción de los afectados no busca asistencia en los servicios de salud⁴.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La experiencia internacional reveló que buenas medidas de promoción de salud, juntamente con medidas específicas de atención médica y prevención, pueden ayudar en la reducción de la morbilidad y sus complicaciones, así como en la reducción de la mortalidad y la disminución de costos debido al uso indiscriminado de antibióticos y otros medicamentos⁵.

Este estudio es de relevancia pues permitió identificar la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, la franja etaria más afectada.

Estos resultados son de valor para las autoridades del Hospital ya que les permite prever la cantidad de insumos que precisan en el año para paliar estas enfermedades.

Este estudio sirve para profundizar los conocimientos de los futuros profesionales médicos acerca de la enfermedad en cuestión, con ello se podría brindar una información más adecuada, de las formas más precisas de prevención y así disminuir progresivamente la concurrencia de niños con esta patología en los centros públicos de atención.

Además es sabido que desde el punto de vista práctico, el desarrollo de una actitud responsable de los padres acudiendo a centros asistenciales desde el inicio de la enfermedad ayuda a combatirla, en esto radica justamente la relevancia social del estudio de este tema. Y no se descarta la posibilidad que metodológicamente puede servir para iniciar otras investigaciones.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

5.1.1 Determinar la prevalencia de infecciones respiratorias de vías aéreas superiores en pacientes de urgencias pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo año 2015- 2016

5.2 Objetivos específicos

5.2.1 Identificar las características demográficas en los pacientes con Infecciones respiratorias de vías aéreas superiores.

5.2.2 Describir características clínicas de infecciones respiratorias de vías aéreas superiores en los pacientes de urgencias pediátricas.

5.2.3 Determinar la frecuencia de los diagnósticos finales, de infecciones respiratorias de vías aéreas superiores en pacientes de urgencias pediátricas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Epidemiología de las Infecciones de Vías Aéreas superiores.

Las infecciones de las vías respiratorias superiores son frecuentes en la práctica diaria y lo fundamental debería ser diferenciar casos virales de casos bacterianos para establecer un tratamiento satisfactorio. En la práctica esto es difícil ya que no se realizan exámenes de laboratorio a todos los pacientes. El uso frecuente de antibióticos y la fácil diseminación de agentes bacterianos que causan las infecciones de las vías respiratorias superiores predisponen a la resistencia antimicrobiana⁶.

De todas las infecciones respiratorias agudas las de etiología viral representan aproximadamente el 75% de los casos, y el virus sincitial respiratorio y el virus de la gripe son los principales agentes causales. Otros agentes son los virus de la influenza tipos A y B, parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein-Barr, enterovirus y herpes simple⁷.

Así también, la infección respiratoria aguda de etiología bacteriana es causada principalmente por el estreptococo pyogenes (s. pyogenes), seguido por h. influenzae, s. aureus y m. catarrhalis, y los pacientes presentan un exudado blanquecino o purulento, localizado en las criptas y la superficie de las amígdalas⁷.

Un aspecto importante para establecer si la infección respiratoria aguda es viral o bacteriana es la edad de los pacientes. En niños menores de 3 años, la infección a menudo es de etiología viral; las causas bacterianas son más frecuentes en el grupo de 5-17 años de edad⁸.

Las infecciones de las vías respiratorias continúan siendo la razón más frecuente para las visitas de atención médica y las hospitalizaciones y son una



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en niños menores de 5 años. Según un informe de la Organización Mundial de la salud, hubo 6,6 millones muertes en 2012 en niños menores de 5 años de edad en todo el mundo⁹.

La mayor mortalidad se produjo en los países en vías de desarrollo, donde un 15% de las muertes se debieron a infecciones agudas de las vías respiratorias. México informo más de 26 millones de infecciones agudas de las vías respiratorias en 2013¹⁰.

Dentro de este conjunto de patologías aquellas que conforman la Infección Respiratoria Aguda (IRA) son las de mayor prevalencia, constituyéndose como el principal motivo de consulta ambulatoria en pediatría aproximadamente 30 al 50%¹⁶.

6.2. Definición

La infección de las vías respiratorias superiores es un término no específico usado para describir las infecciones agudas que implican la nariz, los senos paranasales, la faringe, la laringe, la tráquea. Los diferentes diagnósticos entre ellos la enfermedad conocida como el resfriado común, además de faringitis, sinusitis entre otros. La influenza es una enfermedad sistémica que involucra también el tracto respiratorio superior y debe estudiarse entre las infecciones de vías aéreas superiores¹¹.

6.3. Morbilidad y Mortalidad

La PAHO (Pan American Health Organization) en el año 2012 indica que en Ecuador, la mortalidad en menores de 5 años se presenta en un número de 14.9 por cada 1000 nacidos vivos, la mayoría de estas muertes ocurren en el periodo neonatal, sin embargo la mayor causa de muerte entre 1 y 5 años



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

corresponde a infecciones respiratorias con un 16.4%, con una leve predisposición por el sexo masculino¹².

6.4. Diagnóstico

El diagnóstico de estas patologías es predominantemente clínico, son muchas patologías que encajan en este diagnóstico, sin embargo las de mayor frecuencia son la Otitis Media Aguda, Rinofaringitis Aguda, Amigdalitis Aguda, Laringotraqueitis Aguda¹³.

Otro grupo menos prevalente son: la sinusitis, faringitis y laringitis. Cada una de estas patologías se presenta con sus respectivos cuadros clínicos, etiología y tratamiento, así como evolución y complicaciones¹⁴.

Resfrió común (Rinofaringitis aguda)

El resfrió común, también conocido como rinofaringitis aguda, es la infección más frecuente en los niños y se caracteriza principalmente por rinorrea, obstrucción nasal y estornudos.

Etiología

Es predominantemente viral, encontrándose ocasionalmente agentes bacterianos, en forma secundaria, en casos de complicación.

Los agentes más importantes son el rinovirus, con más de 100 serotipos distintos, el coronavirus y el VSR.

Los niños presentan en promedio 5 a 8 infecciones al año, con una incidencia máxima en el menor de dos años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Esta frecuencia se mantiene relativamente alta a lo largo de la vida, aunque con cuadros más leves, con un promedio de 2 a 4 resfríos al año en el adulto.

El período de incubación es corto, pudiendo ser incluso de pocas horas, y el cuadro dura generalmente de 3 a 7 días.

La transmisión viral se produce por vía aérea desde un enfermo o portador a un individuo susceptible.

La infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y rinofaríngea, donde se produce un fenómeno de inflamación local, con edema y vasodilatación en la submucosa, seguido de una infiltración de mononucleares y posteriormente de polimorfonucleares. Finalmente se produce descamación del epitelio afectado.

Complicaciones

Las complicaciones se producen por sobre infección bacteriana o desencadenamiento de fenómenos alérgicos. La más frecuente es la otitis media aguda favorecida por una trompa de Eustaquio más corta y más ancha en el lactante lo que facilita la contaminación del oído medio. Otra complicación es la adenoiditis en el lactante, favorecida por un anillo de Waldeyer hiperplásico.

En el escolar, la complicación más frecuente es la sinusitis. El mal uso de los antibióticos suprime la flora bacteriana normal lo que permite la sobre infección con agentes patógenos¹⁹.

Considerando la evolución normal del resfrío común, se debe poner atención a la persistencia o reaparición de fiebre más allá del cuarto día, prolongación más allá de 7 días de la etapa purulenta de la rinorrea y falta de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

tendencia a la mejoría a partir del quinto día de evolución, hechos que puede indicar sobre infección del cuadro.

Tratamiento

Es principalmente sintomático, con reposo relativo dependiendo de la edad, una adecuada hidratación y uso de antipiréticos en caso de fiebre.

El uso de antihistamínicos y vasoconstrictores es discutido. Aunque pueden aliviar en forma transitoria los síntomas, pueden producir efectos adversos como rebote en el caso de los descongestivos, lo que es especialmente peligroso en los lactantes menores. El uso profiláctico de antibióticos está completamente contraindicado.

Faringoamigdalitis

La faringoamigdalitis (FA) corresponde a una infección o inflamación de la faringe y las amígdalas.

Etiología

Las causas infecciosas se distinguen las bacterianas y las virales. En los menores de tres años es mucho más frecuente la etiología viral, mientras que en los mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana, hasta alcanzar ambas etiologías una frecuencia similar en el adulto. Las causas virales habitualmente se encuentran en el contexto de un cuadro clínico más generalizado: rinovirus (resfrío común), adenovirus (faringitis, fiebre), virus Epstein-Barr (mononucleosis infecciosa), virus herpes (gingivo-estomatitis), virus Influenza (gripe o influenza), coronavirus (resfrío común), citomegalovirus (síndrome mononucleósico), enterovirus (herpangina). Dentro de las causas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

bacterianas se encuentran el estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHA), estreptococo beta hemolítico grupo C, Mycoplasma y otros estreptococos.

La más importante corresponde al EBHA por su mayor frecuencia y potenciales complicaciones graves¹⁸.

Complicaciones

Las complicaciones de la FA por EBHA se pueden dividir en:

- Supuradas: linfadenitis cervical, absceso periamigdaliano, absceso retrofaríngeo, otitis media aguda y sinusitis.
- No supuradas: enfermedad reumática, glomerulonefritis aguda.

Tratamiento

Debe estar orientado al alivio sintomático y erradicación del EBHA.

- Sintomático: hidratación, antipiréticos, analgésicos.
- Erradicación: existen distintas alternativas. Se debe recordar, sin embargo, que el tratamiento de elección continúa siendo la penicilina.

Otitis media aguda

La otitis media aguda (OMA) se presenta con mayor frecuencia a edades tempranas, especialmente en el menor de 2 años, con una muy baja incidencia en el mayor de 7 años¹⁹.

Esta distribución etaria se explicaría por las diferencias anatómicas de la trompa de Eustaquio (TE) a distintas edades, cuya función consiste en igualar las presiones entre la faringe y el oído medio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Frente a una Infección Respiratoria Aguda alta se produce congestión y edema de la mucosa respiratoria incluyendo la Trompa de Eustaquio, lo que dificulta la ventilación y el drenaje adecuados.

Se acumula líquido en el oído medio permitiendo la proliferación de agentes infecciosos y desencadenando la OMA.

Los niños menores de 3 años poseen una Trompa de Eustaquio más corta, más ancha y más horizontal lo que favorece este mecanismo de disfunción.

Etiología

Se estima que un tercio de las OMA son de origen viral y el resto, de origen bacteriano, diferenciables sólo por timpanocentesis.

Dentro de la etiología bacteriana predominan el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y, menos frecuentemente, la *Moraxella catarrhalis*.

Manifestaciones Clínicas

Se observa, en los lactantes: irritabilidad, rechazo alimentario, fiebre, llanto persistente y a veces vómitos¹⁸.

Los niños mayores pueden comunicar otalgia. Frecuentemente existe el antecedente de IRA alta, previa¹⁸.

La otoscopia revela un conducto auditivo externo normal o congestivo, con o sin descarga.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El tímpano que, en condiciones normales se aprecia rosado y refractante, se observa abombado, eritematoso, opaco y poco translúcido²¹.

La otoscopia neumática confirma el diagnóstico al observar disminuida o ausente la movilidad normal de la membrana timpánica al insuflar aire a presión.

Tratamiento

Existe controversia con respecto al tratamiento, debido a que no se ha logrado determinar de manera fehaciente de la real utilidad de los antibióticos.

Parece razonable, sin embargo, mantener la indicación medicamentosa frente a la OMA mientras no existan más estudios que incluyan grupos controles sin tratamiento y que permitan establecer qué niños se agravarán si no reciben tratamiento¹⁸.

Como antibiótico de primera línea se recomienda la amoxicilina 50 mg/kg/día divididas en tres dosis por 10 días, y eventualmente en dosis de 60 a 80 mg/kg/día en aquellos lugares con cepas de neumococos resistentes¹⁹.

En niños con alergia a la penicilina se recomienda, dentro de la primera línea, preparados de trimetoprim sulfametoxazol, sin olvidar que pueden desencadenar fenómenos alérgicos, poco frecuentes, pero potencialmente graves.

En algunas ocasiones se requerirá ampliar el espectro antibiótico contra bacterias productoras de beta-lactamasa. Generalmente esta conducta se plantea frente a niños de aspecto muy enfermo, niños menores de dos meses, inmunodeprimidos o en riesgo de adquirir un neumococo resistente¹⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Dentro de la segunda línea antibiótica se encuentra la asociación amoxicilina-ácido clavulánico, eritromicina-sulfa y cefalosporinas de segunda generación.

La mayoría de los niños presentan mejoría clínica dentro de 48 horas, con disminución de la fiebre y mejoría de los otros síntomas. De lo contrario, se deben reexaminar y plantear eventualmente un cambio de antibiótico¹⁹.

Los lactantes menores de dos meses requerirán una cobertura antibiótica más amplia por la posibilidad de infecciones y complicaciones más graves, necesitando a veces incluso hospitalización y uso de antibióticos intravenosos¹⁸.

Sinusitis

Se estima que un 5% a 10% de todos los niños con IRA alta tienen sinusitis contemporáneamente.

Una buena aproximación clínica asociada a un alto grado de sospecha es generalmente suficiente para hacer el diagnóstico de sinusitis en la edad pediátrica, pudiendo prescindirse del uso excesivo de radiografías y otros exámenes de laboratorio²².

Dentro de los factores predisponentes para el desarrollo de esta patología se encuentran las IRA virales, la rinitis alérgica estacional o perenne y los cuerpos extraños intranasales (menos frecuente).

Etiología

Bacteriana más frecuente corresponde a *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *Haemophilus influenzae*. Se debiera sospechar sinusitis aguda frente a síntomas persistentes o severos en una IRA alta.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Persistentes: Síntomas de IRA alta más allá de 10 días sin mejoría, con congestión o descarga nasal, tos diurna y nocturna.
- Menos frecuente: halitosis, cefalea o dolor facial.
- Severos: Fiebre (permanentemente $>39^{\circ}$) con descarga nasal purulenta.

Examen Físico

Se pueden realizar hallazgos poco específicos como: mucosa nasal eritematosa (IRA viral), violácea (rinitis alérgica), descarga mucopurulenta en el meato medio, edema peri orbitario, sensibilidad sinusal, descarga faríngea posterior, eritema faríngeo, OMA, olor fétido de la respiración. Con respecto al estudio radiológico, en lactantes, especialmente en los menores de 1 año, éste carece de especificidad, por ende, de valor clínico por encontrarse muchas veces alterado aún en ausencia de sinusitis. En los mayores de 1 año, los criterios que habitualmente se aceptan para apoyar el diagnóstico corresponden a opacificación completa, engrosamiento de mucosa mayor a 3 mm o presencia de nivel hidroaéreo. Por esta razón, el estudio radiológico debería reservarse para casos específicos como presentación clínica atípicas, grave, refractariedad a tratamiento y otros.

6.5. Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo para las Infecciones de vías respiratorias superiores, son prácticamente los mismos para todas las patologías que lo componen, entre los cuales están la variación climática en la cual se ha documentado que existe mayor aparición epidémica en las épocas de gran humedad ambiental o frío extremo, hacinamiento, desnutrición, contaminación del medio ambiente, uso inadecuado de antibióticos y automedicación, factores intrínsecos del huésped, además de aparentemente existir una mayor



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

prevalencia por el sexo masculino y con rango de edades de mayor afección se encuentran los niños y pacientes adultos mayores¹⁵.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.6 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Antecedentes 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 niñez²³.

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 complicaciones²³.

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 saludables²³.

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 25 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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

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 comunidad²³.

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 lugar²³.

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 infantil²³.

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 vida²³.

Objetivos y metas AIEPI

Tiene tres objetivos, de los cuales al trabajo solo competen los dos últimos. Debido a que es poco probable la muerte por infecciones de vías aéreas superiores, no así las IRA de vías aéreas inferiores que pueden llegar a causar estragos en la salud de los pacientes pediátricos e incluso causar la muerte, pero eso no compete al trabajo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

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 niñas²³.

En la Región de las Américas, OPS ha propuesto una meta específica para la implementación y fortalecimiento de la estrategia AIEPI, que fue lanzada en 1999 como la iniciativa Niños Sanos: la Meta de 2002, que propone reducir en 100.000 el número de muertes de menores de cinco años del continente americano durante el período 1999-2002¹².

Componentes La implementación de la estrategia AIEPI

Tiene tres componentes:

1. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).
2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).
3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario)²³.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Para mejorar el desempeño del personal de salud AIEPI brinda un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- 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 AIEPI²³.
- 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.

Para mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, AIEPI también dispone de un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- 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 AIEPI²³.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres respecto del cuidado y atención de los menores de cinco años, AIEPI dispone de distintos instrumentos prácticos, entre los que pueden mencionarse:

- 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 o Contenidos

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 atención²³.

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

- Signos inespecíficos de enfermedades graves.
- Tos o dificultad para respirar.
- Diarrea: o Deshidratación. o Diarrea persistente. o Disentería.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Fiebre: o Malaria. o Sarampión.
- Desnutrición y anemia.
- Estado de vacunación.
- Signos inespecíficos de enfermedad grave.
- Diarrea: o Deshidratación. o Diarrea persistente. o Disentería.
- Problemas de alimentación o bajo peso.
- Estado de vacunación.

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.

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 edad².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

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 americano¹².

Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

Las informaciones disponibles 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 edad¹².

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 costo¹².

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 comunidad²³.

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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

niños y niñas durante sus primeros cinco años de edad: AIEPI - Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia²³.

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 edad¹².

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" 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 AIEPI²³.

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 infantil¹².

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,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

que hace que, actualmente, más de 40.000 personas hayan recibido capacitación en la aplicación de la AIEPI²³.

AIEPI Comunitario La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Fue diseñada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para ayudar a reducir la mortalidad y la morbilidad infantil debido a enfermedades fácilmente prevenibles, y favorecer de este modo el crecimiento y desarrollo saludables en niños menores de cinco años, especialmente de los grupos más vulnerables.

Esto se lograría a través de capacitación, información y educación. Desde entonces, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promociona su aplicación en la Región de las Américas y, hasta el año 2001, dieciocho países la habían adoptado formalmente¹².

En ellos se concentra el 52% de la población menor de cinco años del continente y en ellos ocurre el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad¹².

El proceso de implementación de la estrategia AIEPI se ha basado en el desarrollo de tres componentes:

- **Componente de los sistemas de salud:** mejora la habilidad del manejo de casos de los trabajadores de salud mediante entrenamiento, supervisión y provisión de guías adaptadas localmente sobre atención integral de enfermedades infantiles y actividades para promover su uso.

- **Componente clínico:** destinado a mejorar los sistemas de salud requeridos para ofrecer atención de calidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- **Componente comunitario La Visita Domiciliaría y sus potencialidades para la práctica de la salud en la esfera de las familias:** La práctica de la Salud Colectiva es un acercamiento con las personas y sus modos de “enfrentar la vida”, principalmente a través de la visita y de la atención domiciliaría, prácticas importantes de los profesionales que actúan junto a la comunidad y para el equipo de salud como un todo. La visita domiciliaria es una intervención que posibilita el conocimiento de los determinantes del proceso salud- enfermedad en el ámbito familiar para proporcionar intervenciones más apropiadas a la realidad de vida²³.

Es decir, la visita domiciliaria posibilita a la enfermera/o identificar cómo se comportan en familia, las formas de trabajo y vida de los miembros que la componen, cuáles patrones de apoyo se desarrollan en el interior del universo familiar y cómo estos pueden contribuir para el proceso de prevención, curación y recuperación de sus enfermedades.

Además de buscar la identificación de esa unión y fortaleza familiar, la práctica de la visita domiciliaria comprende también entender las funciones sociales, económicas, ideológicas y de reproducción de la fuerza de trabajo de la familia en la sociedad²³.

Al permitir que esos aspectos sean evaluados, la visita domiciliaria:

- ♣ Posibilita la comprensión de las posibles dificultades financieras y sociales que las familias tienen para la calidad de vida de sus miembros.

- ♣ Permite identificar las familias con mayores riesgos sociales de enfermar y morir y menores posibilidades para el enfrentamiento a estos problemas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

♣ Permite organizar el acceso a los servicios de salud para la atención de esas familias. De esta forma, la enfermera/o que actúa en la comunidad estará actuando también en la construcción del principio de la equidad.

♣ Permite identificar los elementos que pueden fortalecer a las familias en su proceso salud-enfermedad.

En la implementación de la estrategia AIEPI es fundamental priorizar la visita domiciliaría para las familias cuyas niñas y niños hayan sido clasificados con algún problema de mayor gravedad (color rojo), para las que no asisten a las consultas de seguimiento y para los que tuvieron una clasificación por algún problema prevalente más de dos veces el año (color amarillo). En la perspectiva de la vigilancia a la salud, la unidad de salud debe mantener los registros de todas las niñas y niños atendidos a través de la estrategia AIEPI para producir información del proceso salud-enfermedad infantil.

Se recomienda que se lleve la vigilancia epidemiológica y cada semestre se elabore un informe sobre los problemas de salud más frecuentes para que se organicen discusiones con los líderes comunitarios acerca de las causas de los problemas identificados y cómo enfrentarlos a partir de la articulación con la comunidad. Solo así los profesionales estarán actuando para promover la salud²³.

6.7. Fisiopatología de las Vías Aéreas Superiores.

La principal función de la vía aérea es conducir el aire hacia los alvéolos para que allí ocurra el intercambio gaseoso. Esta función se ve constantemente amenazada por patógenos, la mayoría de ellos virus. El impacto de las infecciones respiratorias virales depende de la habilidad del huésped para desarrollar una respuesta adecuada que permita eliminar el virus y mantener íntegra la vía aérea. Los factores que determinan el resultado clínico después



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

de haber estado expuesto a virus respiratorios son los agentes, el huésped y el ambiente. El virus influye según el tipo, virulencia y cantidad del inóculo, el huésped según edad, susceptibilidad genética, y estado inmunológico, finalmente, el ambiente influye según la temperatura, humedad, etc¹⁸.

La experiencia clínica indica que en Chile las enfermedades respiratorias constituyen la principal causa de consulta de morbilidad pediátrica en atención primaria de salud (APS). No obstante, hay poca literatura que avale esta impresión pues, salvo excepciones, los estudios se limitan a un solo consultorio o centro de salud o no son actuales. Por otro lado, no hay información precisa sobre el comportamiento estacional de estas consultas. En todo caso, y con tales limitaciones, para las consultas pediátricas por causa respiratoria se han descrito cifras de promedio anual que oscilan entre 39,1% y 62,2% del total de visitas pediátricas¹⁷.

6.8. Manifestaciones Clínicas.

Encontrándose entre las manifestaciones clínicas más frecuentes rinorrea, tos, dolor de garganta. Estos síntomas son comunes en todas las edades y agentes etiológicos. Los síntomas van a depender del lugar de la vía aérea que sea afectado por la infección, siendo común que varios segmentos anatómicos se afecten a la vez y además que se acompañen de síntomas generales como fiebre, malestar, cefalea, anorexia y mialgias¹⁹.

6.9. Patogenia.

El período de incubación de las IRA es corto, de 1 a 3 días. Esto se debe principalmente a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada. El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de flugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se propaga por vecindad en la vía



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre. La replicación viral en una puerta de entrada abierta hacia el exterior explicaría su alta contagiosidad¹⁵.

6.10. Prevalencia.

Encontramos que las infecciones respiratorias agudas de vías aéreas superiores constituyen el 59.9% de las consultas por morbilidad siendo esta la primera causa general, además de presentar una mayor prevalencia por el sexo masculino con un 52.1%⁵.

Se espera encontrar una alta prevalencia que oscile entre el 50% al 59.9% en la población estudiada, que el grupo etario más afectado sea el de menores a 1 año constituyendo y el sexo masculino sea el más afectado. El principal diagnóstico sea la Rinofaringitis Aguda⁵.

Teniendo en cuenta que los pacientes del servicio presentan características similares a la de los estudios consultados y considerando la bibliografía respectivamente.

6.11. Prevención.

El niño debe estar vacunado, algunas vacunas precisamente se han creado para evitar infecciones respiratorias, ejemplo: la vacuna contra Haemophilus influenza (Hib), contra el Streptococcus pneumoniae (prevenir), contra el sarampión, difteria, tosferina, etc¹⁶.

Si bien algunas infecciones respiratorias no se pueden evitar, pero el ambiente de un niño debe ser de lo más confortable: evitar el humo de cualquier índole (tabaquismo), el hacinamiento, los cambios bruscos de temperatura. La lactancia materna, además del aporte energético es fuente importante para combatir infecciones, al menos en los primeros 6 meses debería ser de uso exclusivo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.12. El tratamiento en el hogar.

Es importante explicar a las madres que la taquipnea o respiración rápida obedece a una infección pulmonar que no se alivia con antipiréticos o tratamientos caseros y que es preciso buscar atención el mismo día que se presentan estos síntomas. La ingestión de líquidos en abundancia bajará la temperatura corporal del niño y le hará sentirse más fresco. Dada la común creencia en la noción de "calentura interna" o "hetepy akanundu", puede ser que esta recomendación tenga aceptabilidad, aunque las madres se resistirán a administrar líquidos fríos y preferirán dar a sus hijos brebajes tibios preparados en casa.

Las madres temen que la congestión nasal obstruya la respiración y la mayoría desconoce la aplicación de solución salina con hisopos para limpiar las vías nasales.

Conviene explicar, por consiguiente, que estas maniobras facilitan la respiración de los niños. Las madres también se sienten alarmadas por la tos reseca y administran medicamentos esperando aliviar su frecuencia y gravedad, hasta lograr que la tos "madure" y se vuelva productiva. No conviene recomendarles que se limiten a dar agua para aliviar la tos; es mejor recomendarles un remedio casero, a base de plantas medicinales de eficacia comprobada, para tratamiento de la ansiedad de las madres. También hay que explicarles, como se ha hecho en relación con la terapia de rehidratación oral, que estos remedios caseros no suprimen la tos, sino que alivian el dolor de garganta y ayudan al niño a "toser mejor".

Solicitud de atención en el momento oportuno.

La búsqueda tardía de atención obedece, en parte, a que las madres no siempre reconocen los signos de alarma (taquipnea y tiraje respiratorio), a que



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

tienden a subestimar su gravedad y a que tratan de aliviarlos con maniobras aplicadas en casa.

Para que las madres puedan buscar atención a su debido tiempo, deben ser capaces de reconocer los signos de alarma y su gravedad. Muchas veces buscan atención cuando ya hay signos de enfermedad extremadamente grave y es necesario conseguir que soliciten atención antes de que aparezcan estos signos¹⁷.

Para ayudarlas a reconocerlos, hay que poner énfasis en el concepto de taquipnea y en su estrecha relación con la dificultad respiratoria, que suele acompañar a la primera y que se considera de mayor gravedad.

No es aconsejable insistir en que se observe si hay tiraje intercostal, ya que pocas madres destapan el tórax del niño enfermo.

Los educadores en el campo de la salud podrían, no obstante, explicar que el tiraje también se puede observar en la parte anterior del cuello, en la hendidura entre el cartílago cricoides y la horquilla del esternón. A diferencia del tórax, el cuello siempre está descubierto y tiene relevancia en el contexto cultural, ya que las madres lo palpan, junto con otras partes del cuerpo, para determinar la temperatura corporal de sus hijos¹⁹.

Las madres reconocen los signos de enfermedad sistémica grave, pero raras veces reconocen el letargo en niños menores de 3 meses. Es importante explicarles que el recién nacido sufre cambios de actividad observables antes de caer en el estado letárgico. Estos cambios pueden ser, entre otros, succión débil o difícil, palidez, fluctuaciones de la temperatura corporal e inactividad¹⁹.

Pocas madres son conscientes de la rapidez con que puede morir un niño con neumonía.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Es necesario explicar que la búsqueda de atención debe ser rápida precisamente para evitar la muerte, sobre todo si el niño es muy pequeño.

En general, las muertes súbitas tienden a interpretarse como el resultado del "mal de ojo" o de algún "malhecho". Hay que explicar a las madres que, aunque la fiebre puede aumentar la frecuencia respiratoria, los niños con fatiga por lo general tienen infección en los pulmones¹⁸.

En esta situación, los tratamientos administrados en casa (antipiréticos, fricciones y baños) no son suficientes para bajarles la fiebre. También es necesario resaltar que un niño con fatiga puede morir en 3 días, y por lo tanto no se debe "entretener" la enfermedad en casa, sino más bien buscar atención médica inmediata.

Cabe recordar, por último, que en la creencia popular las infecciones respiratorias no existen como entidad independiente, sino asociadas con otras enfermedades, principalmente la diarrea¹⁸.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio, diseño general y muestreo.

Estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, con muestreo probabilístico, aleatorio simple.

7.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.

7.2.1 Universo de estudio

Estará conformado por los pacientes que acuden a la unidad de urgencias pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

7.2.2 Selección y tamaño de la muestra

Con una proporción esperada de 0,60 y amplitud total de 0,20; con un nivel de confianza del 95%. Calculado con el paquete estadístico Epidat.

Tamaño de la población: 999.999 (infinito)

Proporción esperada: 60,000%

Nivel de confianza: 95,0%

Efecto de diseño: 1,0



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	368

7.2.3. Unidad de análisis

Pacientes con infecciones de vías aéreas superiores que acudieron a la Unidad de urgencias pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo 2015- 2016

7.2.4. Criterios de inclusión

Pacientes que acudan a la unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo durante el periodo 2015- 2016. De entre 0 a 18 años. Cuyas hojas de RAC contengan las variables de estudio.

7.2.5 Material y Método

Se utilizó una planilla en Microsoft Excel 2010 como instrumento de recolección de datos, estos datos fueron recolectados de las hojas de RAC por alumnos de la Universidad Nacional de Caaguazú facultad de ciencias médicas carrera de Medicina.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.3. Variables de estudio

Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Clasificación y escala	Indicador	Definición operacional
Edad	Este vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa Discreta	1. 0- 4 2. 4- 9 3. 10- 14 4. 15- 18	Se tomará la cantidad de años cumplidos.
Sexo	Condición orgánica que distingue a los varones de las mujeres.	Cualitativa nominal dicotómica	1.Masculino 2.Femenino	Se considerará como tal el sexo biológico
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	Cualitativa nominal	1.Urbano 2.Rural	Se tendrá en cuenta el lugar de residencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Diagnostico	Parte de la medicina que tiene por objetivo identificar una enfermedad	Cualitativa nominal	Categorías 1. Faringitis 2. Faringoamigdalitis 3. Sinusitis 4. Laringitis 5. Rinitis alérgica 6. Resfriado común 7. Influenza 8. Otitis Media 9. Obstrucción por cuerpo extraño 10. Otros	Se tendrá en cuenta según el registro en la Historia Clínica.
Síntomas	Es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala	Cualitativa Nominal	1. Fiebre 2. Tos 3. Dolor 4. Rinorrea 5. Congestión nasal. 6. Vómitos	Se tendrá en cuenta según el registro en la Historia Clínica.
Signos	Manifestaciones clínicamente observadas en la exploración médica	Cualitativa nominal	1. Eritema faríngeo 2. Placas amigdalinas 3. Otros	Diagnóstica a través del Inventario.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.4. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos:

La información recaudada de las fichas clínicas se registrará en una base de datos confeccionada mediante planilla electrónica de Microsoft Excel© 2010 y analizada con el paquete estadístico SPSS® versión 15.0.

7.5. Consideraciones Éticas

Para poder acceder a la Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo se utilizó una solicitud de ingreso, la cual fue dirigida a las autoridades correspondientes, garantizando en todo momento la confidencialidad de todos los datos recabados.

Este trabajo se realizó teniendo en cuenta la confidencialidad, igualdad y justicia de los pacientes incluidos

7.6. Plan De Análisis

La información recaudada se registró en una base de datos confeccionada mediante planilla electrónica de Microsoft Excel© 2010 y analizada con el paquete estadístico SPSS® versión 15.0, con un total de 6 variables, dividiéndose en variables sociodemográficas y de estudio.

Se utilizaron como medidas estadísticas un análisis de cada variable y se presentarán tablas de frecuencia (%), medidas de tendencia central y de dispersión (S).

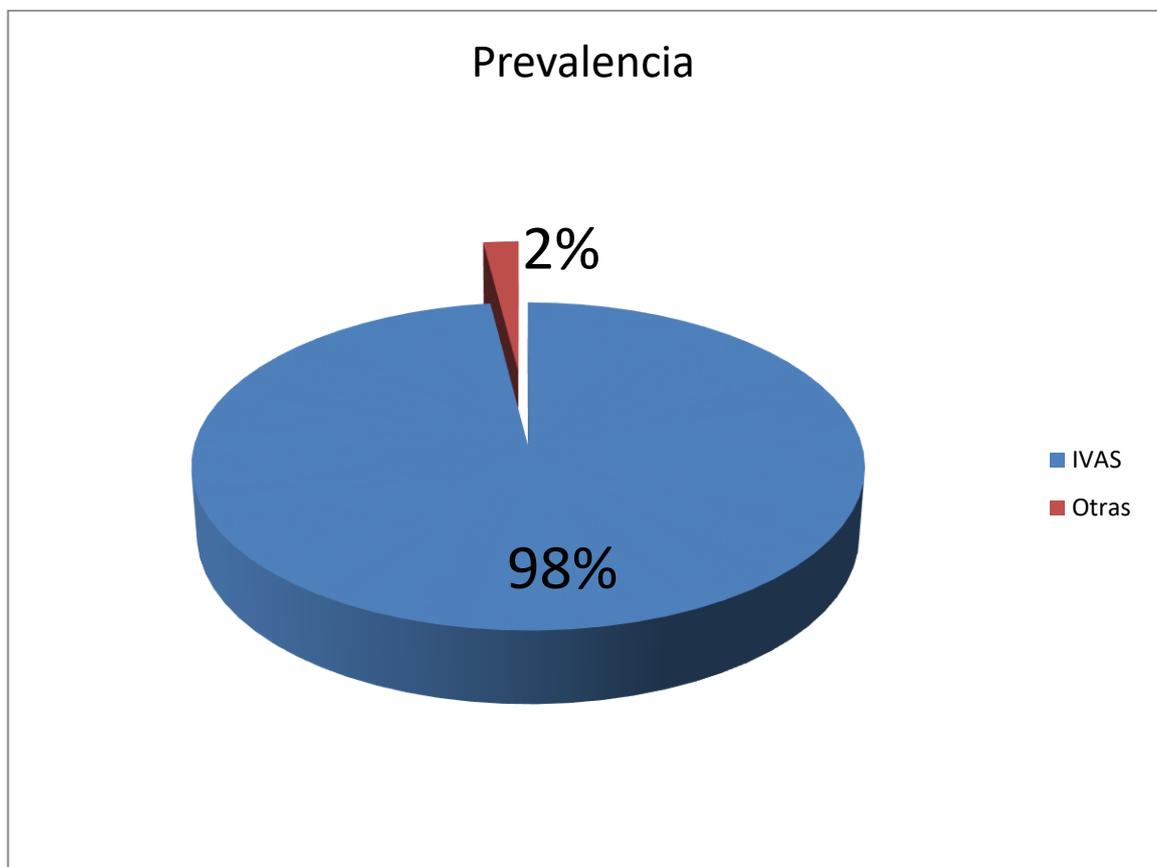


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. RESULTADOS

Grafico 1. Distribución de acuerdo a prevalencia de Infecciones de vías aéreas superiores en pacientes de urgencias pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo 2015-2016.

n=368



Fuente: Hojas de RAC. Urgencias Pediatría. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2015-2016

El 98% de los pacientes que consultaron en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo, consultan por enfermedades de infecciones respiratorias de vías aéreas superiores.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 1. Distribución según grupo de edades. Hospital Regional de Coronel Oviedo, urgencias pediátricas 2015-2016

n=368

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 4 años	202	55%
5 a 9 años	91	25%
10 a 14 años	54	15%
15 a 18 años	21	5%
Total	368	100%

Fuente: Hojas de RAC. Urgencias Pediatría. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2015-2016

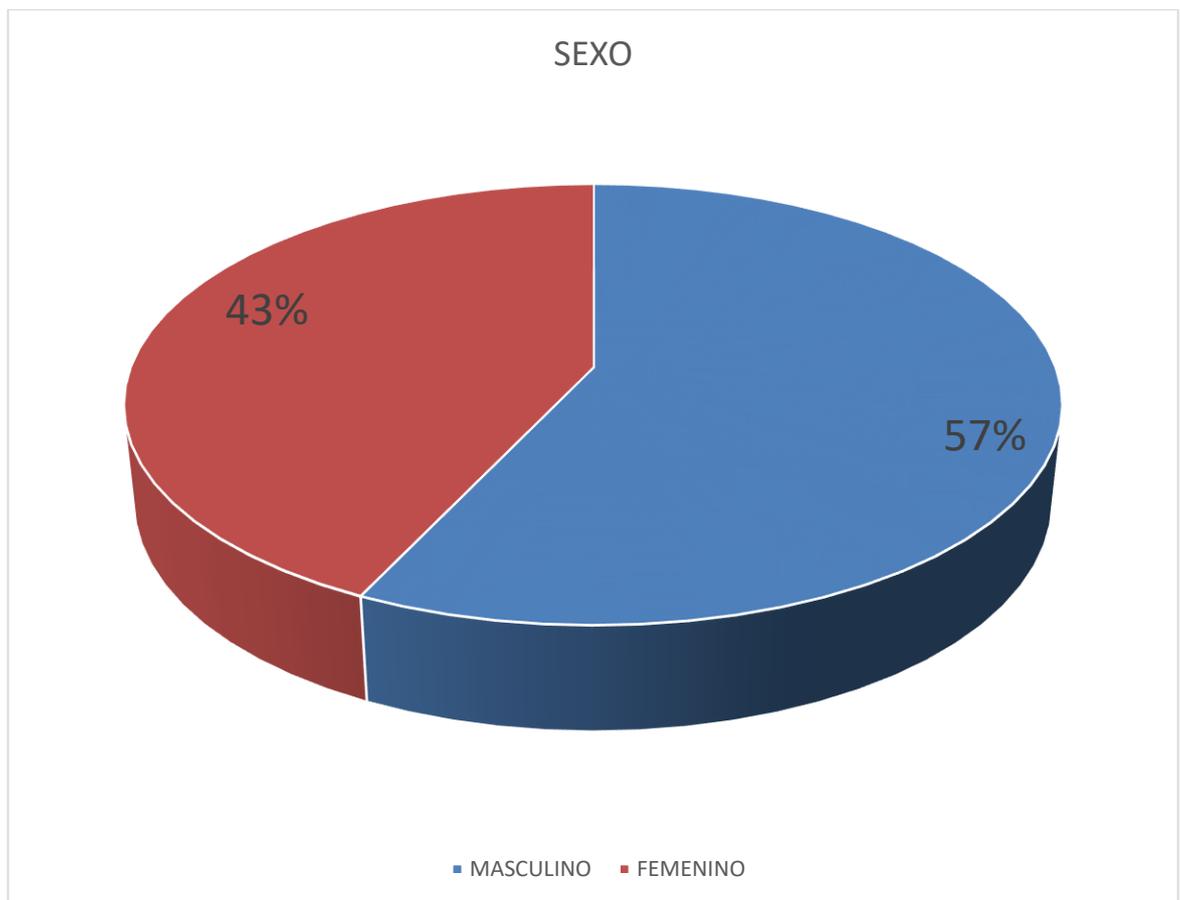
El 55% de los pacientes que consultaron en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo corresponde al grupo de edad de 0 a 4 años, mientras el 25% son de 5 a 9 años, y el 15% de 10 a 14 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

GRAFICO 2. Distribución según sexo. Hospital Regional de Coronel Oviedo, urgencias pediátricas 2015-2016.

n=368



Fuente: Hojas de RAC. Urgencias Pediatría. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2015-2016

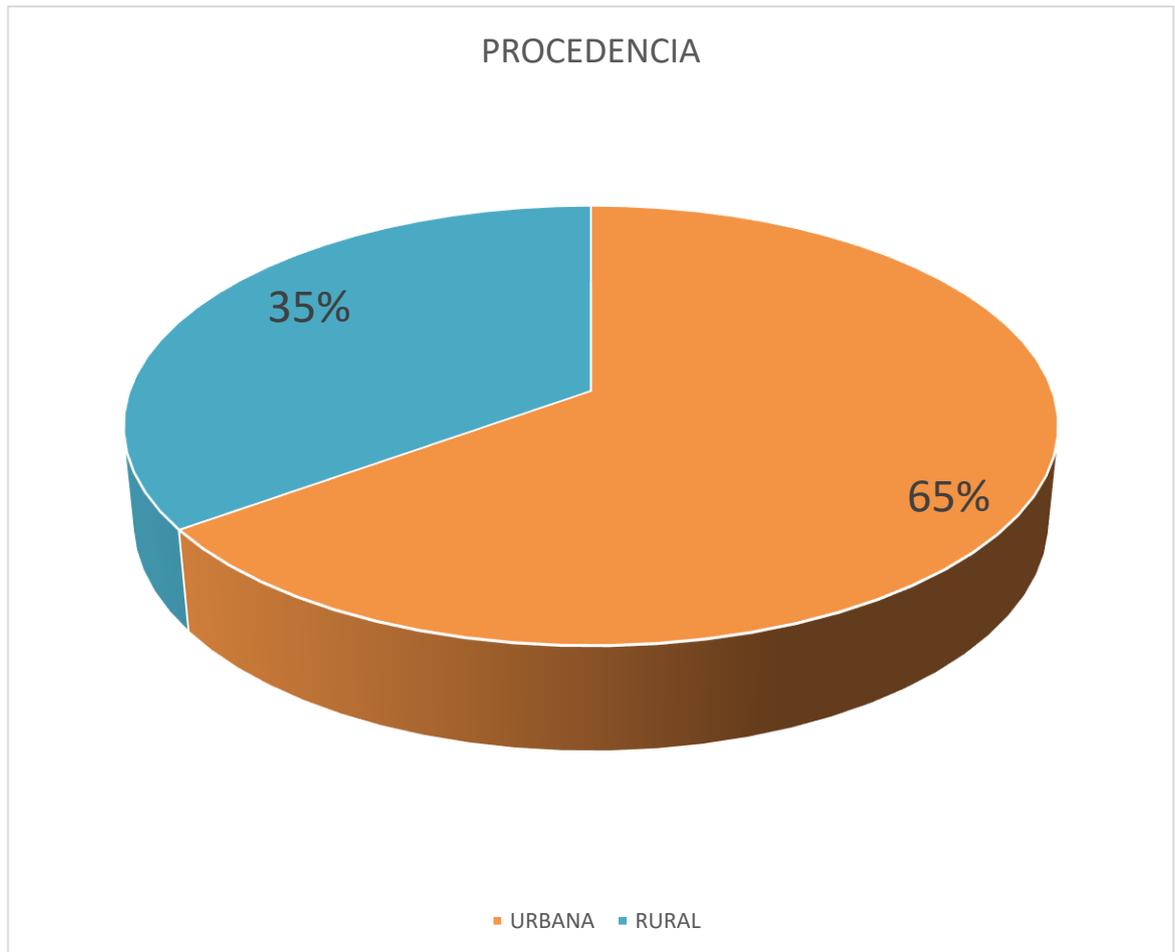
Se observa que el 57% de los pacientes que consultan en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo son del sexo masculino.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

GRAFICO 3. Distribución según procedencia. Hospital Regional de Coronel Oviedo, urgencias pediátricas 2015-2016.

n=368



Fuente: Hojas de RAC. Urgencias Pediatría. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2015-2016

Se observa que de los pacientes que consultan en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo el 65% provienen del área urbana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 2. Distribución del Diagnóstico de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo periodo 2015-2016.

n=368

DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Faringitis	96	26%
Faringoamigdalitis	104	28%
Sinusitis	4	1%
Laringitis	9	3%
Rinitis alérgica	7	2%
Resfriado común	137	37%
Enfermedad tipo Influenza	0	0%
Otitis media aguda	5	1%
Obstrucción por cuerpo extraño	5	1%
Otros	1	1%
Total	368	100%

Fuente: Hojas de RAC. Urgencias Pediatría. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2015-2016

El 37% de los pacientes que consultan en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo corresponde al diagnóstico de Resfriado Común, el 28% a Faringoamigdalitis, precedido por faringitis con 26%. Siendo estos tres los diagnósticos más frecuentes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 3. Síntomas de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo periodo 2015-2016.

n=368

SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fiebre	147	40%
Tos	72	20%
Dolor	88	24%
Rinorrea	19	5%
Congestión nasal	16	4%
Vómitos	26	7%
Total	368	100%

Fuente: Hojas de RAC. Urgencias Pediatría. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2015-2016

El 40% de los pacientes presentaron fiebre, el 24% dolor, el 20% tos siendo estos los síntomas más frecuentes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

TABLA 4. Signos de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo periodo 2015-2016.

n=368

SIGNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fiebre	153	41%
Eritema faríngeo	98	27%
Placas amigdalinas	84	23%
Otros	33	9%
Total	368	100%

Fuente: Hojas de RAC. Urgencias Pediatría. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2015-2016

Se observa que de los pacientes que consultan en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional de Coronel Oviedo presentan los siguientes signos, fiebre 41% de los casos, 27% eritema, 23% placas y el 9% otros signos menos relevantes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. DISCUSION

Como se describen en varios estudios como ser el de Juy Aguirre y colaboradores¹, la Organización Panamericana de la Salud¹², guías ISS – ASCOFAME¹⁶, las enfermedades respiratorias agudas se consideran como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años a nivel mundial, y dentro de este grupo de enfermedades, aquellas que constituyen infecciones de vías aéreas superiores son la de mayor prevalencia, y la primera causa de consultas ambulatorias en pediatría, entre un 30 a 50%, pero en nuestro estudio podemos apreciar que este número se amplía a un 98% de los casos, esto se podría deber a Diagnósticos erróneos ya que el personal que está encargado de la atención en urgencias pediátricas en su mayoría son médicos generalistas y no especialistas en el área de pediatría.

En estos estudios ya citados se ve una preferencia por el sexo masculino en un 55, 7% de los casos, dato que concuerda con nuestro estudio donde se aprecia que el 57% de los casos corresponde al sexo masculino.

Revisando los datos obtenidos en cuanto a la procedencia, se puede indicar en estos mismos estudios que los pacientes que acudían a estos centros vivían en las cercanías del mismo; dato que coincide con nuestro trabajo ya que la mayor prevalencia de casos procede de la zona urbana que se encuentra en las cercanías del Hospital Regional de Coronel Oviedo en un 65% de los casos. Y que el 35% de los casos acudían de zonas rurales no más distantes que a 40 minutos de viaje en vehículos particulares. Las compañías más lejanas cuentan con sus propias unidades de salud familiar en donde acuden para su atención primaria.

En cuanto a las épocas del año más afectadas, que según estudios de Cruz Martínez y colaboradores¹⁵, corresponden a épocas de lluvia y frío, en nuestro estudio no tuvo predominancia en meses siendo todos estos casos muy frecuentes durante todas las épocas del año.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Al momento de describir la prevalencia de las patologías de acuerdo a los diagnósticos finales se puede corroborar lo que se menciona en el estudio de la Organización Panamericana de la Salud¹², que la mayoría de las patologías son debidas a cuadros virales, dato que coincide con nuestro estudio pues el Resfriado común constituye el 37% de los casos en este estudio.

En cuanto a signos y síntomas más frecuentes como motivo de consulta tenemos que la Fiebre es el principal signo y síntoma obtenido, en un 40% de los casos.

Como limitaciones del estudio no se cuentan con estudios laboratoriales, ya que todos los realizados por vía ambulatoria, que es la población que compete al estudio se quedan en manos de los pacientes y no en sus respectivas hojas de RAC.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

10. CONCLUSIÓN

La prevalencia de infecciones de vías aéreas, como causa principal de morbilidad y consultas ambulatorias, y la prevalencia de cada una de los diagnósticos clínicos que componen las infecciones respiratorias agudas de vías aéreas superiores, presenta bastante similitud con la bibliografía mundial estudiada, así como se pudo referir previamente en la discusión.

En cuanto a las características demográficas, los pacientes que acuden al centro asistencial en mayor frecuencia corresponden al área Urbana, la franja etaria más afectada es la de 0 a 4 años. El sexo masculino es el más prevalente.

Con respecto a las características clínicas, los síntomas frecuentemente encontrados son en orden de frecuencia fiebre, dolor y tos. Diferente a las bibliografías estudiadas donde las más frecuentes eran congestión nasal y rinorrea. Que en nuestro estudio son los menos frecuentes. Y los signos más frecuentes son fiebre, eritema faríngeo, placas amigdalinas.

El diagnóstico de Resfriado común es el más prevalente, seguido por faringoamigdalitis y faringitis. Coincidiendo con la bibliografía estudiada.

Por último, se puede decir que se cumple el objetivo del estudio al encontrar una alta prevalencia y morbilidad debida a infecciones respiratorias de vías aéreas superiores.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11. RECOMENDACIONES

Capacitación dirigida fundamentalmente a enseñar a la comunidad, a reconocer signos de alarma, estimular la consulta precoz y disminuir los factores de riesgo de padecer infecciones respiratorias agudas. Se podrán implementar a través de un mensaje único por medios masivos de comunicación y afiches en lugares estratégicos.

Capacitaciones frecuentes a los profesionales que estarán dirigidas a concientizar sobre la magnitud del problema y el impacto que tiene la acción preventiva, lograr el manejo adecuado del paciente con Infecciones respiratorias agudas altas, para evitar complicaciones posteriores, con un tratamiento oportuno. El mensaje debe ser coherente con el que se brinda a la comunidad. Su contenido deberá poner énfasis en la prevención y en la aplicación de conductas normatizadas. Se podrá implementar entre profesionales con la difusión de un documento o norma como el presente o similar, reforzado con afiches que contengan árboles del problema.

A las autoridades se les recomienda el empleo de una estrategia común contra el problema, basada en los siguientes elementos:

1. Difusión a la población (medios masivos de comunicación).
2. Capacitación del personal (normas, cursos)
3. Dotar a efectores de salud de recursos suficientes y oportunos según niveles de complejidad.
4. Coordinación entre los distintos estamentos del plan y entre los distintos niveles de atención.
5. Sistema de registro único y simple para esta patología.
6. Evaluación permanente del programa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1- JUY AGUIRRE, Elisa et al. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. MEDISAN [online]. 2014, vol.18, n.11, pp. 1490-1498. ISSN 1029-3019.
- 2- BAYONA OVALLES, Yuly; NIEDERBACHER VELÁSQUEZ, Jurg. Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. Revista médicasUIS, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 133-141, jun. 2015. ISSN 1794-5240.
- 3- OLIVA GONZALEZ, Yamilka; PILOTO MOREJON, Manuel y IGLESIAS GOMEZ, Paulina. Clínica y epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años. Rev Ciencias Médicas [online]. 2013, vol.17, n.1, pp. 49-62. ISSN 1561-3194.
- 4- CORCHO QUINTERO, Adealvys et al. Factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de un año. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 673-681. ISSN 1561-3038. Enfermedad Renal Crónica: Una Epidemia. Alabart, Eduardo, y otros, y otros. 1, Marzo de 2009, Revista Médica Universitaria, Vol. 5.
- 5- Reyes A, Beltrán P, Astudillo J. Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en Pacientes Menores de 5 años y su Asociación con Desnutrición. Jadán, Enero– Diciembre 2014. RevMed HJCA 2015; 7(2): 100-105. <http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.2.ao.20>.
- 6- Laupland KB, Ross T, Church DL, Gregson DB. Population-based surveillance of invasive pyogenic streptococcal infection in a large Canadian region. ClinMicrobiol Infect. 2006;12(3):224-30.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- 7- Salomão R, Pignatari ACC. Guías de medicina ambulatorial e hospitalar: infectología. São Paulo: Manole; 2004.
- 8- Santos AGP, Berezin EN. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. J Pediatr (Rio J.). 2005;81(1):23-8.
- 9- WHO (2014) World health statistics. In: WLCiP D (ed) Global health indicators.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_en_g.pdf?ua=1.
- 10-Anuarios de morbilidad. Dirección general de Epidemiología. Secretaría de Salud.
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
Accesed 16 April 2015.
- 11-Institute for Clinical Systems Improvement: Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. https://www.icsi.org/_asset/1wp8x2/ResplIllness.pdf. Accessed August 27, 2013.
- 12-Pan American Health Organization. Health in the Americas, Country Volume, Ecuador: Pan American Health Organization; 2012.
- 13-Paradise JL. Otitis Media. In Kliegman ,Berhman, Jenson , Stanton. Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier Saunders; 2007.
- 14-Grisales V, Castaño Castrillón JJ, Paredes E, RamírezJ, Sanint J, Toro Q I, et al. Prevalencia de Enfermedades Respiratorias Agudas en Menores de 5 Años Hospitalizados en las Clínicas de Una Entidad de Primer Nivel, Manizales Años 2004-2006. Archivos de Medicina Colombia. 2009 Junio; 9(1): p. 58-68.
- 15-Corcho Quintero A, Delgado Diaz OL, Cruz MartínezG, Verdasquera Corcho D, Diaz Fuentes C, Carbó Riverón M. Factores de Riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas en Pacientes Menores de Un



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Año. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010; 26(4): p. 673-681.
- 16-Proyecto ISS - ASCOFAME. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia: Infección Respiratoria Aguda Medicina ACdFd, Bogotá; 2010.
- 17-Aranda C, Astudillo P, Mancilla P, CaussadeS, Girardi G. Caracterización epidemiológica de las consultas pediátricas por causa respiratoria en atención primaria en Chile. OPS, SerieHCT/AIEPI-3E. 1998; I: 43–9
- 18-Dakhama A, Lee Y, Gelfand E. Virus-Induced AirwayDysfunction. Pediatr. Infect. Dis. J. 2005; 24(suppl 11):S159-S169.
- 19-Infecciones Respiratorias Agudas. Capítulo 28. Sitio Web de laUniversidad Católica de Chile.
- 20-Reyes A, Beltrán P, Astudillo J. Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en Pacientes Menores de 5 años y su Asociación con Desnutrición. Jadán, Enero– Diciembre 2014. Rev Med HJCA 2015; 7(2): 100-105.
<http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.2.ao.20>
- 21-<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10512/1/TESIS%20INFECCIONES%20RESPPIRATORIAS%20AGUDAS.pdf>
- 22-<https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/581>
- 23-Manual para promotores de salud. AIEPI Comunitario. OMS/OPS.2009

**NO SE PASAR EN VANCOVER DEMASIADO MUCHO YA ME ESFORZE!!
CADA VEZ QUE IBA A ENVIAR INTENTABA CAMBIAR O ALGO Y NO ME
SALE. ALGUNA ESTRATEGIA?? AUXILIOO**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ANEXO

Ficha #:

--	--	--	--

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

1.1 Edad:

--	--

1.2 Sexo:

- Masculino
 Femenino

1.3 Procedencia:

- Urbano
 Rural

2. DATOS DE ESTUDIO

3. Diagnosticos:

- Faringitis
 Faringoamigdalitis
 Sinusitis
 Laringitis
 Rinitis alerica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Resfriado común
- Enfermedad tipo influenza
- Otitis media aguda
- Obstrucción por cuerpo extraño

2.2 Sintomas:

- Fiebre
- Tos
- Dolor
- Rinorrea
- Congestión nasal
- Vómitos

2.3 Signos:

- Fiebre
- Eritema
- Placas
- Otros