



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN
LA PRESENCIA DE NEUMONÍA EN LOS
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
ZONA DE SERVICIOS MÉDICOS DE
SAN SALVADOR EL SECO, PUE.**

TESIS PROFESIONAL

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A N :
MARÍA COLUMBA ROSAS HERNÁNDEZ
MARÍA BEATRIZ AURELIA GARCÍA FLORES**

**TE 616.241
ROS 2000**

#60652

**ROSAS HERNANDEZ, MARIA COLUMBA/GARCIA FLORES, MARIA BETRI
FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA PRESENCIA DE NEUMO-**

PUEBLA, PUE. 2000



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SAL DE TI

Si eres lo que crees, sirve ama, da, pero nunca digas que eres mas que los demás

Si eres sabio calla, que el mundo descubra en ti la sabiduría, en ese beso que das al anciano en esa sonrisa que das al amigo, en esa caricia que haces al niño, ¡entrégate!

El mundo está cansado de oír, “yo soy”, “yo hago”, “yo sirvo”, pregúntate desde ahora: ¿Quién soy?, ¿Qué hago?, ¿a dónde voy?, y sé tan grande para enseñar a todos en tu acción más pequeña que dándoles todo, parezca que no das nada.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios:

Por darnos la oportunidad de salir adelante, por la entereza, dedicación y constancia que depositó en nosotras para el logro de nuestros objetivos.

A Nuestra Familia:

Por el apoyo incondicional e invaluable confianza que nos depositaron en todos y cada uno de nuestros proyectos.

A Nuestros Amigos:

Por la bendición de contar con ellos, sus consejos y ánimos en todo momento.

A todos ellos mil gracias.

DEDICATORIAS

Dedico un especial agradecimiento al Hospital Rural de “S” de San Salvador El Seco, Puebla, así mismo al personal que labora en el mismo, porque siempre tuve la dicha de sentirme rodeada de una gran calidad humana, y en donde pude desarrollarme profesionalmente siendo el pilar de los que ahora soy, por la confianza depositada en mí en todo momento.

Sinceramente

Columba Rosas Hernández



H. Puebla de Z. a 27 de Noviembre de 1999

**ASUNTO: ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO
DE INVESTIGACIÓN.**

La que suscribe **DRA. DULCE MARÍA PÉREZ SUÁREZ**, Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, establece la **A C E P T A C I Ó N** del Protocolo de Investigación titulado “Factores de riesgo que condicionan la presencia de neumonía en los niños menores de cinco años de la Zona de Servicios Médicos de San Salvador el Seco, Puebla” presentado por García Flores María Beatriz Aurelia y Rosas Hernández María Columba alumnas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, continuando así su investigación para sustentar examen profesional como requisito de titulación que establece el Reglamento General de Titulación de la Universidad y la Escuela de Enfermería.

ATENTAMENTE
“LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO”

DRA. DULCE MARÍA PÉREZ SUÁREZ
DIRECTORA DE LA ESCUELA





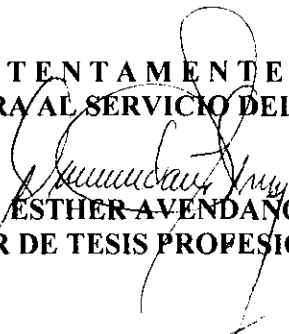
H. Puebla de Z. a 8 de Diciembre de 1999

DRA. DULCE MARÍA PÉREZ SUÁREZ
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA
UPAEP AC

P R E S E N T E:

La que suscribe **Lic. Enf. Esther Avendaño Cruz**, hace constar que el trabajo de tesis titulado “**Factores de riesgo que condicionan la presencia de neumonía en los niños menores de cinco años de la Zona de Servicios Médicos de San Salvador el Seco, Puebla**” presentado por García Florese María Beatriz Aurelia y Rosas Hernández María Columba, alumnas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, se ha concluido en metodología y contenido para su presentación como examen profesional.

A T E N T A M E N T E
“LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO”


LIC. ENF. ESTHER AVENDAÑO CRUZ
ASESOR DE TESIS PROFESIONAL

ÍNDICE

	Página
Planteamiento del problema	1
Organización	7
Justificación	9
Antecedentes Históricos	10
Marco Teórico	15
Acciones Preventivas de Enfermería	22
Proceso de Atención de Enfermería en el paciente con Diagnostico de Neumonía	23
Graficas de resultados	29
1er Análisis	43
2do Análisis	50
Sugerencias	51
Referencias Bibliográficas	52

UPAEP

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles fueron los factores más importantes que condicionaron la presencia de neumonía en niños menores de 5 años de vida en la Zona de Servicios Médicos de San Salvador El Seco, Puebla.

OBJETIVO

GENERAL:

Obtener la información sobre los factores de riesgo más importantes que favorecieron la neumonía en niños menores de 5 años en la Zona de Servicios de San Salvador El Seco, Puebla, del 1º de enero al 30 de junio de 1998.

ESPECIFICO:

- Difundir los resultados del presente protocolo de investigación personal de enfermería para que establezca estrategias en el fomento y promoción de la salud.
- Identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años con neumonía sobre signos de alarmas y dificultad respiratoria.

METODOLOGÍA

HIPÓTESIS.

Existen factores importantes que condicionan la presencia de neumonía en niños menores de 5 años en la Zona de Servicios Médicos de San Salvador El Seco, Puebla.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Retrospectiva:** Porque de acuerdo a la información obtenida y registrada será difundida posteriormente.
- Transversal:** Porque este trabajo se realizará en un tiempo establecido.
- Observacional:** Porque identifica el factor de riesgo de la neumonía.
- Comparativa:** Porque se intenta describir casos y controles.

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todo menor de 5 años que llegó al servicio de pediatría con diagnóstico de neumonía y que provenía de la Zona de Servicios Médicos de San Salvador El Seco, Puebla.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Todo menor de 5 años que llegó al servicio de pediatría con diagnóstico de neumonía y que no pertenecía a la Zona de Servicios Médicos de San Salvador El Seco, Puebla.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Todos los niños mayores de 5 años.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Todo paciente menor de 5 años indistintamente del género con diagnóstico de neumonía que provenía de la Zona de Servicios Médicos de San Salvador El Seco, Puebla, y que ingresó al servicio de pediatría del Hospital Rural de San Salvador El Seco, Puebla, del 1º de enero al 30 de junio de 1998.

ORGANIZACIÓN

Aspecto Normativo: Está dada por la guía técnica proporcionada por la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Aspecto Técnico: Lo marca la Coordinación del Programa de Licenciatura en Enfermería y obstetricia por Homologación de estudios.

RECURSOS

Humanos: Dos estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del curso por homologación de estudios periodo septiembre 1997 – noviembre 1998.

MATERIAL

Tipo de muestra: Conveniente.

Tiempo: Temporal del 1º de enero al 30 de junio de 1998.

Espacio: Servicio de Pediatría del Hospital Rural de San Salvador El Seco, Puebla.

MÉTODOS

Hoja de recolección de datos basadas en las autopistas verbales con formato del Sector Salud.

Materiales: Hojas blancas, lápices, máquina de escribir, libretas.

Recursos Financieros: Los propios de las alumnas.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE
NEUMONÍA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	FACTORES QUE PROVOCARON NEUMONÍA
EDAD	INMUNIZACIONES
PESO	LUGAR DE RESIDENCIA
TALLA	TIPO DE ALIMENTACIÓN
SEXO	TIPO DE VIVIENDA
Nº DE HIJO	ZONA GEOGRÁFICA
EDAD GESTACIONAL	FALTA DE INFORMACIÓN A LAS MADRES
PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES	

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones respiratorias en los niños, representan un grave problema de salud pública en el mundo, ya que el 25% de la mortalidad infantil son debidas a complicaciones del árbol respiratorio (1).

Es incuestionable que las muertes atribuidas a las infecciones respiratorias bien como causa primaria o asociada, alcanzan cifras inaceptables para la población mexicana de niños menores de 5 años de edad (2).

La morbilidad ha demostrado una tendencia descendente en los últimos años, a diferencia de la mortalidad en donde existe un número considerable de casos (3). Sin embargo, un porcentaje considerable no son reportados a las autoridades sanitarias y es por eso la falta de control de estas infecciones (1).

La trascendencia de este problema de salud es aún más significativo en el área rural, específicamente en los menores de 5 años en donde el comportamiento histórico en la Zona de Servicios Médicos de San Salvador El Seco al igual que a nivel nacional muestra una incidencia significativa. En los últimos cuatro años se han presentado 202 casos con 32 defunciones representando una tasa de morbilidad de 0.10 y una tasa de mortalidad de .02 respectivamente.

Por tanto, la enfermera debe conocer cuáles son los factores que provocan la neumonía en este grupo de edad, para reafirmar la promoción y fomento a la salud basados en el Programa de Control de infecciones Respiratorias Agudas, como un problema más de salud pública.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Mundialmente, la infección Respiratoria Aguda (IRA) ha pasado por varias etapas, todas ellas matizadas por la disponibilidad tecnológica para documentar la etiología y obviamente, por la incapacidad para establecer las estrategias para su tratamiento y prevención. En la época de los cincuenta el *Streptococcus pneumoniae*, y el *Haemophilus influenzae* fueron los únicos patógenos bacterianos aislados en pacientes con neumonía, igualmente se sabía que un pequeño por ciento de individuos se complicaba con un cuadro clínico más tormentoso, aún así sólo un número reducido de ellos fallecía de neumonía.

Durante la década de los setenta, la epidemiología de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) sufrió un cambio dramático, motivado por la disponibilidad del cultivo de células para recuperar agentes virales. Esto permitió caracterizar algunos grupos de agentes como el Sincicial respiratorio, los Parainfluenzae y los Adenovirus, posteriormente se demostró la presencia de estos “nuevos agentes” en prácticamente todo el mundo.

En los sesenta se alcanzó una etapa de consolidación, demostrando que no sólo la morbilidad de IRA era importante, sino la letalidad, sobre todo en los países de bajo desarrollo, América Central en donde se sitúa a México, obtuvo la frecuencia más alta de mortalidad en menores de un año de edad y la segunda más alta en niños de 1 a 4 años de edad.

En los ochenta se tenían los argumentos que asociaban a la IRA con una elevada mortalidad, enfatizando la problemática en los países en vías de desarrollo, una marcada diferencia en las muertes, principalmente entre niños de menos de 5 años de edad, con un máximo absoluto durante el primer año de vida.

En la época actual, la Organización Mundial de Salud procura definir con mayor precisión la magnitud del problema e identifica métodos de prevención y control. Esta década se caracterizará por la disponibilidad de mejores y eficaces fármacos

antimicrobianos, así como de diversos inmunógenos fundamentalmente en contra del H. Influenzae y el S. Pneumoniae (1).

El (INER) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, fue la Institución promotora del Programa de Control de las infecciones Respiratorias en el cual se promueve y establecen acciones tendiente a proteger al menor de 5 años

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Debido a la localización geográfica de la Zona de Servicios Médicos de San Salvador El Seco, Puebla, y por presentar un clima frío-templado, es una zona de alto riesgo para la presentación de Neumonías e infecciones respiratorias agudas recurrentes.

Este municipio se encuentra aproximadamente a 80 kilómetros de la capital del estado de Puebla, sobre la carretera México-Puebla-Jalapa en el kilómetro 210; su extensión territorial es de 195 kilómetros cuadrados.

Esta población está situada en la cumbre de una colina de árboles alrededor. En la cima que se localiza, carece de agua profunda y agua potable para cubrir las necesidades, por lo que fue necesaria la excavación de un pozo para proporcionar el vital líquido a los habitantes. Consta de cuatro barrios: Tecamachalco, Quecholac, Tecuac, Xilotepec.

ORGANIZACIÓN COMO ZONA DE SERVICIOS MÉDICOS

El hospital de San Salvador el Seco, forma junto con las zonas de supervisión El Seco, Libres y Acatzingo, la zona de Servicios Médicos con un total de 46 Unidades Médicas de primer nivel. El Universo de trabajo del H.R.S. lo constituye 15,661 solidariorresidentes de los cuales 7,763 son hombres (49.5%) y 7,898 son mujeres (50.4%).

Además de tener más de un siglo como ciudad, sus características son aún de un pueblo con un gran número de habitantes, en cuanto a salud se refiere también, durante años estuvo desamparada, pues sólo contaba con un centro de salud de primer nivel de atención a pesar de su gran extensión territorial y considerable número de habitantes. Con la puesta en marcha del Hospital Rural "Solidaridad" de segundo nivel de atención, este inicia sus funciones a través del Programa IMSS-COPLAMAR el día 8 de diciembre de 1975.

Al frente de esta institución se encuentra un Cuerpo de Gobierno integrado por un Director quien debe tener la especialidad en Cirugía, un Administrador, una Jefe de Enfermeras, y un Ingeniero en Conservación y Mantenimiento. El servicio médico se otorga en calidad y calidez proporcionado por un grupo de médicos jóvenes y entusiastas y de gran capacidad resolutive en más del 905 de las patologías de la región. En este Hospital se atiende a población abierta; cuenta con las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Pediatría Médica.

ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA:

Se cuentan con 4 consultorios de Medicina Familiar y 3 consultorios para Especialidad, 1 consultorio para Vigilancia Epidemiológica, 1 para el servicio de odontología, 1 consultorio de Nutrición.

ORGANIZACIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA:

Se cuentan con una dirección General, Administración, Jefatura de Enfermería, Jefatura de Conservación, Coordinación de Enseñanza e Investigación, Centro de Computo.

ORGANIZACIÓN EN EL ÁREA HOSPITALARIA

Se cuentan con 39 camas censables y 5 no censables, se cuenta con un área para pacientes infectocontagiosos. El servicio de Pediatría cuenta con 14 camas-cunas, y 2 incubadoras. En Neonatología se cuenta con cuatro incubadoras y cinco cunas no censables. El servicio de Urgencias cuenta con un consultorio y un área de encamados. Se tiene una sala de Quirófano perfectamente equipada, una sala de anticoncepción quirúrgica, una sala de labro y expulsión y una central de Equipos y Esterilización.

RECURSOS HUMANOS:

ÁREA MEDICA

Se tienen 7 médicos especialistas: 2 cirujano, 1 ginecólogo, 1 pediatra. 1 medico internista y 2 anestesiólogos, 6 médicos familiares para brindar consulta de medicina familiar, atención de partos, atención de hospitalizados, 2 médicos familiares a cargo de las coordinaciones de Vigilancia Epidemiológica y Enseñanza e Investigación.

Los médicos Familiares se encuentran a cargo de los comités internos del hospital: Comité de Mortalidad, de Infecciones Intrahospitalarias, Comité de Calidad de la Atención, Comité de control de enfermedades sujetas a control epidemiológico.

ÁREA DE ENFERMERÍA:

Se cuenta con 44 Auxiliares de Atención Médica de Base, de las cuales 6 cuentan con carrera básica de Enfermería; 22 Auxiliares de Atención Médica suplentes, de las cuales 50% cuentan con carrera Básica de Enfermería; 5 pasantes en Servicio social y 7 *Enfermeras Generales, cumpliendo con sus funciones de Jefe de Piso y servicios*; 5 *Enfermeras Especialistas*. 1 Pediatra, 1 Quirúrgica, 2 Intensivistas y 1 Administrativa.

MARCO TEÓRICO

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que en todo el mundo la mortalidad general en menores de 5 años de edad es significativamente menor en los países industrializados, que en los países en vías de desarrollo. Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y la desnutrición son las principales causas de mortalidad infantil y preescolar (1). El morir de un niño con neumonía en un país industrializado es menor al 2% en el total de niños afectados por esa enfermedad, mientras que en un país en desarrollo la letalidad por neumonía fluctúa entre 10 y 20% (4).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la causa principal de enfermedades en todas las poblaciones y la que más frecuentemente solicita la utilización de los servicios de salud en el mundo (5). Se estima que 4 de los 14 millones de niños menores de 5 años, mueren cada año en el mundo a causa de neumonía, y dos terceras partes de estas muertes acontecen aproximadamente del 50% de las muertes tanto de diarreas como neumonías, de preferencia en niños menores de un años de edad, el número de muertes alcanzan cifras que por esa magnitud son inaceptables.

En general se puede decir que las infecciones de vías respiratorias bajas muestran una distribución estacional siendo más alta en los meses de invierno, ya que los cambios de temperatura alteran los mecanismos de defensa y favorecen la instalación de procesos virales y bacterianos secundariamente (3).

En 1966 ocurrieron 7,996 defunciones por IRA en menores de 5 años a nivel nacional, lo que representa una disminución de 7.6% en comparación a los 8,649 que ocurrieron en 1995 (4).

**MORTALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN
MENORES DE 5 AÑOS (1990-1995), EN EL ESTADO DE PUEBLA.**

AÑO	MUERTES	TASA
1990	992	281.50%
1995	361	224.80%

En el municipio de San Salvador El Seco, Puebla, en el año de 1995 a la fecha, se ha observado un notable incremento en la presencia de IRA afectando especialmente al menor de un año.

El término infecciones respiratorias agudas agrupa diversos síndromes y enfermedades cuya característica es su puerta de entrada y localización en vías respiratorias. Operativamente se les ha dividido en infecciones de vías respiratorias superiores y de vías respiratorias inferiores. Entre las segundas destacan bronquitis, bronquiolitis bronconeumonía y neumonía.

Neumonía: es un proceso inflamatorio que afecta principalmente al área de intercambio de gases del pulmón.

CLASIFICACIÓN DE LAS NEUMONÍAS

Desde el punto de vista histopatológico, se clasifican en:

- **Neumonía intersticial o bronquiolitis:** Producida por *Mycoplasma Pneumoniae*, en donde la inflamación afecta preferentemente a los septos alveolares.
- **Neumonía lobulillar o Bronconeumonía:** Producida por el estafilococo, existe inflamación en las vías aéreas, especialmente en los bronquiolos terminales y los respiratorios (12), En la Bronco neumonía las lesiones en ambos pulmones son multifocales y comprenden diferentes lobulillos con infiltrado inflamatorio y exudado intraanveolar.
- **Neumonía de formas especiales:** La importancia de esta clasificación radica en que cada una de las formas anotadas le corresponde un cuadro clínico mas o menos específico (11).

Por los agentes que las producen se clasifican en: Virales, Bacterianas o neumonía por aspiración.

NEUMONÍA DE ORIGEN VIRAL

Muchos virus son capaces de producir infección del tracto respiratorio inferior en niños, principalmente bronquiolitis y lesiones intersticiales, el tipo y la gravedad están influidos por varios factores incluyendo: edad, sexo, estación del año y hacinamiento. El virus más frecuente es el virus respiratorio sincicial, uno de los virus de parainfluenzae, adenovirus o enterovirus.

Neumonía de células gigantes. A veces los pacientes desarrollan una neumonía de células gigantes tras padecer sarampión.

NEUMONÍA BACTERIANA

La neumonía bacteriana durante la infancia y la neumonía en ausencia de una enfermedad crónica subyacente es poco frecuente. En los lactantes o en los niños pequeños con infección del tracto respiratorio inferior, y los hallazgos en la exploración física pueden ser sorprendentemente escasos. Con frecuencia se encuentran signos radiográficos de neumonía en lactantes que sólo parecían infecciones del tracto respiratorio superior, taquipnea o fiebre.

Neumonía Neumocócica: Su incidencia ha disminuido a lo largo de las últimas décadas, el neumococo (*S. Pneumoniae*) continua siendo el agente patógeno más frecuente, contabilizando más del 90% de las neumonías bacterianas de la infancia, se presentan en invierno y principios de la primavera, en la infancia las tasas más elevadas se encuentran durante los primeros cuatro años de vida.

Neumonía Estreptococcica: Las enfermedades producidas por los estreptococos del grupo A están casi limitada al tracto respiratorio superior, pero los gérmenes pueden extenderse a otras áreas del cuerpo.

Neumonía Estafilococcica: La neumonía producida por *S. Aereus* es una infección grave y rápidamente progresiva que, a menos que se diagnostique precozmente y se trate adecuadamente, se asocia con una morbilidad prolongada y una alta mortalidad. Aparece menos frecuente que la neumonía neumocócica ó la viral y es más frecuente en los lactantes que en los niños.

Neumonía producidas por gérmenes gram-negativos: Neumonía por *H. Influenzae*, por *Klebsiella pneumoniae*, Neumonía por *Pseudomona aeruginosa*.

Neumonía de otras etiológicas: Por *Pneumocystis Carinni*. Sólo se encuentran en las vías aéreas periféricas del hombre y de otros animales incluyendo los roedores. En el

hombre la infección con este parásito se asocia a estados de debilidad crónica o a inmunosupresión, o bien a prematuridad o grave enfermedad neonatal.

Neumonía por aspiración: Aspiración de comida y vómitos. Los lactantes con lesiones obstructivas, tales como fístula traqueoesofágica y obstrucción duodenal, los niños y los lactantes enfermizos sin lesión obstructiva, y los pacientes con alteración de la conciencia pueden aspirar o aspirar y después regurgitar, una cantidad suficiente de comida y vómito como para producir una neumonía química.

Neumonía por hidrocarburos: Los hidrocarburos como barnices, queroseno, líquido de encendedor y gasolina pueden en ocasiones ser ingeridos de forma accidental por los niños pequeños, produciendo una neumonitis secundaria.

ETIOLOGÍA

PRINCIPALES CAUSAS DE NEUMONÍA

Causas virales: Virus de la influenza, virus sincicial respiratorias, virus de la parainfluenza, adenovirus.

Causas Bacterianas: Microorganismos Gram-Positivos, Streptococos, stafilococos.

Microorganismos Gram_Negativos: Klebsiella, Pseudomona, H. Influenza (5).

PATOGENIA

Los agentes productores de neumonía y/o bronconeumonía puede llegar al tejido pulmonar por diversas vías. La clasificación de esta es a veces confusa con requerimiento de explicación.

Se llaman neumonía primaria: Si los agentes causales alcanzan las vías aéreas inferiores a partir de la nasofaringe.

Infección o neumonía secundaria: La vía de entrada de los microorganismos al tejido pulmonar puede ser aérea, pero siempre coexiste con alguna alteración inmunológica del paciente o de los mecanismos naturales de defensa, o bien con alteraciones anatómicas funcionales congénitas, o adquiridas del árbol traqueobronquial (3).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En general es muy difícil diferenciar por el cuadro clínico los diversos agentes etiológicos productores de neumonía, ya que todas comparten en mayor grado lo siguiente:

- a) Un síndrome infeccioso que incluye fiebre, anorexia, vómito, pérdida de peso y ataque al estado general.
- b) Signos y síntomas respiratorios como: tos seca posteriormente productiva, dolor torácico, expectoración y signos variables de insuficiencia respiratoria, aleteo nasal, tirios intercostales y subcostales, retracción xifoidea, disnea, cianosis.
- c) Síndrome físico de condensación (atelectasia, derrame pleural.)
- d) Otros síntomas por complicaciones extrapulmonares (íleo paralítico, sepsis, etc),, o por enfermedad subyacente o de base, de grado variable en relación con la edad del paciente.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Clínico: Los aspectos clínicos son la base para el diagnóstico de infección respiratoria baja, sin embargo, cuando son indicativas de la existencia de la neumonía en cualquiera de las formas ya analizadas es diagnóstico etiológico prioritario para un buen tratamiento, aunque difícilmente se puede establecer dichas bases.

Diagnóstico Radiológico: Pueden existir algunas consideraciones orientadas. No hay imagen radiológica diagnóstica para ningún tipo de agente etiológico (9).

Diagnóstico Microbiológico: Exudado faringeo, obtención de esputo, aspiración de material por broncoscopia.

Diagnóstico Serológico: la determinación de anticuerpos de antígenos bacterianos, virales y microplasma, aunque son útiles y su uso y aplicación son sistemáticos no están al alcance de la mayoría de los centros hospitalarios (11). Otros exámenes de laboratorio son: BH, EGO, PPD, Gasometría, prueba de latex en orina.

Diagnóstico Diferencial: Además de diferencia la neumonía de bronquitis, laringotraqueobronquitis, asma bronquial, cuerpo extraño en bronquios, acidosis metabólica, etc. es importante el manejo de los aspectos epidemiológicos patógenos clínicos de laboratorio y radiológicos con el fin de intentar el diagnóstico etiológico y poder ser mas racional con la terapia antimicrobiana (3).

COMPLICACIONES

Las complicaciones son múltiples y están en relación entre otras cosas con el agentes etiológico, las condiciones del huésped y la instalación del tratamiento oportuno y adecuado; estas pueden ser:

- a) Lesiones pleuropulmonares.
- b) Alteraciones hemodinámicas.
- c) Desequilibrio acido-base e hipoxía.

60652

TRATAMIENTO

El reto al que se enfrenta la mayoría de los clínicos no es el diagnóstico de neumonía sino la determinación de la etiología, ya que una amplia gama de microorganismos puede causar neumonías adquiridas en la comunidad y no hay un simple antibiótico que cubra todas las causas posibles, también es necesario:

- a) apoyo fisiológico.
- b) Apoyo Inmunológico.
- c) Medidas Preventivas.
- d) Terapia Antimicrobiana (7).

ACCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA

- A través de los años, las defunciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA) presenta un comportamiento estacional bien definido, por lo que de manera predictiva se debe incorporar acciones preventivas en los meses invernales en la disminución del problema.
- Se debe asegurar una cobertura de servicios de salud para todos los usuarios, principalmente los que se encuentran en mayor riesgo en áreas rurales e inaccesibles.
- Identificar el grupo blanco de máximo riesgo, esto es, a los menores de un año.
- Se debe garantizar la calidad de la atención en función de la gravedad de la (IRA) y su oportunidad.
- Debe haber disponibilidad de los medicamentos requeridos por cada uno de los casos.
- Asegurar la operatividad de la atención primaria a la salud; promoviendo al autocuidado de la salud.
- Deben darse capacitación continua y actualizada al personal de salud.
- Se debe detectar y derivar oportunamente complicaciones.
- Conocer los factores predisponentes que coinciden la presentación de neumonías tanto por el personal de salud, como la persona que está a cargo del menor.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE NEUMONÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTOS
Limpieza ineficaz de las vías aéreas en relación con esputo purpulento.	Auscultar pulmones en busca de crepitantes y roce de fricción pleural.	Determinar la insuficiencia del intercambio gaseoso y la obstrucción de las vías aéreas por las secreciones.
	Valorar características de las secreciones (cantidad, color, consistencia, olor).	Probable infección cuando son espesas, amarillas o huelen mal.
	Valorar estado de hidratación: turgencias de la piel, membranas, mucosas, ingesta y excreta en 24 horas. Hto.	Determina la cantidad de líquidos y valorar el hto.
	Control de RX.	Localización de la afección pulmonar.
	Tinción Gram y cultivo de esputo.	Identifica microorganismos y agentes infecciosos más apropiado.
	Ayudar al paciente cuando tosa.	La tos elimina las secreciones y previene las atelectasias.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTOS
Vías aéreas permeables	Cambios de posición.	Movilización de secreciones por gravedad.
	Humidificación.	La humidificación ablanda las secreciones y facilita su expectoración.
	Fisioterapia torácica, percusión, vibración, drenaje, postural.	Despega las secreciones.
	Vías aéreas permeables.	Vías aéreas limpias, respiración sin obstrucción, sonidos respiratorios son claros Rx de Tórax es clara,
	Patrón respiratorio eficaz y sin dolor.	tos remitida, temperatura normal para el paciente.
	Intercambio gaseosos en límites normales.	Gasometría en límites normales (paO ₂ 80-100 mm/Hg. Tos remitida y no hay dolor. Pa O ₂ =80-100 mm/Hg. PH arterial = 7.35-45. Sonidos respiratorios sin claros.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTOS
Patrón respiratorio ineficaz en relación con procesos inflamatorios y el dolor pleurítico.	Temperatura en límites normales.	Temperatura = 38° C La piel esta caliente y húmeda.
	Estado nutricional en límites normales.	Aumento de peso mejoraría en ingesta de alimentos y líquidos.
	El paciente realiza actividades habituales y sin fatiga o disnea.	El paciente realiza actividades de autocuidado.
	Ansiedad reducida.	Reducida a nivel controlable. El paciente esta relajado.
	La información se ha asimilado.	El paciente comprende la importancia del auto cuidado y como prevenir la recurrencia.
	Observar cambios en la frecuencia y profundidad respiratoria.	Determinar la suficiencia del patrón respiratorio.
	Observar si hay acortamiento de la respiración o si ésta es trabajosa, su hay retracción xifoidea o tiros intercostales.	Identificar el incremento del trabajo del patrón respiratorio.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTOS
Deterioro de el intercambio gaseoso: relación con cambios de la membrana alveolo-capilar secundarias a la inflamación.	Medir el v.c. y c.v.	Indica el volumen de aire que se moviliza hacia dentro y hacia fuera de los pulmones.
	Valorar el dolor.	Causa alteración en el patrón respiratorio.
	Patrón respiratorio.	La elevación de la cabecera desplaza el contenido abdominal hacia abajo y permite al diafragma una mejor elevación.
	Auscultación de los pulmones en busca de estertores.	Determinar el intercambio gaseoso.
	Observar color de piel y llenado capilar.	Determina la suficiencia circulatoria de los tejidos.
	Monitorizar gasometrías.	Determina la necesidad de O ₂
	Administrar agentes antiinfecciosos.	Inhibe crecimientos de microorganismos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTOS
Hipertemía.	Administración de O ₂ según prescripción.	Mejorar trabajo respiratorio e intercambio gaseoso.
	Medir temperatura.	Indica fiebre y su magnitud.
	Valorar temperatura y calor de la piel.	Piel caliente, seca y enrojecida indica fiebre.
	Monitorear frecuentemente recuento de leucocitos.	Indica proceso inflamatorio y/o infección.
	Administración antipiréticos.	Reduce la fiebre por acción en el hipotálamo.
	Control de líquidos.	Determina el equilibrio hidroelectrolítico.
	Proporcionar baño tibio con esponja.	Facilita la pérdida de calor por evaporar.
Trastornos en la nutrición: en relación con la anorexia y la disnea.	Administración de agentes antiinfecciosos según prescripción.	Inhibe el crecimiento de microorganismos.
	Valoración de los hábitos y las necesidades dietéticas.	Ayuda a individualizar la dieta.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTOS
	Peso diario al paciente.	Para llevar un control adecuado.
	Auscultación de los borborigmos intestinales.	Valorar peristalsis gastrointestinal para la digestión.
	Monitorizar la albúmina y linfocitos.	Indica la suficiencia de las proteínas viscerales, que están reducidas cuando la alimentación es inadecuada.
	Medición de la circunferencia media del brazo.	Indica los depósitos de proteínas.
	Administración de oxígeno durante comidas según prescripción.	Reduce la disnea.

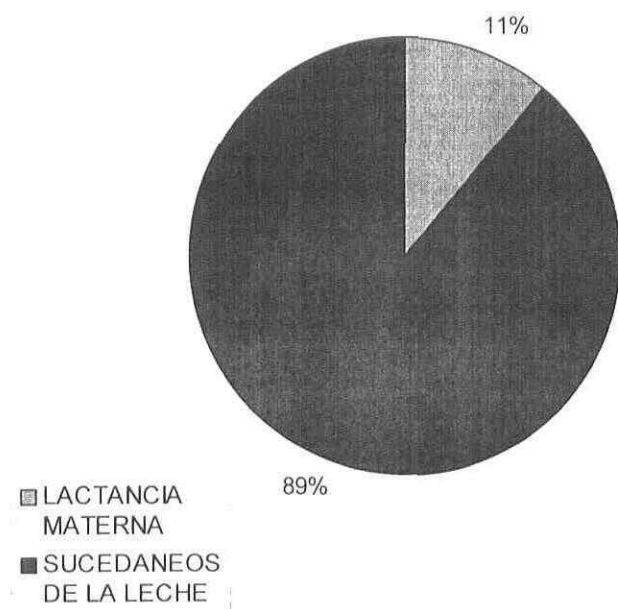
CUADRO No. 1
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA

EDAD / SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1 A 30 DÍAS	2	0	2
1 A 2 MESES	1	1	2
2 A 3 MESES	0	2	2
3 A 4 MESES	3	1	4
5 A 6 MESES	2	0	2
7 A 8 MESES	1	1	2
9 A 10 MESES	0	0	0
11 A 12 MESES	1	2	3
13 A 14 MESES	1	1	2
15 A 16 MESES	0	0	0
TOTAL	11	8	19
%	88%	22%	100%

FUENTE: ENCUESTA

DE ACUERDO AL CUADRO No. 1 EL GRUPO MÁS VULNERABLE CON RESPECTO AL SEXO CORRESPONDE AL MASCULINO, EN CUANTO A LA EDAD SE OBSERVA UNA MAYOR INCIDENCIA ENTRE LOS MENORES DE UN AÑO, CON MAYOR AFECTACIÓN EN LOS NIÑOS DE 3 A 4 MESES DE EDAD.

GRÁFICA No. 2
LACTANCIA MATERNA EN LOS PACIENTES CON NEUMONÍA



FUENTE CUADRO 2

CUADRO No. 3
TIPO DE NUTRICIÓN EN LOS PACIENTES CON NEUMONÍA

TIPO	D -O	D - LEVE	D - MODERADA	D - GRAVE	TOTAL
CANTIDAD	6	3	6	4	19
PORCENTAJE	31.5%	15.7%	31.5%	21.3%	100%

FUENTE: ENCUESTA

EN EL CUADRO No. 3 APRECIAMOS LA NUTRICIÓN, JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN LA PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD, YA QUE EL 68.5% DE LOS PACIENTES PRESENTAN ALGÚN GRADO DE DESNUTRICIÓN, EN TANTO QUE SÓLO EL 31.5% CORRESPONDÍA A NIÑOS SANOS.

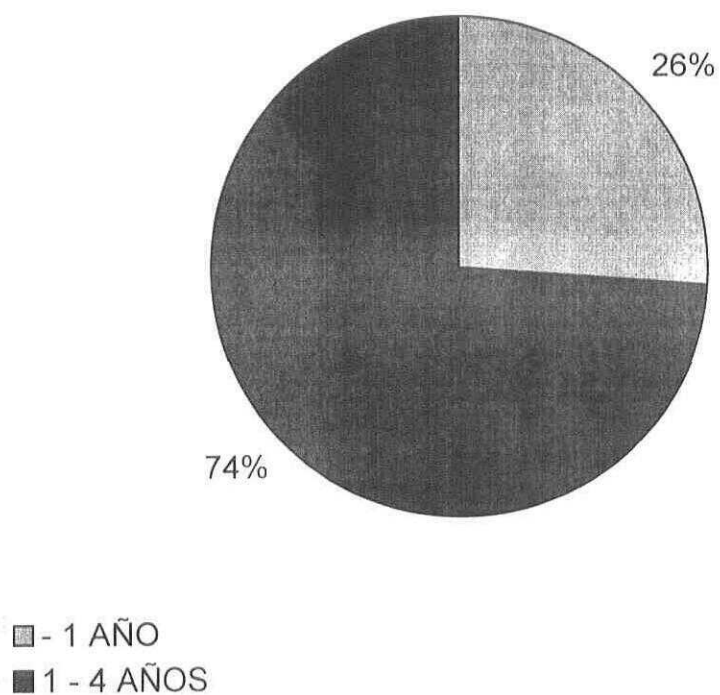
CUADRO No. 2
LACTANCIA MATERNA EN LOS PACIENTES MENORES DE 5
AÑOS CON NEUMONÍA

EDAD / DÍAS	LACTANCIA MATERNA		U. T.
	SÍ	NO	
0 – 30	2	0	2
31 – 60	1	0	1
61 – 90	1	0	1
91 – 120	2	1	3
121 – 150	1	0	1
151 – 180	2	1	2
181 – 210	1	0	2
211 – 240	1	0	1
241 – 270	0	0	0
271 – 300	0	0	0
301 – 330	1	0	1
331 – 360	1	0	1
361 – 390	1	0	1
391 – 730	3	0	3
TOTAL	17	2	19

FUENTE: ENCUESTA

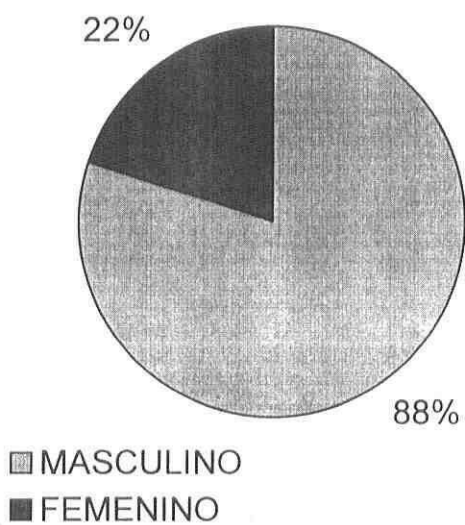
EN EL CUADRO No. 2 SE PUEDE APRECIAR QUE SOBRESALE EL GRUPO DE LOS NIÑOS ALIMENTADOS AL SENO MATERNO, CON UN 89%, EN TANTO QUE LOS ALIMENTADOS CON SUCEDÁNEOS DE LA LECHE, OCUPÓ SÓLO EL 11% EL PREDOMINIO DE ESTA PRÁCTICA SE OBSERVA SOBRE TODO EN LOS MENORES DE UN AÑO.

GRÁFICA 1B
PACIENTES CON NEUMONÍA DE ACUERDO A LA EDAD



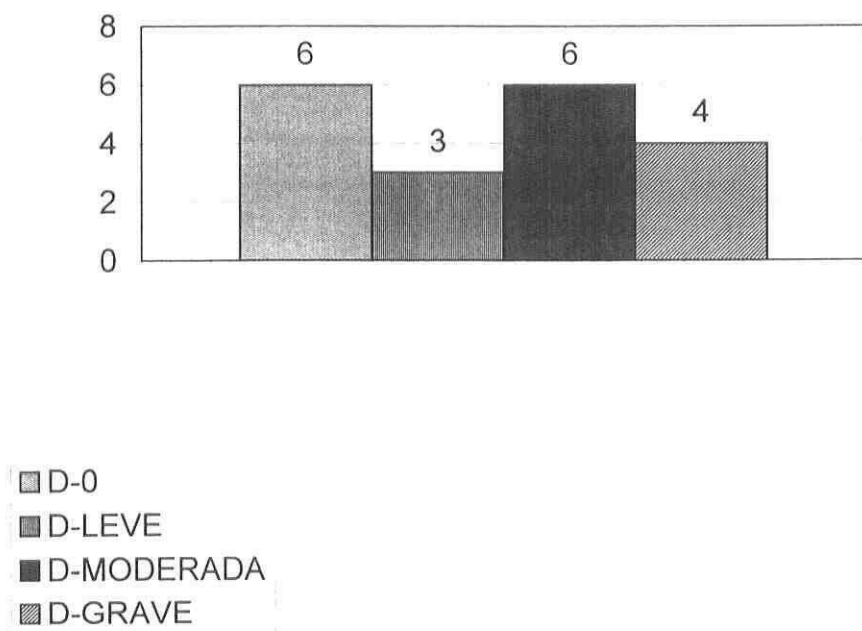
FUENTE CUADRO 1

GRÁFICA 1A
PACIENTES CON NEUMONÍA DE ACUERDO AL SEXO



FUENTE CUADRO 1

GRÁFICA No. 3
TIPO DE NUTRICIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA



FUENTE CUADRO 3

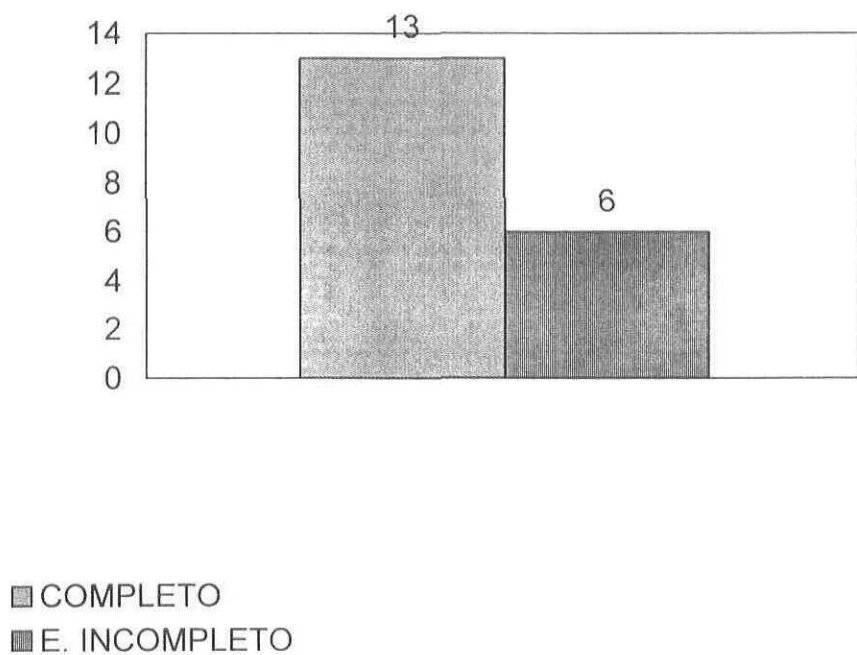
CUADRO No. 4
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES MENORES DE 5
AÑOS, CON NEUMONÍA

TOTAL	ESQUEMA DE VACUNACIÓN	
	COMPLETO	INCOMPLETO
U. T.		
19	13	6
%	68.4%	31.6%

FUENTE: ENCUESTA

ANALIZANDO EL CUADRO No. 4 OBSERVAMOS QUE NUESTROS 19 PACIENTES EN ESTUDIO, 13 DE ELLOS CONTABAN YA CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO, CORRESPONDIENDO A UN 68.4%, NO ASÍ EL RESTANTE 31.6% AL QUE NO SE APLICABAN LAS DOSIS CORRESPONDIENTES DE ACUERDO A SU EDAD, CUANDO PRESENTARON LA ENFERMEDAD.

GRÁFICA No. 4
ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA



FUENTE CUADRO 4

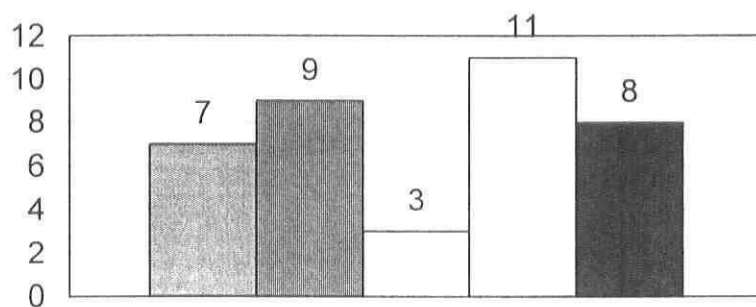
CUADRO No. 5
TIPO DE VIVIENDA DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA

TIPO DE VIVIENDA						
CONSTRUCCIÓN			No. DE CUARTOS		TIPO DE PISO	
ADOBE	CONCRETO	MADERA	1	2 ó +	CEMENTO	TIERRA
7	9	3	11	8	11	8

FUENTE: ENCUESTA

EL CUADRO No. 5 NOS MUESTRA QUE EL TIPO DE VIVIENDA, EN QUE HABITAN ESTOS PACIENTES NO REÚNEN LAS CONDICIONES NECESARIAS, YA QUE FACILITAN LA ENTRADA DE CORRIENTES DE AIRE, ASÍ MISMO PERMITEN LA PROLIFERACIÓN DE GÉRMENES, AUNADO A ESTO EL HACINAMIENTO QUE SE PRESENTA EN UN 58%, ES UN FACTOR DETERMINANTE DE CONTAMINACIÓN.

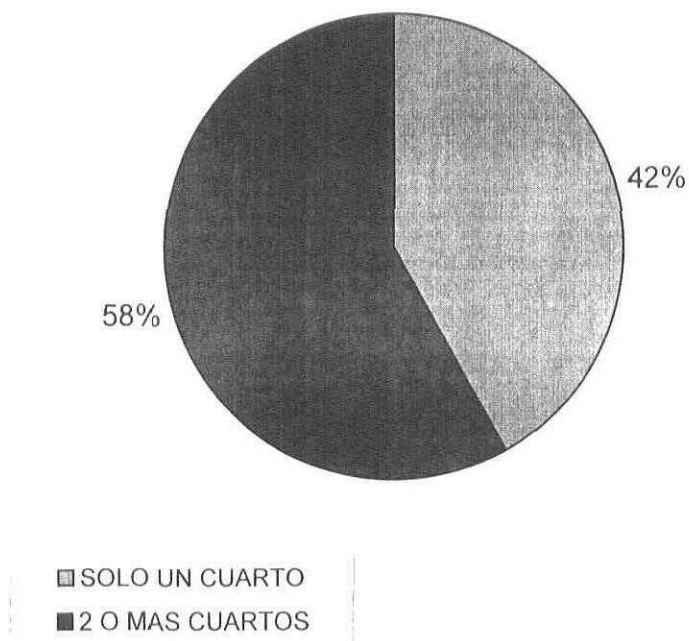
GRÁFICA No. 5
TIPO DE VIVIENDA DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA



- ADOBE
- CONCRETO
- MADERA
- CEMENTO
- TIERRA

FUENTE: ENCUESTA

GRÁFICA No. 5
TIPO DE VIVIENDA, No. DE CUARTOS DE LA VIVIENDA



FUENTE: CUADRO 5

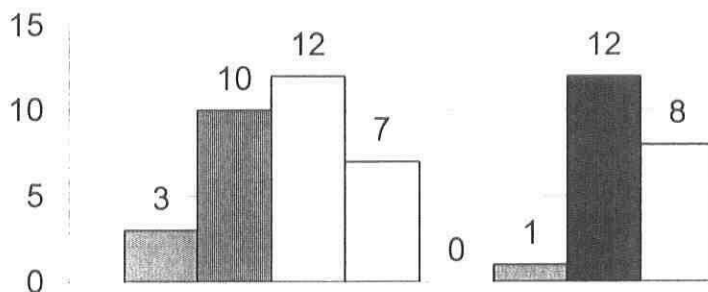
CUADRO No. 6
IDENTIFICACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS, POR LA MADRE O PERSONA
ENCARGADA DEL MENOR

TOTAL	CATARRO	TOS	FIEBRE	DISNEA	CIANOS	TIC	RECH. V. O.	IRRIT.
1						X	X	X
2				X			X	
3							X	X
4				X			X	
5		X	X				X	
6		X	X					
7			X	X				
8		X	X	X				
9	X						X	X
10							X	X
11		X	X				X	
12		X	X					X
13		X	X					X
14		X	X	X				
15	X	X	X	X			X	X
16							X	X
17	X	X	X	X				
18		X	X	X			X	
19			X	X			X	
TOTAL	3	10	12	7	0	1	12	8

FUENTE: ENCUESTA.

EN EL CUADRO No. 6 PODEMOS OBSERVAR QUE LOS SIGNOS DE MAYOR IDENTIFICACION FUERON LOS MAS COMUNES COMO SON: FIEBRE, RECHAZO A LA V. O. Y LA TOS, POR LO QUE ES NECESARIO REFORZAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS EN LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE SIGNO DE ALARMA, PARA QUE EXISTIENDO UNA DERIVACIÓN A TIEMPO, SE MEJORE EL PRONÓSTICO DE VIDA DEL PACIENTE.

GRÁFICA No. 6
IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS, POR PARTE DE LA MADRE O
PERSONA ENCARGADA DEL MENOR.



■ CATARRO	■ TOS
□ FIEBRE	□ DISNEA
■ CIANOS	■ TIC
■ RECH. V.O.	□ IRRITA

FUENTE: ENCUESTA

1er. ANÁLISIS

FACTORES DE RIESGO

En base a nuestro planteamiento del problema y la investigación realizada en nuestro protocolo de investigación; concluimos que la hipótesis planteada es verdadera, ya que los factores de riesgo para la presentación de las neumonías son: el sexo del paciente, debido a que se observó una mayor incidencia en el sexo masculino, por lo que debiera determinarse posteriormente a que obedece este patrón. Se encontró también que la edad es un factor determinante, ya que los más afectados debido a sus bajas defensas inmunológicas son los menores de un año, el programa implantado en el sector salud sobre “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, cumple un papel importante; ya que gracias a su promoción y difusión por parte del personal de salud del hospital rural El Seco, la mayoría de las madres lactan a los menores proviéndoles defensas inmunológicas.

Observamos también que la nutrición del menor es un factor decisivo en la presentación de neumonías, ya que la gran mayoría de los pacientes (68.5%) presentaban algún grado de desnutrición moderada la de mayor predominio, por lo que es necesario reforzar en la población la orientación nutricional; los hábitos higiénicos – dietéticos y promover el mejor aprovechamiento de los recursos alimenticios con los que cuenta la población.

El cuadro completo de inmunizaciones provee mecanismos de defensa contra las enfermedades prevenibles por vacunación, por lo que se observó que el programa de vacunación universal se está aplicando en el ámbito de responsabilidad de la zona de servicios médicos de San Salvador El Seco, aún cuando es necesario reforzar este programa.

El tipo de vivienda habitado por estos menores y sus familias es una condicionante definitiva en la presentación de las infecciones respiratorias, ya que el material con el que están construidas, así como el tipo de piso, permite que haya filtración de corrientes de aire y predominio de gérmenes; aunado a esto el hacinamiento, que es lo que favorece más la contaminación.

Todos estos factores desfavorables para la salud del menor, se suman a la escasa información recibida o captada por la madre en cuanto a medidas preventivas en el autocuidado de la salud, y por su poca o nula participación en los programas prioritarios del sector salud en beneficio propio y de su familia.

A continuación analizaremos el promedio estancia, manejo hospitalario y motivo de egreso del menor con neumonía del H. R. "S". El Seco.

CUADRO No. 7
DÍAS DE ESTANCIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA

No. NIÑOS	DÍAS. ESTANCIA
1	7
2	5
3	4
4	5
5	5
6	7
7	3
8	8
9	6
10	6
11	2
12	4
13	5
14	6
15	7
16	3
17	5
18	1
19	7
100%	PROM. EST. 5 DÍAS

EL CUADRO No. 7 NOS MUESTRA QUE LOS DÍAS DE ESTANCIA PARA LOS NIÑOS CON NEUMONÍA FUE DE UN PROMEDIO DE 5 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, DETERMINADO POR UN DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

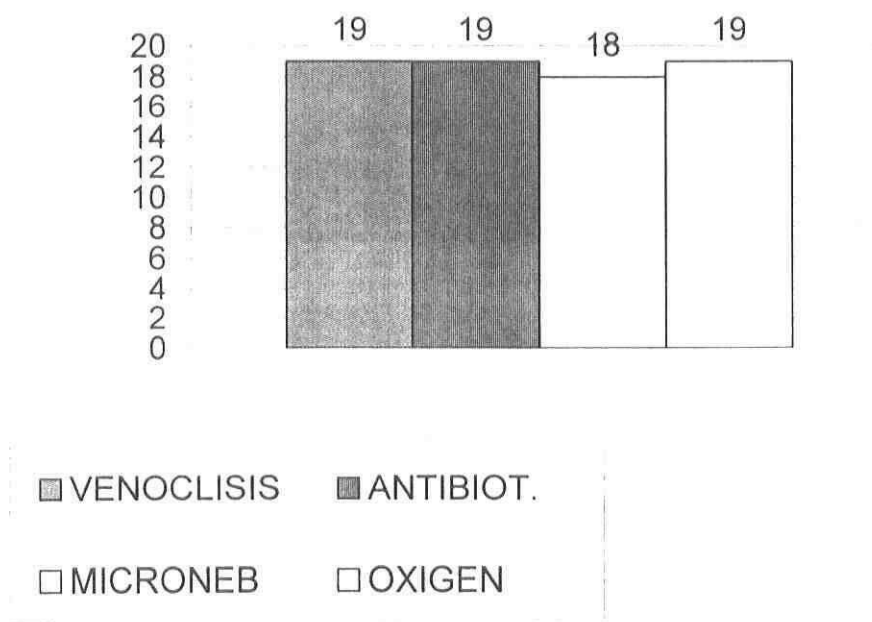
CUADRO No. 8
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON NEUMONÍA
TRATAMIENTO

No. DE PACIENTES	VENOCLISIS	ANTIBIOT.	MICRONEB.	OXIGENOT.
1	SI	SI	SI	SI
2	SI	SI	SI	SI
3	SI	SI	SI	SI
4	SI	SI	SI	SI
5	SI	SI	SI	SI
6	SI	SI	SI	SI
7	SI	SI	SI	SI
8	SI	SI	SI	SI
9	SI	SI	SI	SI
10	SI	SI	SI	SI
11	SI	SI	SI	SI
12	SI	SI	SI	SI
13	SI	SI	SI	SI
14	SI	SI	SI	SI
15	SI	SI	SI	SI
16	SI	SI	SI	SI
17	SI	SI	SI	SI
18	SI	SI	SI	SI
19	SI	SI	NO	SI
20	SI	SI	SI	SI
100%	100%	100%	95%	100%

FUENTE: ENCUESTA

EN EL CUADRO No. 8 APRECIAMOS QUE EL 100% DE LOS PACIENTES FUE NECESARIO INSTALAR VENOCLISIS, ASÍ COMO LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICO Y OXÍGENOTERAPIA; SE RECURRIÓ A LAS MICRONEBULIZACIONES EN UN 95%; POR LO QUE EL TRATAMIENTO CONSTITUYÓ UN MANEJO HOSPITALARIO DEL PACIENTE, CON LO QUE SE AFECTÓ AL MENOR EN SU ASPECTO BIOPSIOSOCIAL.

CUADRO No. 8
TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA



FUENTE: ENCUESTA CUADRO No. 8

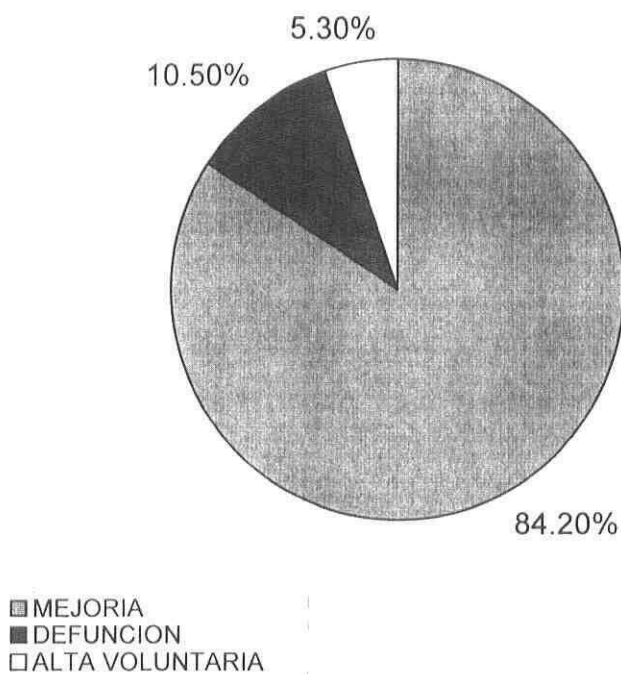
CUADRO No. 9
TIPO DE EGRESO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA

No. PACIENTE	MEJORÍA	VOLUNTARIA	DEFUNCIÓN
1	X		
2			X
3	X		
4	X		
5	X		
6	X		
7	X		
8	X		
9	X		
10	X		
11		X	
12	X		
13	X		
14	X		
15	X		
16	X		
17	X		
18			X
19	X		
TOTAL 100%	16	1	2
	84.2%	5.3%	10.5%

FUENTE: ENCUESTA

EN EL CUADRO No. 9 PODEMOS OBSERVAR QUE EL EGRESO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA FUE POR MEJORÍA EN UN 84%, POR DEFUNCIÓN EN UN 10% Y POR ALTA SOLICITADA EN UN 5.3%, POR LO QUE DEDUCIMOS QUE LA ATENCIÓN OTORGADA POR EL PERSONAL DE SALUD EN EL H. R. S. EL SECO, RESPONDE A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN BASÁNDOSE EN UN DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y EN LA DIFUSIÓN DE PROGRAMAS PRIORITARIOS.

GRÁFICA No. 9
TIPO DE EGRESO DEL PACIENTE CON NEUMONÍA



FUENTE: CUADRO No. 9

COMENTARIOS

2º ANÁLISIS DE LOS CUADROS 7 – 8 Y 9

Es importante hacer notar que el promedio de días de estancia en los menores con neumonía fue de 5, lo cual se logró por la calidad de atención otorgada en el H. R. “S”. El Seco, en cuanto a diagnóstico precoz y tratamiento específico. Este tratamiento de los menores requirió la instalación de venoclisis, administración de antibióticos, como fueron la penicilina sódica cristalina y amikacina sin llegar a la utilización de antibióticos de tercera y cuarta generación, la oxigenoterapia y micronebulizaciones también formaron parte del tratamiento; por lo mismo se requirió de manejo hospitalario del paciente con lo cual se vio afectado en su integridad física, emocional y social.

La difusión y promoción adecuada de los programas prioritarios de salud, en la patología que nos ocupa (I. R. A. S.) tiene como objetivo prevenir complicaciones y evitar que estos menores lleguen a requerir de un manejo hospitalario.

Al analizar el cuadro no. 9 “Tipo de Egreso del Paciente”, apreciamos que la gran mayoría de los pacientes su egreso fue por mejoría, por lo que nos podemos dar cuenta que el personal de salud con que cuenta el H. R. “S”. El Seco y sus recursos; responden a las necesidades de salud de la población en lo que corresponde a su ámbito de responsabilidad.

SUGERENCIAS

- Promover intensivamente el “Programa de Infecciones Respiratorias Agudas” (IRAS) en toda la población, con mayor énfasis en las madres de familia de los menores de cinco años, sobre todo en los meses cuando existen cambios bruscos de temperatura.
- Continuar con la promoción, difusión y mantenimiento del programa “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, por los beneficios que este representa para el binomio.
- Que el personal de salud proporcione orientación nutricional a las madres de los menores, basándose en el aprovechamiento óptimo de los recursos alimenticios con que cuenta la población, evitando de esta manera la desnutrición y sus complicaciones.
- Se sugiere hacer más énfasis en el “Programa de Vacunación Universal” realizando ferias de salud, barridos casa a casa revisando cartillas de vacunación para detectar a los niños no inmunizados, además se puede aprovechar para realizar registro de peso y talla del menor.
- Promover la participación de los promotores de acción comunitaria (PAC) en el saneamiento ambiental de la población.
- Solicitar recursos materiales o financieros al H. Ayuntamiento para el mejoramiento de la vida en beneficio de la población más necesitada.
- Favorecer la enseñanza – aprendizaje de la población en cuanto a manejo de los padecimientos más frecuentes, con un diagnóstico de salud real, actualizar los conocimientos del personal de enfermería en el manejo de pacientes con I. R. A. Y neumonía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1.- Programa Nacional de Prevención y control de las Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas. Secretaría de Salud Boletín Bimestral. Vol. 1 Año 1 Sep – oct / 95. Págs. 10 – 11.
2. Publicación Trimestral de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud). Boletín Trimestral Vol. 6 No. 3 Julio – Septiembre 1997. Pág. 7.
3. Infectología Clínica Pediátrica. Infecciones de Vías Respiratorias Inferiores. Págs. 107 Ed. Trillas de Segunda Reimpresión año 1996.
4. Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias. Secretaría de Salud. Boletín Bimestral. Vol. 3 Enero – Febrero 1997.
5. Enfermedades Respiratorias, Manifestaciones Clínicas. El Manual Moderno. Págs. 141 – 151.
6. Medidas para la Prevención y el control de los Padecimientos con Puerta de Estado por Vía Respiratoria. (IRA) Instructivo Técnica Médico para Unidad Médica Rural. IMSS – SOLIDARIDAD. Págs. 8 – 10.
7. Programa Actual de la Neumonía. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México. (INER). Vol. 6 No. 3 Julio – Septiembre 1993. Págs. 123 – 124.
8. La Historia de la Neumología en México. Revista del Instituto Nacional de las Enfermedades Respiratorias en México. (INER) Vol. 6 No. 3 Julio – Septiembre 1993. Págs. 342 – 348.
9. Calidad de la Atención Médica en los Niños Hospitalizados por Infección Respiratoria Aguda. Boletín Médico Hospital Infantil de México. Vol. 52 No. 6. Junio 1995. Págs. 342 – 348.
10. Neumonía Nelson Tratado de Pediatría. Novena Edición. Vol. 2 Ed. Interamericana México 1990. Págs. 1083 – 1094.
11. Neumonía y / o Bronconeumonía. Infectología Clínica Pediátrica. Ed. Trillas. Segunda reimpresión. Febrero 1996. Págs. 104 – 126.

12. Neumonía Aguda, Agentes Virales y casi Virales. Radiología Pediátrica. Hilton Manuel Moderno. Págs. 95 – 120
13. Etnografía de la Infección Respiratoria Aguda en la Zona Rural del Altiplano Mexicano. Revista de Salud Pública de México. Vol. 39 No. 3 Mayo – Junio 1997. Págs. 207 – 215.