

**IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN
EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 0 A 5 AÑOS, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL CIVIL DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO
EN LOS MESES DE FEBRERO 2013 A MAYO DE 2013.**

**ARIEL ARIAS MARÍN
GERARDO ANTONIO MURILLO ZAPATA
HERMES OSPINA
DIEGO ALEXANDER REVELO
FERNEY ALEXANDER RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICA, TECNOLOGÍAS E INGENIERÍA
TECNOLOGIA EN REGENCIA FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 3**

**IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN
EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 0 A 5 AÑOS, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL CIVIL DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO
EN LOS MESES DE FEBRERO 2013 A MAYO DE 2013.**

**ARIEL ARIAS MARÍN
GERARDO ANTONIO MURILLO ZAPATA
HERMES OSPINA
DIEGO ALEXANDER REVELO
FERNEY ALEXANDER RODRIGUEZ**

Trabajo de Grado presentado
Como requisito para optar el título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Asesor:

DILSON RIOS ROMERO
Médico y Cirujano,
Esp. Gerencia de Salud Pública

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICA, TECNOLOGÍAS E INGENIERÍA
TECNOLOGIA EN REGENCIA FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 3**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5
1. TITULO	7
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
2.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVOS GENERALES	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. JUSTIFICACIÓN	13
5. MARCO REFERENCIAL	14
5.1 MARCO TEORICO	14
5.2 MARCO LEGAL	15
5.3 MARCO CONCEPTUAL	16
5.4 MARCO GEOGRAFICO	16
5.5 MARCO HISTÓRICO	22
6. DISEÑO DE PROCEDIMIENTOS Y METODOLOGIA	24
6.1 HIPÓTESIS	24
6.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	24
6.3 TIPO DE ESTUDIO	24
6.4 FUENTE DE INVESTIGACIÓN	24
6.4.1. Fuente Primaria	24
6.4.2. Fuente Secundaria	25
6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	25
6.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	25
6.7 VARIABLES DE ESTUDIO	25
7. RESULTADOS Y ANALISIS	28
8. ALTERNATIVAS PARA LA SOLUCIÓN	47
9. PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO	48
9.1 RECURSOS HUMANOS	48
10. RECURSOS DISPONIBLES	49

	Pág.
11. PRESUPUESTO	50
12. CRONOGRAMA	51
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	55

INTRODUCCIÓN

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por distintos gérmenes que afectan cualquier punto del aparato respiratorio constituyen la primera causa de morbi - mortalidad y atención en los servicios de salud en niños y niñas menores de 5 años fundamentalmente en países subdesarrollados.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen la primera causa de consultas médicas y de morbilidad tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. En la mayoría de los países se estima que los niños y niñas menores de 5 años presentan de 4 a 8 episodios de infección respiratoria aguda (IRA) por año. La diferencia entre los niños y niñas de países desarrollados y los de países en vías de desarrollo no radica en el número de episodios sino en la gravedad de los mismos, en el mayor riesgo de adquirir neumonía y morir en el curso de una infección respiratoria aguda (IRA).

La mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) es un índice de las manifestaciones más graves de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y las muertes por infección respiratoria aguda (IRA) también proporcionan un indicador del estándar general de la atención en salud. Se calcula que en el mundo se utilizan 8 billones de dólares anuales en el tratamiento de los síntomas de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

La mayor parte de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) Tienen lugar de forma epidémica, en los meses de otoño e invierno, y en su etiología se invocan especialmente, los virus respiratorios: rinovirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, sincitial respiratorio, etc., aunque también juegan un papel fundamental algunas bacterias como Neumococo, Haemophilus influenzae, micoplasma pneumoniae, clamidias, rickettsias y hongos.

La neumonía bacteriana es la principal causa de muerte por infección respiratoria aguda (IRA) (90%) en el menor de 15 años en los diferentes grupos hectáreos y las bacterias más comunes que las producen son el Neumococo y el H. Influenzae. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la principal causa de muerte por infección respiratoria aguda (IRA) (90%) en el menor de 15 años en los diferentes grupos hectáreos siendo el estreptococo pneumoniae el más frecuente (40% de las neumonías extra hospitalarias en países desarrollados) y en los subdesarrollados son responsables de alrededor de 80% de todos los casos de neumonía admitidos en hospitales, seguido por el Haemophilus influenzae pudiendo ser muy graves e incluso mortales.

Se estima que alrededor de 4,5 millones de niños y niñas entre 1 y 4 años de edad mueren cada año por esas causas; de ellos casi la tercera parte son por las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), fundamentalmente neumonía. La

neumonía y la bronconeumonía son los principales motivos de ingreso hospitalario. No obstante la mayoría de los casos son manejados al nivel de la APS. Especial atención debe prestarse en el caso de los niños y niñas con bajo peso, mal nutridos o con otros factores de riesgo asociados. Aproximadamente 2 de cada 100 episodios de infección respiratoria desarrollan neumonía, por lo que requieren el uso de antibióticos, de lo contrario entre 15 y 25% de los niños y niñas pueden morir. Los factores que influyen en las prácticas de utilización de antibióticos son múltiples y dependen del médico, la especialidad, la afección específica, el paciente e incluso los familiares, especialmente cuando se trata de niños y niñas.

1. TITULO

IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 0 A 5 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CIVIL DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO EN LOS MESES DE FEBRERO 2013 A MAYO DE 2013.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la principal causa de consulta Pediátrica en atención primaria y servicios de urgencia, constituyendo el 60% de todas las consultas anuales en promedio, representando uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta morbilidad y repercusión socioeconómica, ya que son causa de un gran ausentismo laboral y consumo inadecuado de medicamentos. Pueden ser causadas por una diversidad de agentes infecciosos, siendo los más importantes los virus y, en segundo lugar, las bacterias. De ellas, aproximadamente 50% son IRA altas y 50% IRA bajas. En las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB), hace una década, en 1994, la neumonía era la primera causa de mortalidad infantil tardía, dando cuenta del 24% de las defunciones en este grupo etario; un 60% de ellos ocurrían en domicilio. Así, el Ministerio de Salud da inicio a una estrategia dirigida al nivel de Atención Primaria de Salud, con un Programa Unificado de Infecciones Respiratorias Agudas, formulando normas que priorizan la toma de decisiones terapéuticas en base a parámetros preferentemente clínicos, y al apoyo radiológico o de Laboratorio.

Los factores predisponentes más importantes se relacionan con exposición ambiental como contaminación ambiental dentro o fuera del hogar, tabaquismo pasivo, deficiente ventilación de la vivienda, Cambios bruscos de temperatura, asistencia a lugares de concentración como teatros, cines, estancias infantiles, contacto con personas enfermas de IRA, Datos individuales y sociales como : edad. La frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año, y especialmente en los menores de dos meses de edad, bajo peso al nacimiento, ausencia de lactancia materna, desnutrición, infecciones previas, esquema incompleto de vacunación, carencia de vitamina A, sociales: hacinamiento, piso de tierra en la vivienda, Madre con escasa escolaridad.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad infantiles en América Latina. En Guatemala, la neumonía es la primera causa de muerte en niños y niñas pequeños y ocasiona aproximadamente una tercera parte de las consultas ambulatorias a servicios pediátricos. Una buena proporción de estas muertes se deben a un manejo deficiente, atribuible a la falta de reconocimiento de los primeros signos de neumonía, a la presencia de barreras que impiden una búsqueda inmediata de atención, a la consulta a proveedores inapropiados o a recomendaciones terapéuticas inadecuadas.

Algunos estudios longitudinales realizados por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) (4,5) han demostrado que los niños y niñas

guatemaltecos en edad preescolar sufren alrededor de siete episodios de IRA al año con una duración mediana de 11 días. De estos episodios, 65% son resfriados comunes y solo 5% son IRA graves, aunque quizá estas cifras obedezcan a que los niños y niñas estudiados han tenido acceso a la clínica de los proyectos de investigación realizados por el INCAP, donde han recibido atención médica y medicamentos gratuitos. En niños y niñas hospitalizados se ha observado que los que corren un mayor riesgo de morir de neumonía tienen menos del peso adecuado para su edad o son amamantados con menos frecuencia.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbi mortalidad infantil y representan el 40 - 60% de las consultas, la incidencia es más elevada en las áreas urbanas, el número de episodios puede ser entre 2 y 6 crisis anuales.

Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), algunos modificables y otros no, como son: edad, bajo peso al nacer, desnutrición, déficit inmunológico, hacinamiento, contaminación ambiental, uso de keroseno, humo del cigarro o tabaco, (ya sea de forma pasiva o activa) así como la presencia de alguna enfermedad de base. A nivel mundial, se considera que más del 90% de los casos de niños y niñas menores de 5 años que acuden a consulta es por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

La etiología viral es la más frecuente, particularmente las del aparato respiratorio superior. Los gérmenes más frecuentes en el aparato respiratorio son: Virus Sincitial Respiratorio, específicamente en el niño o niña menor de un año, Parainfluenza, Adenovirus, Rinovirus, Coronavirus, Enterovirus.

Por tal razón, se hace necesario conocer y estudiar, las Infecciones Respiratorias Agudas en niños y niñas menores de 5 años, atendidos en el HOSPITAL CIVIL de la ciudad de San Juan de Pasto; a demás de los factores asociados a la frecuencia y tratamiento a las infecciones respiratorias de estos niños y niñas.

2.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En una época donde las enfermedades emergentes y reemergentes reciben la mayor atención de la comunidad científica, por causa de la enorme trascendencia social en el mundo de hoy y su repercusión futura, las Infecciones Respiratorias Agudas se mantienen como un grupo importante de afecciones con una alta morbilidad y baja mortalidad, las que representan un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar con las

consecuentes pérdidas económicas que ello significa. Estas afecciones, conjuntamente con las enfermedades diarreicas y la malnutrición, encabezan las principales causas de muerte entre los niños y niñas en los países subdesarrollados.

A medida que aumenta el número de factores de riesgo presentes en un niño o niña, se incrementa el riesgo de morbilidad grave y muerte, por lo que el médico, siempre debe de valorar la presencia de los mismos en todo paciente que acude a consulta con un proceso infeccioso respiratorio agudo.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen la primera causa de consultas médicas y de morbilidad tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. La presencia de estas en menores de cinco años es independiente de las condiciones de vida y grado de desarrollo. La diferencia no radica en el número de episodios sino en su gravedad.

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

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se clasifican en altas y bajas según afecten fundamentalmente, en el sistema respiratorio, estructuras por encima de la laringe o por debajo de esta. A su vez estas se dividen en no complicadas y complicadas.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo, el período de incubación es variable y puede durar hasta 14 días. Varios son los factores de riesgo en la Infección Respiratoria Aguda como son: demográficos, socioeconómico (ingreso familiar bajo, nivel de escolaridad, lugar de residencia), ambientales que incluye exposición al humo (contaminación atmosférica, contaminación doméstica por residuos orgánicos, humo ambiental por tabaco), hacinamiento (aglomeración de personas), exposición al frío, humedad y cambios bruscos de temperatura, deficiente ventilación en la vivienda y factores nutricionales.

Es por eso que consideramos importante desarrollar esta investigación acerca del Comportamiento Clínico-Epidemiológico de las Infecciones Respiratorias Agudas en los niños y niñas menores de 5 años atendidos en el Hospital de la ciudad de San Juan de Pasto.

- **Qué Se Quiere Hacer:** Establecer programas o campañas educativas para minimizar el aumento de las infecciones respiratorias agudas.

- **Por Qué Se Quiere Hacer:** Por las altas tasas de incidencias que se ha mostrado, sobre todos en la comunidad más vulnerable que son los niños.
- **Para Qué Se Quiere Hacer:** Para prevenir a futuro reduciendo al máximo las infecciones respiratorias agudas como partes de los casos más consultados como problema de salud pública

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERALES

- Identificar los factores de riesgo que inciden en las infecciones respiratorias agudas en niños y niñas menores de 5 años, atendidos en el hospital civil del municipio de San Juan de Pasto en los meses de Febrero 2013 a Mayo de 2013.
- Identificar factores que inciden en el crecimiento del IRA.
- Conocer las patologías que más inciden en el aumento del IRA.
- Lograr desarrollar campañas educativas que permitan disminuirlo como problema de salud pública.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de los diferentes tipos de Infecciones Respiratorias Agudas en los niños y niñas del municipio de San Juan de Pasto, atendidos durante los meses de Febrero 2013 a Mayo de 2013.
- Caracterizar el comportamiento de variables sociales y demográficas en el grupo de niños y niñas incluidos en la investigación.
- Precisar la frecuencia de algunos factores de riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas en el universo de estudio.
- Realizar estadísticas que nos permitan precisar el aumento o disminución en los índices de crecimiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños y niñas menores de 5 años atendidos en el Hospital Civil del municipio de Pasto.
- Elevar nivel de conocimientos acerca de las infecciones respiratorias agudas en la comunidad.
- Introducir en la ciudadanía el hábito de asistir ante un profesional de la salud en cualquier caso de complicaciones de la misma.
- Concientizar a la comunidad de cuidar la salud de sus hijos y la de ellos.
- Desarrollar estrategias que les permitan prevenir enfermedades futuras.

4. JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias, reconocidas como un verdadero flagelo que incide de manera indeseable sobre la salud, sin evidentes preferencias por sexo y con mayor frecuencia en ciertos grupos de edad. En el niño o niña estas infecciones se presentan con mayor frecuencia, sobre todo en los primeros años de vida, debido a determinados factores de tipo anatómico; unido a la inmadurez o fallas en los mecanismos de defensa tanto locales como humorales; otros factores de riesgo demográficos, ambientales, alimentarios y de comportamiento son determinantes para convertir las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en un problema de salud complejo. Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se caracterizan por afectar la rinofaringe entre los más frecuentes se encuentran el catarro común, la rinitis serosa, faringoamigdalitis, entre otras. Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) bajas afectan desde la laringe hacia la parte inferior del árbol respiratorio, entre la más frecuentes tenemos la bronquitis, bronquiolitis y neumonías. Es bien conocida la gran influencia de los factores socioeconómicos, culturales, higiénico sanitarios y nutricionales que ejercen sobre la morbilidad o enfermedades respiratorias agudas, principalmente en los países en desarrollo. La etiología de estas enfermedades es múltiple.

Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), algunos son modificables y otros no. Entre ellos tenemos la edad del niño o niña donde se observa que por debajo de cinco años y sobre todo en recién nacidos y lactantes se presenta el mayor riesgo, el bajo peso al nacer favorece la mayor sensibilidad a la infección, debido entre otras causas al deterioro físico del niño o niña y a los trastornos en la maduración del sistema inmune del bebe, asociado al bajo peso al nacer tenemos como un factor de riesgo importante la desnutrición, la cual es la causa más común de inmunodeficiencia, gran parte de la morbilidad y la mortalidad en individuos malnutridos se debe a las infecciones. Considerando el medio ambiente y el aspecto socio cultural en el cual se desarrollan los niños y niñas del municipio de Pasto y las constantes visitas al médico con cuadros de Infecciones Respiratorias Agudas, decide elaborar esta investigación para determinar el comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños y niñas menores de 5 años.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEORICO

Según la Organización Mundial de la Salud el Virus Sincitial Respiratorio (RSV) y el virus tipo 3 de la Parainfluenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y la niñez temprana, causando del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45% al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados (5).

Infecciones respiratorias por virus comúnmente desencadenan serias condiciones respiratorias que traen como resultado la hospitalización del paciente que tenga un estado crónico subyacente. Tal aseveración pudo ser constatada en un reciente estudio realizado por expertos del Colegio de Medicina de Baylor, Houston, el cual reveló que mientras, de forma general, han descendido las tasas de hospitalización.

Caracterización de algunas de las principales Infecciones Respiratorias Agudas: En ocasiones es una tarea un tanto difícil identificar cuál de las infecciones respiratorias está padeciendo un paciente, pues los síntomas son similares y la confusión de una por otra podría significar una prolongada enfermedad y serias complicaciones.

Catarro común o resfriado: Una gripe o resfriado común ocurre cuando se presenta una inflamación del tracto respiratorio alto a causa de un virus. Aunque los virus de la gripe se encuentran en cualquier ambiente, la exposición es más probable en lugares cerrados en contacto con otras personas. Existen cerca de 200 virus diferentes que pueden causar el catarro; entre los más comunes se encuentran los rinovirus, virus sincitial respiratorio, virus corona, para influenza e influenza. La infección usualmente comienza con estornudos, dolor de garganta y tos no productiva. Lo que diferencia la gripe de otras infecciones virales es la ausencia de fiebre alta. Después de 3 ó 4 días (una semana generalmente) la gripe comienza a aliviarse.

Bronquitis Aguda: La Bronquitis aguda es una inflamación e irritación de los bronquios, causada generalmente por una infección viral o bacteriana. En los niños, los virus son la causa más común de bronquitis.

Sus síntomas incluyen tos con mucus, molestias en el pecho, fiebre y cansancio extremo.

Neumonía: La Neumonía es una inflamación de los bronquios y los alvéolos pulmonares. Pueden existir alrededor de 30 causas diferentes, entre ellas, virus, bacterias, micoplasmas, hongos, agentes químicos (12). La infección típicamente sigue a un resfriado o a la Influenza, pero puede comenzar como

una infección primaria en los pulmones. Los síntomas típicos de una neumonía viral son tos seca con dolor de cabeza, fiebre, dolor muscular y fatiga. Ocasionalmente a la infección viral puede seguir una infección bacteriana. Los síntomas de la neumonía bacteriana son fiebre alta y una tos que produce un esputo grueso, de color verde amarillento. Puede sentirse también escalofríos y dolor en el pecho al respirar. La Neumonía constituye una de las principales y la más letal de las IRA. De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Neumonía causa anualmente más de 100 000 decesos en niños menores de 1 año, lo que se traduce en un promedio de unas 300 muertes diarias.

Aproximadamente cada año el 15% de los niños menores de 5 años en los países subdesarrollados padece.

Influenza: La influenza es una infección de las vías respiratorias superiores e inferiores causada por los virus de la influenza A y B.

La infección se caracteriza por la rápida aparición simultánea de fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y fatiga. Es típico el dolor muscular, especialmente en la espalda, brazos y piernas. La fiebre puede mantenerse alta alrededor de tres días.

5.2 MARCO LEGAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ACUERDO NUMERO 117 Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD En ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 172 de la Ley 100 de 1993

Parágrafo: El Ministerio de Salud desarrollará en un plazo no mayor a cuatro meses de la expedición del presente Acuerdo, los estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones para Detección Temprana en cada caso, los cuales serán dados a conocer al CNSSS; basados en estos se elaboraran las respectivas Normas Técnicas y Guías de Atención.

Artículo 7º: Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública: Las siguientes condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

5.3 MARCO CONCEPTUAL

Las infecciones respiratorias por virus comúnmente desencadenan serias condiciones respiratorias que traen como resultado la hospitalización del paciente que tenga un estado crónico subyacente. Tal aseveración pudo ser constatada en un reciente estudio realizado por expertos del Colegio de Medicina de Baylor, Houston, el cual reveló que mientras, de forma general, han descendido las tasas de hospitalización, los ingresos por infecciones agudas del tracto respiratorio inferior se han incrementado continuamente desde 1980. Los autores del estudio hallaron que el 93% de los pacientes mayores de 5 años tenían un estado subyacente crónico, comúnmente una enfermedad pulmonar crónica. Este trabajo, entre otros hallazgos, señaló que la Influenza, la Parainfluenza y el Syncitial Respiratorio fueron los responsables del 75% de todas las infecciones por virus. Además sus autores especularon en torno a que las hospitalizaciones por tales infecciones podrían potencialmente reducirse en al menos el 50% con el apoyo de vacunas efectivas. Sin embargo, reconocieron que el desarrollo de las mismas para combatir estos virus no será suficiente, debido a que es esencial el perfeccionamiento en el suministro de las vacunas a pacientes en riesgo.

5.4 MARCO GEOGRAFICO

SAN JUAN DE PASTO No existe unanimidad y certeza entre los historiadores y cronistas sobre el fundador y la fecha exacta de fundación de la ciudad de San Juan de Pasto que inicialmente se llamó Villaviciosa de la Concepción de la Provincia de Hatunllanta. La ciudad fue fundada dos veces. La primera fundación algunos historiadores consideran fue realizada por el adelantado Sebastián de Belalcázar en 1537 y en el sitio que hoy es ocupado por la población de Yacuanquer; el traslado posterior a su situación actual en el valle de Atriz, o segunda fundación, la llevó a cabo Lorenzo de Aldana cuando llegó a pacificar la región en 1539. Otros historiadores mencionan a Pedro de Puelles como el fundador que fue el primer teniente de gobernador de la ciudad y se menciona también al capitán Rodrigo de Ocampo, así como al Capitán Gonzalo Díaz de Pineda.

Aunque el historiador Emiliano Díaz del Castillo menciona que el poblamiento se llevó a cabo entre el 20 de febrero y el 16 de marzo de 1537 y "fundación" fue el 19 de agosto de 1537, el Concejo Municipal de Pasto, por razones prácticas, ante la proximidad de la conmemoración de cuarto centenario de fundación, mediante Acuerdo No. 30 del 23 de agosto de 1938 resolvió aceptar el 24 de junio de cada año, día de San Juan Bautista santo patrono de la ciudad, como fecha oficial de la conmemoración.

Ya situada en el Valle de Atriz, en Valladolid (España) el día 17 de junio de 1559, le fueron concedidos a Pasto el escudo de armas, en dos cédulas reales

distintas firmadas por la princesa Doña Juana, hermana del rey Don Felipe II y el cual consta de un castillo de plata y a los lados cuatro leones de oro, debajo de dicho castillo sale un río de aguas azules y blancas que atraviesa entre árboles verdes, un campo amarillo y suelo verde y el nombre de ciudad como San Juan de Pasto que sigue siendo el oficial.

Durante las guerras de la independencia adoptó la causa realista bajo el liderazgo de Agustín Agualongo y Estanislao Merchancano por lo cual, una vez obtenida la independencia de España y sumado a su situación geográfica, se mantuvo aislada configurándose una actitud conservadora, tradicionalista y de ensimismamiento cultural con respecto al resto del país.

En diciembre de 1822, durante las llamadas campañas del Sur, en el episodio conocido como Navidad trágica, el batallón Rifles bajo el mando de Antonio José de Sucre y por órdenes de Simón Bolívar, asaltan a la ciudad el 24 de diciembre y cometieron todo tipo de excesos asesinando a más de cuatrocientos civiles, entre mujeres, ancianos y niños, y reclutando por la fuerza a mil trescientos hombres. Además, se dio la orden de ejecutar secretamente a catorce ilustres personajes de la ciudad, estos fueron atados por la espalda y arrojados por un precipicio al río Guátara.

En el siglo XIX, durante una de las guerras civiles que caracterizaron esa época de la historia colombiana, en 1861 la ciudad fue por seis meses capital provisional de Colombia por decisión de un caudillo conservador, el general Leonardo Canal González, quien pretendió enfrentar desde esta ciudad convertida en cuartel y símbolo de la resistencia contra los liberales radicales, al caudillo liberal Tomás Cipriano de Mosquera. En 1904 con la creación del departamento de Nariño, la ciudad es nombrada su capital. En 1944, mientras el Presidente Alfonso López Pumarejo se encontraba en la ciudad para presenciar una parada militar, el coronel Diógenes Gil, comandante de la VII Brigada del ejército, lo tomó prisionero en la madrugada de día 10 de julio como parte de la intentona de golpe de estado conocida como Golpe de Pasto. La insurrección militar fracasó en menos de 48 horas, y al día siguiente el Presidente López emprendió el regreso a la capital, vía Ipiales, para retomar el mando.

La ciudad, cuya población censada en 2005 era de 382.618 habitantes, es la segunda ciudad más grande de la región pacífica después de Cali. La población total del municipio estimada para 2012 según datos de proyección del DANE es de 423. 217 habitantes.

La Composición étnica según las cifras presentadas por el DANE del censo 2005, la composición etnográfica de la ciudad es:

- Blancos y Mestizos (97,6%)

- Afrocolombianos (1,6%)
- Indígenas (0,8%)

El municipio está situado en el sur occidente de Colombia, en medio de la Cordillera de los Andes en el macizo montañoso denominado nudo de los Pastos y la ciudad está situada en el denominado Valle de Atriz, al pie del volcán Galeras y está muy cercana a la línea del Ecuador. El territorio municipal en total tiene 1.181 km² de superficie de la cual el área urbana es de 26.4 km².

Pasto está conectado hacia el norte por vía terrestre con Popayán y hacia el sur, a 78 km de distancia con Ipiales en la frontera con la república del Ecuador a través de la Carretera panamericana. La distancia de Pasto a la capital de la república, Bogotá, por la vía panamericana es de 798 kms para un tiempo promedio de viaje de 16 horas.

Hacia el occidente la ciudad se comunica con el puerto de Tumaco sobre el océano Pacífico, por medio de una carretera pavimentada de 284 km, y hacia el oriente con Mocoa en el departamento de Putumayo con una carretera de aproximadamente 145 km. Para el transporte intermunicipal nacional terrestre existe un terminal en el que operan las principales empresas y por el cual pasan aproximadamente 2 millones de pasajeros al año.

Cuenta con el Aeropuerto Antonio Nariño a 35 km de la ciudad, en la localidad cercana de Chachagüí, ofrece conexiones aéreas nacionales a través de empresas aéreas colombianas como Avianca y Satena.



Vista del volcán Galeras al atardecer desde la plaza principal.

En el sector salud, en la ciudad está la mayoría de instituciones que configuran la red hospitalaria del departamento de Nariño con cinco hospitales y cuatro clínicas para los niveles dos y tres; para la prestación del servicio en el nivel uno se encuentra además de los anteriores, siete centros y dos puestos de salud que ofertan en total 1332 camas hospitalarias para cubrir la demanda de medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia, partos y psiquiatría básicamente.

En el municipio la oferta de instituciones públicas está organizada en cuatro redes para la prestación del servicio: Red norte, coordinada por el Hospital Civil incluidos tres puestos de salud y un centro; la red sur, coordinada por el Centro de Salud de la Rosa incluidos tres puestos de salud, un centro y una unidad móvil; la red suroriente coordinada por el Centro de Salud Lorenzo de Aldana incluidos cinco puestos de salud y un centro y la red de occidente coordinada por el Centro de Salud Tamasagra incluidos cinco centros de salud y el Centro de Zoonosis.

- Entre los principales centros hospitalarios están:
- Hospital Universitario Departamental de Nariño HUDN.
- Clínica Nuestra Señora de Fátima.
- Fundación Hospital San Pedro.
- Hospital Infantil Los Ángeles.
- Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (Salud mental femenina).
- Hospital San Rafael de Pasto (Salud mental masculina).

Características demográficas: La comuna 10 la conforman en total 33 barrios; Los barrios son: Aranda viejo, Portal de Aranda, Villa Nueva, Portal del Norte, Prados del Norte, Villas del Norte, Rincón de Pasto, el Futuro, Villa Guerrero, Nuevo Horizonte, Sol de Oriente, Nueva Aranda, Quillotoco, Rincón del Rosario, Juan Pablo II, Ocho de Marzo, Nuevo Sol, Bifamiliar, Nuevo Sol, Libertad, Niño Jesús de Praga, Peatonal 28(la independencia) camino viejo, Cementerio, B-Chino, Aranda, San Albano, Buenos Aires, La Esperanza, Bellavista, Rio Blanco, Gallinacera, Pedagógico, Marquetalia, (loma de Carmen).

Características Socio Económicas Comuna 10: La comuna 10 se caracteriza por la vulnerabilidad y riesgo que presenta cada una de las familias de los diferentes barrios que la conforman; afronta problemas de inseguridad por atracos y hurtos mediante las modalidades: a manos armada y el uso de armas blancas. Se presenta micro tráfico de estupefacientes junto con el inicio temprano en el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la población joven y adolescentes de 10 a 29 años, ante la existencia de expendios de bazuco (crack), marihuana, cocaína y alcohol. Algunos sectores son inseguros a cualquier hora del día, por lo cual la

Policía Nacional ha optado por la realización de acciones de desarme y de vigilancia continua debido al alto número de casos reportados, según las estadísticas por homicidios, atracos o ajuste de cuentas que pueden ser consultados en el observatorio del delito para el año 2010 - 2011.

A toda esta problemática se le suma la recepción de población desplazada y desmovilizada por el conflicto armado existente actualmente y la disputa violenta de territorio existente entre pandillas pertenecientes a los barrios Marquetalía, Niño Jesús de Praga, San Albano, Bellavista y Cementerio.

Se debe tener en cuenta que es una de las comunas que reporta mayor número de casos de violencia intrafamiliar en comparación a las demás comunas, con 137 casos en el primer trimestre del año 2011 situación que tiene a las autoridades en alerta, convirtiéndose en una de las comunas más violentas e inseguras que hace de la agenda pública municipal con el fin del desarrollo de acciones que permitan disminuir el número de casos.

La economía de la comuna 10 es diversa en oferta de bienes y servicios como mini tiendas, supermercados, peluquerías, fábricas de calzado, tercenas, talleres de mecánica de motos y automotriz, establecimiento de telecomunicaciones e internet, modistería, transformación de productos alimenticios como asaderos, restaurantes y la venta de comidas rápidas entre otros de igual manera algunas familias se dedican a la agricultura y la gran mayoría de la población se desempeñan trabajos informales como el rebusque y el reciclaje.

Las Infecciones Respiratorias Agudas: Las Infecciones Respiratorias Agudas en el niño o niña, están constituidas por un grupo de cuadros clínicos con síntomas y signos predominantes a diferentes niveles del tracto respiratorio y que pueden ser ocasionados por diferentes agentes etiológicos, tales como virus, bacterias, hongos y parásitos. Los virus son los principales agentes causales y según algunos autores se ocupan del 75 al 95% del total de las Infecciones Respiratorias Agudas en el niño o niña.

Ocupa el primer lugar de demanda de consulta en los menores de 5 años; la frecuencia máxima es de entre 2 a 5 años. Se estima que 3 de cada 4 consultas por enfermedades infecciosas corresponden a padecimientos respiratorios agudos. El 99% afecta las vías aéreas superiores y solamente 1% las inferiores, como neumonía y bronconeumonía. Una de las clasificaciones más recomendadas de las Infecciones Respiratorias en el Lactante y el Niño o niña, comprende los siguientes síndromes clínicos:

- Infecciones Respiratorias: rinitis, sinusitis, otitis, mastoiditis, adenoiditis, faringitis, amigdalitis, epiglotitis, laringitis, laringotraqueitis, laringotraqueobronquitis.
- Grupo Infeccioso diftérico.
- Traqueobronquitis.
- Bronquitis y neumonías.

Con respecto a lo anterior, es importante hacer varias consideraciones el Lactante en comparación con el niño mayor, localiza menos los procesos infecciosos, exteriorizando significativamente reacciones de tipo general.

- a) El Lactante en comparación con el niño mayor, localiza menos los procesos infecciosos, exteriorizando significativamente reacciones de tipo general.
- b) El tracto respiratorio se comporta, como una sola unidad comenzando en las fosas nasales y terminando en los alvéolos, de ahí que por vía canalicular cualquier infección de las vías respiratorias puede propagarse con mucha facilidad a las bajas.

Además, los procesos infecciosos no siempre se delimitan a una determinada estructura del aparato respiratorio, sino que en forma simultánea invaden varios órganos y áreas circunvecinas. El resfrío común, llamado también gripe, gripa, catarro común o resfriado común, es la enfermedad infectocontagiosa viral que el ser humano padece con más frecuencia.

La Faringoamigdalitis aguda no es más que la infección conjunta de ambos componentes o sea la faringe y las amígdalas que en raras oportunidades suelen aparecer aisladas.

La otitis media aguda: es la acumulación de líquido en el oído medio acompañada de signos y síntomas de infección. Se produce por una inflamación, disfunción de la trompa de Eustaquio, retención de líquido e infección bacteriana. Es la inflamación aguda de los senos paranasales que puede ser de causa infecciosa o no, por lo que la misma se clasifica de la siguiente forma: Sinusitis aguda con infección: Adquirida en la comunidad: viral, viral asociada a bacteriana, bacteriana, micótica.

Escenario ambiental: La ciudad de san Juan de Pasto, debido a que se encuentra situada en un valle interandino a una altitud de 2.527 msnm y se encuentra al pie del volcán Galeras, la precipitación y la nubosidad son

bastante altas. La temperatura promedio anuales es de 13,3 °C, la visibilidad es de 10 km y la humedad es de 60% a 88% y en promedio tiene 211 días lluviosos al año.

La baja temperatura y la variación de la misma, son factores que generan aumentos en la proliferación de enfermedades, principalmente respiratorias en la población de la ciudad de Pasto, como las Infecciones Respiratorias Agudas, debido a diferentes factores que inciden como la altura, teniendo en cuenta que el HOSPITAL CIVIL se encuentra ubicado en la parte nororiental, la cual geográficamente se encuentra en la parte alta de la ciudad donde los vientos tienen más velocidad y el frío aumenta considerablemente; sumado a esto la cultura de los habitantes de este sector no toman las medidas necesarias para cuidar la salud principalmente de los niños y niñas menores de 5 años quienes deambulan en las calles con poca ropa o inadecuada, lo cual obviamente aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias gracias a los factores expuestos anteriormente.

5.5 MARCO HISTÓRICO

La lucha del hombre contra las enfermedades infecciosas se remonta a la antigüedad, ya en el papiro de Ebers, 1500 año a.n.c., se menciona la utilización de la película de moho obtenida de las maderas de los barcos para la cura de heridas. También se conoce que los chinos utilizaban la cáscara enmohecida de la soya para el tratamiento del carbunco, los furúnculos y otras infecciones.

Las bases del verdadero enfrentamiento científico del hombre a los gérmenes comenzó en el siglo XIX, con los grandes descubrimientos microbiológicos que fueron encabezados por las incansables investigaciones del sabio francés Louis Pasteur, favorecidas grandemente por los aportes que realizó el holandés Antonio Leewenhoe al desarrollo del microscopio.

Según fueron aislándose nuevos gérmenes el hombre se fue interesando cada vez más por encontrar la forma de combatirlos, pero no fue hasta 1912 que aparece la primera sustancia creada por el hombre (el Salvarsán) capaz de erradicar una enfermedad infecciosa, derivado arsenobencénico creado por Paul Ehrlich con el cual logró curar la sífilis y tripanosomiasis.

Es difícil establecer la antigüedad de las Infecciones Respiratorias Agudas ya que desde el año 412 A.C. Hipócrates y Livio describieron una epidemia que comenzó en diciembre después de un cambio climático y muchos enfermos tuvieron complicaciones con neumonía. En Europa hubo epidemias de tipo gripal en los siglos VI y IX. Sin embargo la primera epidemia de Influenza descrita como tal y generalmente aceptada ocurrió en diciembre de 1173. El historiador Kirsch ha reportado 299 epidemias entre 1173 y 1985.

La primera pandemia (epidemia generalizada que afecta a poblaciones de varios países y durante el mismo período de tiempo) que afectó Europa, Asia y el norte de África ocurrió en 1580 y la primera de América ocurrió en 1647. En este siglo se han presentado 5 pandemias: 1900,1918 (la más devastadora causando más de 20 millones de muertes en todo el mundo, conocida como "Gripe Española"). Hace 2 mil 500 años un griego se enfrentó con un fantasma que afiebraba y hacía temblar a sus víctimas antes de fulminarlas. Hipócrates estudió a su contrincante, analizó sus estratagemas de combate, lo describió minuciosamente, y le dio un nombre. Desde entonces la gripe, y otras enfermedades asociadas al invierno, han sido combatidas de mejor forma por la Medicina.

Estado Actual: El recrudecimiento del invierno sigue cobrando la vida de menores de edad, principalmente en Bogotá, Cesar, Nariño, Antioquia y Córdoba, donde han muerto 88 niños menores de cinco años por infección respiratoria aguda, según Vigilancia y Control del Instituto Nacional de Salud.

La situación más compleja se presenta en Bogotá, pues en lo corrido del año han perdido la vida 38 niños menores de cinco años.

Después aparecen los departamentos de Cesar y Nariño cada uno con seis casos, seguidos por Antioquia y Córdoba con cuatro menores fallecidos.

La funcionaria recomendó a los padres de familia mantener los niños y niñas bien abrigados, cubrirles la boca y la nariz, lavarles frecuentemente las manos y evitar al máximo los besos, por lo menos mientras termina ésta época de lluvias y virus.

Pero si el niño o niña ya está resfriado hay que llevarlo oportunamente al servicio médico cuando el menor tiene tos, fiebre por encima de 38 grados y malestar general.

6. DISEÑO DE PROCEDIMIENTOS Y METODOLOGIA

6.1 HIPÓTESIS

- Existen diferencias clínico-epidemiológicas entre los pacientes que progresan a una infección Respiratoria Aguda de aquellos que no lo hacen.
- Existe relación entre cada variable en estudio con los factores asociados que contribuyeron en la frecuencia y tratamiento de las infecciones Respiratorias Agudas.
- Existen factores ajenos a los mencionados anteriormente que pueden estar ocasionando la incidencia del IRA.

6.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto es de línea de investigación de salud pública, ya que el problema a estudiarse (Infecciones Respiratorias Agudas IRA) puede afectar a cualquier persona, haciendo énfasis en las personas menores de 0 a 5 años, por ende nos compete a todos, siendo un problema público.

6.3 TIPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó teniendo en cuenta la población de la ciudad de San Juan de Pasto, utilizando los métodos básicos: inductivo, deductivo, analítico y sintético, ya que ajustándose a la necesidad del planteamiento de este problema se utilizan estos métodos a conveniencia.

El método inductivo en esta investigación permitirá, saber a través de las entrevistas y encuestas personales sobre los comportamientos y factores que influyen en la presentación de la IRA. Este proyecto utilizó los métodos analítico y sintético, por cuanto proporcionará profundidad a cada capítulo pero a la vez cuantitativo por que se extrajeron algunos porcentajes en cuanto a su manejo. Haciendo de esta investigación un trabajo de carácter analítico (análisis basado en las anteriores características), mostrando en el graduando el nivel de manejo, tanto de técnicas, construcción de nuevas ideas, que contribuya al desarrollo de la solución de este problema.

6.4 FUENTE DE INVESTIGACIÓN

6.4.1. Fuente Primaria

Para la realización de este proyecto existió la fuente primaria que es la más importante, extraída de las encuestas que se aplicaron a la población.

6.4.2. Fuente Secundaria

Parte de las fuentes secundarias como revistas, libros e informes de bibliotecas e información de internet, con lo cual se dio forma al marco teórico y la literatura que posteriormente sirvió para el análisis de los resultados.

6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

En el estudio se tomaron 2 muestras a la población de la ciudad de San Juan de Pasto, la primera quedó compuesto por 179 pacientes menores de 0 a 5 años y pertenecientes a la Comuna 10 del municipio de Pasto, que fueron atendidos en Hospital Civil, durante los meses de Febrero 2013 a Mayo de 2013, con un diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda. La muestra fue recogida a través de las historias clínicas facilitadas para el estudio por el Coordinador Médico del hospital, las cuales fueron examinadas en esa misma área y solo se adquirió de allí los datos de mayor relevancia, para la investigación. Como segunda se encuestaron 20 personas al azar padres de familia en edades de 15 – 33años con niños menores de 0 a 5 años.

6.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con el objetivo de recolectar suficiente información real y verdadera que no ayude a identificar diferentes tipos de factores que pueden estar incidiendo en el aumento del IRA se procedió a tener contacto personal con dichos usuarios, a los cuales se les realizó una entrevista informal, con preguntas claves y con el propósito de crear una relación más confiable, para posteriormente aplicar a una encuesta.

El procesamiento de los datos se realizó de manera sistematizada, con ayuda de un ordenador, donde se trabajó en Microsoft Excel, para realizar el consolidado de las encuestas y luego realizar tablas y graficas; por otra parte, se utilizó para el resultado de datos la frecuencia absoluta, porcentaje, media y mediana, luego de realizado el proceso de datos estadístico, se transcribió el trabajo a Word o PDF para mejor comprensión de la investigación.

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO

Infecciones Respiratorias Agudas: Variable cualitativa nominal politómica clasificada en los siguientes criterios:

Catarro Común: Infección de vías respiratorias superiores caracterizada por rinorrea, estornudos, prurito nasal, con o sin presencia de fiebre.

Faringitis Aguda: inflamación de la faringe, acompañada de fiebre, malestar general, dolor faríngeo con o sin rinitis.

Faringoamigdalitis Aguda: Inflamación de faringe y amígdalas, acompañada de hiperemia o exudado, malestar general y fiebre.

Adenoiditis Aguda: Observación de descenso de exudados por la porción posterior de la faringe, respiración bucal, voz nasal, aliento fétido y fiebre.

Laringitis Obstructiva: Cuadro caracterizado por síntomas claves como tos perruna, ronquera, estridor laríngeo, sensación de disnea, que se acompaña de fiebre o no y que puede aparecer en ocasiones de forma brusca en horas de la madrugada.

Otitis Media Aguda: inflamación de la membrana timpánica (membrana hiperémica, o abombada o hipomóvil) verificada por neumatoscopia, acompañada de otalgia, fiebre, u otorrea.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS: SEXO Y EDAD

Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica, se operacionalizó teniendo en cuenta el sexo biológico de pertenencia en: Masculino y Femenino.

Edad: Variable cuantitativa continua, se tomó en consideración a los grupos específicos de edades aprobados internacionalmente y propuestos por la mayoría de los investigadores.

Menores de un año: Desde el nacimiento hasta 11 meses y 29 días.

De 1 a 4 años: Desde 1 año hasta 3 años 11 meses y 29 días.

FACTORES DE RIESGO: VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL POLITÓMICA CLASIFICADA EN:

Condiciones de la vivienda: Cualitativa ordinal, se operacionalizó según características físicas de la vivienda, higiene y ventilación de la misma en:

Buena: Techo de placa, paredes de mampostería, piso de cerámicas, baño sanitario, que no necesita reparación. Por lo menos una ventana en cada habitación y ausencia de micro vertederos, vectores y adecuada organización.

Regular: Techo de zinc o tejas, paredes de mampostería, piso de cemento, baño sanitario que requiere reparación. Existen habitaciones sin ventanas, se observan algunos vectores y no tiene micro vertederos.

Mala: El que no cumpla con los requisitos señalados en los dos anteriores.

Hacinamiento: Cualitativa, nominal dicotómica se consideró de la siguiente forma:

Si: Cuando existen más de dos personas por habitación.

No: Cuando existen dos o menos personas por habitación.

Existencia de convivientes fumadores: Variable cualitativa, nominal, dicotómica y se expresó de la siguiente forma:

Si: Cuando existía al menos de un conviviente fumador.

No: Existían convivientes fumadores.

Lactancia Materna: Variable cualitativa nominal dicotómica clasificada en: **Peso al nacer:** Cuantitativa continúa y se consideró según el peso al momento del nacimiento distribuyéndose por rangos de 500 g con la clase inferior y superior abierta:

Menos de 2500 gramos

De 2500 a 2999 gramos

De 3000 a 3499 gramos

De 3500 a 3999 gramos

4000 gramos o más.

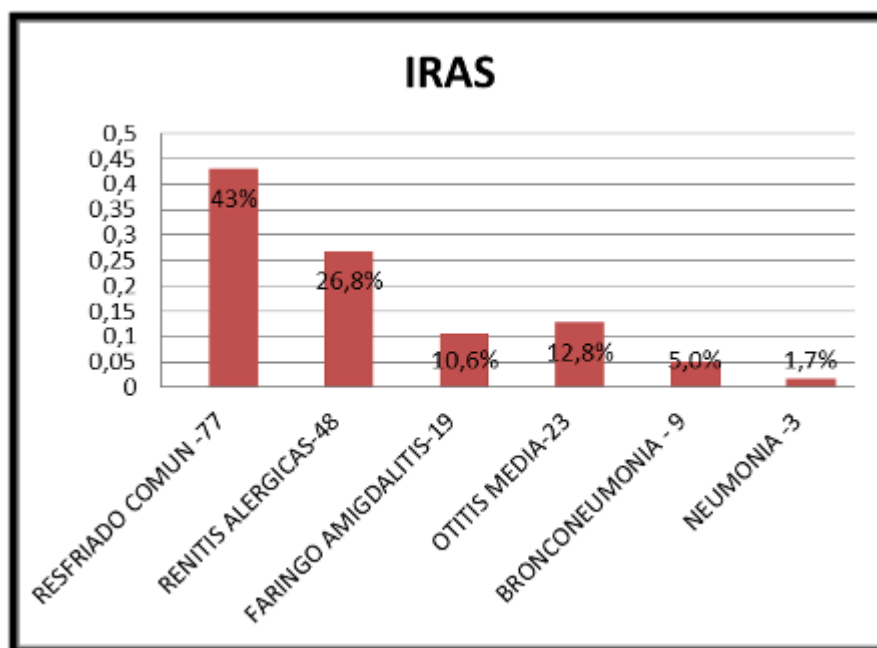
7. RESULTADOS Y ANALISIS

7.1 PRIMERA ENCUESTA: REALIZADA POR DIEGO REVELO

Población: San Juan de Pasto (Sitio escogido para el proyecto) **Muestras:** 179 niños entre 0 – 5 años

1. *Distribución de las IRAS en menores de 0 a 5 años del municipio de Pasto atendidos en el hospital civil durante los meses de febrero 2013 a mayo de 2013.*

IRAS	ENCUES.	%	MEDIA	MEDIANA
RESFRIACO COMÚN	77	43	29,83	21
RINITIS ALERGICA	48	26,8		
FARINGO AMIGDALITIS	19	10,6		
OTITIS MEDIA	23	12,8		
BRONCONEUMONIA	9	5,0		
NEUMONIA	3	1,7		
TOTAL	179	100%		

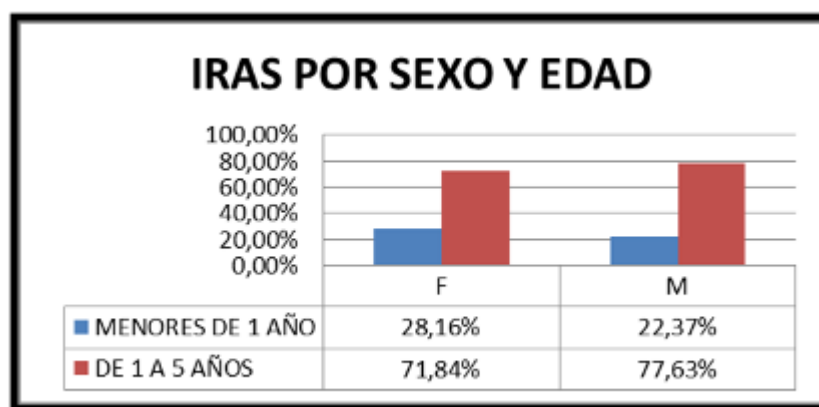


En la tabla se muestra la distribución de los pacientes según el tipo de Infección Respiratoria Aguda que presentaron en el período estudiado, donde se observó un predominio del resfriado común con el 43% (77) de los pacientes, seguidas en orden de frecuencia por la rinitis alérgica con un 26,8 % (48), la faringo amigdalitis con 10,6% (19), le continúan la otitis media aguda con un 12,8 % (23) y la bronconeumonía y la neumonía con cifras inferiores. Es evidente que este tipo de infección se hace más frecuente a mayor altura de la vía respiratoria y que la misma puede ir descendiendo por contigüidad y alcanzando niveles inferiores del aparato respiratorio dependiendo ello de la virulencia del germen, de la resistencia del huésped y de las medidas terapéuticas adoptadas por el personal especializado. Estos resultados coinciden con los planteados en la bibliografía consultada en la cual autores como Nandí- Lozano en su estudio, "Infección Respiratoria Aguda en niños y niñas que acuden a un centro de desarrollo infantil" en México refiere una mayor frecuencia del resfriado común y la rinitis alérgica dentro de su grupo estudio, otros autores al referirse a las Infecciones Respiratorias Agudas emiten idénticos resultados.

El resfriado común, para la mayoría de los autores es la infección más frecuente en los niños y niñas y se caracteriza principalmente por rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Su 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 VRS. Los niños y niñas presentan en promedio 5 a 8 infecciones al año, con una incidencia máxima en el menor de dos años. Esta frecuencia se mantiene relativamente alta a lo largo de la vida, aunque con cuadros más leves, con un promedio de 2 a 4 resfriados 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 polimorfo nucleares. Finalmente se produce descamación del epitelio afectado.

2. Distribución por edad y sexo de las iras en menores de 0 A 5 años del municipio de pasto, atendidos en el hospital civil durante los meses de febrero 2013 a mayo de 2013.

IRAS	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
MENORES DE 1 AÑO	29	17	28,16%	22,37%
DE 1 A 5 AÑOS	74	59	71,84%	77,63%
TOTAL	103	76	100%	100%



Si duda alguna el IRA está afectado en esta región más a los niños de 1 a 5 años con un porcentaje en los niños de un 77.63% y en al niñas un 71.84% que a los menores de un año es porcentaje del sexo varia muy poco en ambos rangos de edad.

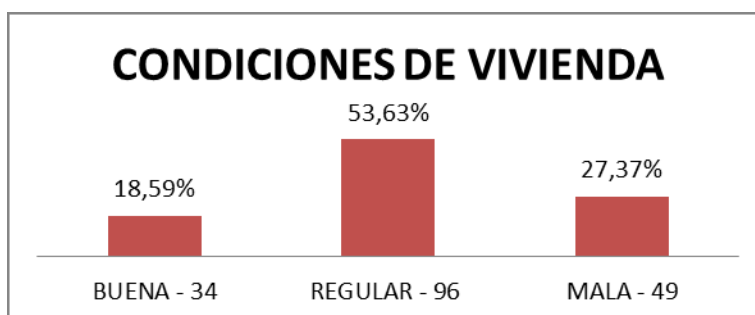
La edad y el sexo son factores de riesgo no modificables para muchas enfermedades cuando se encuentran dentro de los catalogados como tal, la distribución del grupo estudio según estas variables se realizó en la tabla 2 en la cual se puede observar un predominio de las del sexo femenino dentro del total de enfermos con el 28,16% (103) de niños y niñas menores de un año sobre el sexo masculino que aportó el 22,37% (76); con los niños y niñas de uno a cinco años con 74 casos de sexo femenino frente a 59 casos de sexo masculino. Nuestros resultados coinciden con los múltiples autores que se refieren a la edad y su relación con la aparición de las Infecciones Respiratorias Agudas coincidiendo en plantear una alta frecuencia en los niños y niñas menores de un año por la inmadurez de las vías respiratorias y del sistema

inmunológico así como la asociación de estos factores a otros de índole cultural, higiénicos y sociales.

En cuanto al sexo nuestros resultados encuentran una discreta diferencia entre el sexo masculino y femenino con predominio de este último por lo que no coinciden con la bibliografía consultada en la cual también hay poca variación en la incidencia de las enfermedades infecciosas agudas del tracto respiratorio en relación con el sexo, pero son ligeramente más frecuentes en los niñas que en las niños hasta los cinco años de edad.

3. Distribución de los factores de riesgo de las iras infecciones respiratoria aguda(condiciones de la vivienda) en menores de 5 años del municipio de pasto atendidos en el hospital civil durante los meses de febrero 2013 a mayo de 2013.

CONDICIONES DE LA VIVIENDA	ENCUESTADOS	%	MEDIANA	MEDIA
BUENA	34	18,59%		
REGULAR	96	53,63%		
MALA	49	27,37%		
TOTAL	179	100%	49	59,7



Las condiciones físicas y ambientales de la vivienda resultan de mucha importancia en el desenvolvimiento agradable y saludable de cualquier familia. En la tabla 3 se realizó la distribución del grupo objeto estudio según las condiciones de su hogar. Se observó que la mayor proporción de éstos poseían una vivienda con condiciones regulares con el 53,63% (96), seguidos por los que convivían en un hogar con condiciones malas con un 27,37% (49) y solo el

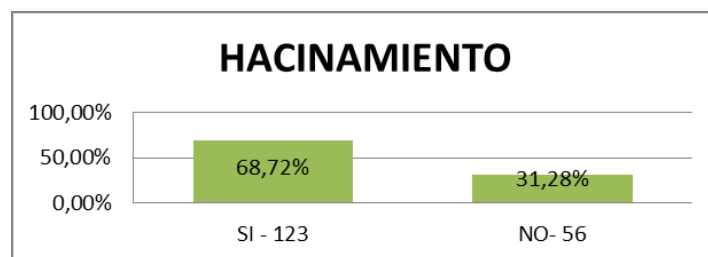
18,59 % (34) poseían una vivienda con las condiciones requeridas. Creemos que estas cifras en etapas anteriores pudieron ser mucho más alarmantes pues se han realizado muchos esfuerzos en el mejoramiento de las condiciones de vida y por supuesto de vivienda de la población.

No es menos cierta la estrecha relación existente entre condiciones desfavorables de la vivienda y la aparición entre los miembros de la familia de enfermedades respiratorias y dentro de estas las infecciosas, lo cual queda demostrado anteriormente y coincide con la literatura revisada pues autores como Yero Cedeño en su estudio sobre factores de riesgo asociados a las Infecciones Respiratorias Agudas al intentar correlacionar algunos factores se obtuvo que la higiene doméstica y el incorrecto tratamiento de algunos recursos del ambiente físico como las condiciones estructurales de la vivienda estuvieran muy ligados a las condiciones socioeconómicas, hecho que al parecer influyó en la aparición de Infecciones Respiratorias Agudas.

En resumen 96 personas con un porcentaje de un 53.63% la condiciones de vivienda es regular y solo un 18.59% es buena por lo tanto es evidencia y un prueba para que el IRA se incremente, pues las buenas condiciones de vivienda garantiza y es factor importante en la prevención de enfermedades.

4. Distribución de los factores de riesgo (hacinamiento) de las iras infecciones respiratoria agudas en menores de 5 Años del municipio de pasto atendidos en el hospital civil durante los meses de febrero 2013 a mayo de 2013

HACINAMIENTO	ENCUESTADOS	%	MEDIA	MEDIANA
SI	123	68,72		
NO	56	31,28		
TOTAL	179	100%	89,5	89,5



El hacinamiento resulta ser un factor de riesgo muy importante para la diseminación entre las personas de las enfermedades de tipo infecciosas, en la

tabla 4 se recoge la distribución de los pacientes según la existencia del mismo o no, se observó que la inmensa mayoría tenían hacinamiento con el 68,72% (123) y solo el 31,28% (56) tenían condiciones de convivencia adecuadas en lo referente a cantidad de personas por habitación, cuando existen más personas de las recomendadas en una habitación y sobre todo si alguna de ellas se encuentra enferma es muy probable que los demás puedan adquirir dicha patología, sobre todo si estamos en presencia de una Infección Respiratoria Aguda.

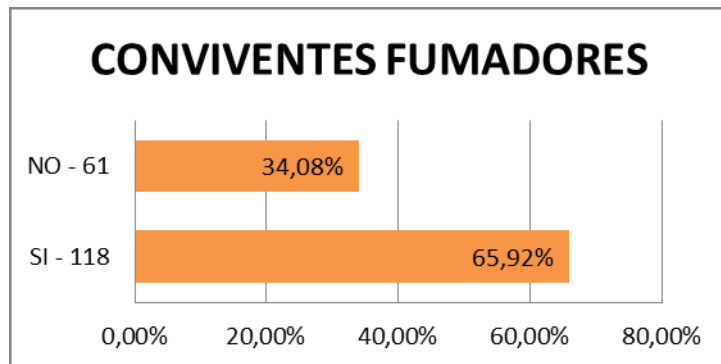
Los resultados aquí expresados coinciden con la bibliografía consultada al exponer la misma que los niños y niñas que duermen en habitaciones donde hay más de tres personas, tienen mayor predisposición a adquirir Infecciones Respiratorias Agudas, pues los adultos portan en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática, pero que son transmitidos por medio de la tos, el estornudo o el contacto directo.

Otros autores como Fernández Salgado en su investigación Factores predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas en el niño niña, reportan que el índice de consultas en la primera infancia con condiciones de hacinamiento se eleva a 5,9 consultas por niño por año y aunque en su estudio este factor no influyó tanto como el hábito de fumar en los padres o el uso de lactancia artificial, debe tenerse siempre en cuenta.

Como conclusión no muestra que esto puede ser otra causa para que el IRA se incremente pues 123 personas con familias con un porcentaje del 68.72% conviven bajo el mismo techo (Sentido configurado) es propenso a mas contagios, cuando no si tiene ningún conocimiento.

5. Distribución de los factores de riesgo (convivientes fumadores) de las IRAS en menores de 5 años del municipio de pasto atendidos en el hospital civil durante los meses de febrero 2013 a mayo de 2013

CONVIVENTES FUMADORES	ENCUESTADOS	%	MEDIA	MEDIANA
SI	118	65,92	89,5	89,5
NO	61	34,08		
TOTAL	179	100%		



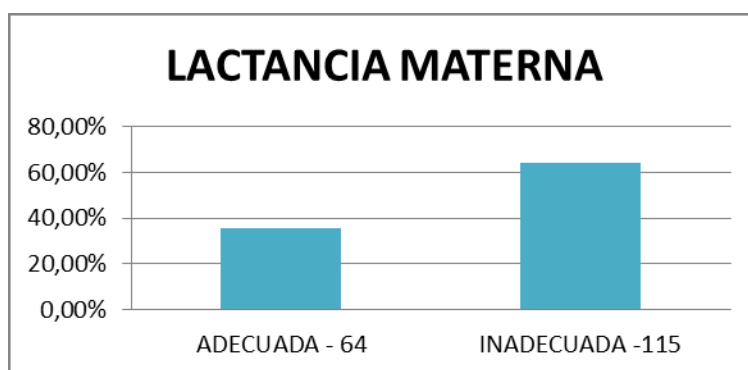
El hábito de fumar constituye una costumbre muy frecuente y a la vez dañina para la salud, la economía del hogar y la higiene del individuo de forma general, además constituye un aspecto que afecta no solo al fumador sino también a las personas que lo rodean, la distribución de los pacientes según la existencia de convivientes fumadores en sus hogares se realizó en la tabla 5 en la cual se observó un predominio de los pacientes que contaban en sus hogares con personas fumadoras con el 65,92% (118) y solo el 34,08% (61) no presentaban convivientes con este dañino hábito, quedando demostrada la posibilidad que tienen los que comparten su hogar con fumadores de enfermar con más frecuencia por patologías respiratorias agudas de tipo infecciosa y de la cantidad de fumadores que existan en un hogar dependerá la mayor afección en aquellos fumadores pasivos, nuestros resultados coinciden con lo planteado en la literatura revisada al darle una gran importancia a este factor de riesgo, en la misma se plantea que la exposición a una atmósfera de humo de tabaco constituye un peligro para los hijos de padres fumadores. La inhalación pasiva de humo en los niños y niñas de familias fumadoras es una causa importante de infecciones respiratorias, debido, entre otros factores, a las alteraciones que se producen en la superficie mucosa pulmonar.

Estudios de casos y controles, han demostrado que el índice de consultas y el índice de ingreso se elevan en los fumadores pasivos (7,4% por año contra 3,3% en los no fumadores y 12,1% contra 1,6% respectivamente).

En resumen la grafica demuestra el porcentaje tan alto con el 65.92% que convive con fumadores por lo tanto es otro factor que permite a que la IRAS empeoren está comprobado que el cigarrillo es un enemigo en el mejoramiento cuando se presenta una enfermedad respiratoria aguda.

6. Distribución de los factores de riesgo (lactancia materna) de las iras en menores de 5 años del municipio de pasto atendidos en el hospital civil durante los meses de febrero 2013 a mayo de 2013

LACTANCIA MATERNA	ENCUESTADOS	%	MEDIA	MEDIANA
ADECUADA	64	35,75%	89,5	89,5
INADECUADA	115	64,25%		
TOTAL	179	100%		



La lactancia materna cuando se desarrolla de forma adecuada y por el tiempo indicado resulta ser un factor que favorece en gran medida la salud del bebé, en la tabla 6 se realizó la distribución de los pacientes estudiados según el tiempo que se mantuvieron con lactancia materna exclusiva durante su período de recién nacido y lactante, en la misma se observó un predominio importante de aquellos niños y niñas que recibieron lactancia materna de forma inadecuada 115 para un 64,25%.

El mal uso de la lactancia materna aquí demostrado tiene su justificación en varios factores dentro de los cuales se encuentran el nivel cultural, el desconocimiento de la gran importancia de este hábito y sus ventajas sobre los tipos de lactancia artificial, la ocupación de la mujer, la tendencia de tener hijos de forma precoz y no deseados entre otros factores, este resultado coincide con la totalidad de la bibliografía consultada en la cual se recoge que la lactancia materna exclusiva asegura el crecimiento normal del niño pequeño y lo protege de infecciones respiratorias y diarreicas. El abandono de esa práctica saludable, unido a la presencia de desnutrición, incrementa el riesgo de adquirir infecciones respiratorias, lo que se evidenció en los niños y niñas de este

estudio. Se conoce que la no administración de leche materna impide que anticuerpos contra gérmenes como el virus sincitial respiratorio, la influenza y el rinovirus, se transmitan al niño. Son muchos los estudios que favorecen la opinión de que la lactancia materna mixta o simplemente la ausencia de ésta, tiene una relación directamente proporcional con la incidencia, incluso recurrencia, de Infecciones Respiratorias Agudas en el lactante.

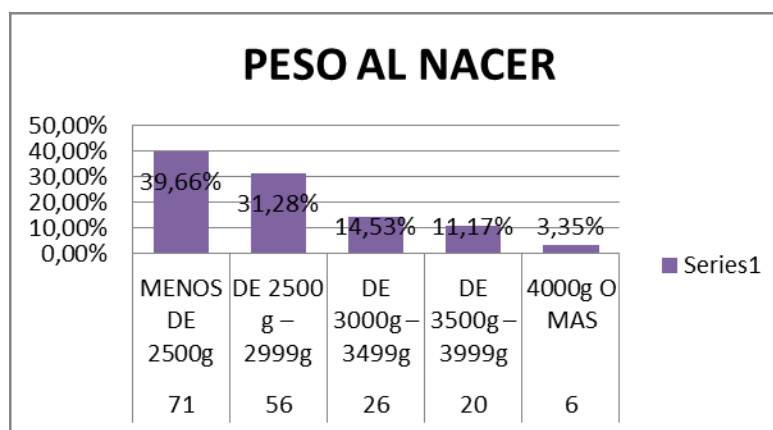
La leche materna es una buena fuente de energía, proteínas, vitaminas y minerales de fácil absorción. La lactancia materna exclusiva es la mejor forma de alimentar a los niños y niñas pequeños, asegura su crecimiento normal y los protege contra las infecciones diarreicas y respiratorias. Se ha debatido ampliamente cuando se deben introducir los alimentos complementarios, si se introducen muy pronto se reduce la ingestión de leche materna del bebé, reemplazándola con fuentes de nutrientes menos apropiadas, y queda más expuesto a la infección. Al introducirlos muy tarde puede demorarse el crecimiento y desarrollo del lactante por la ingestión insuficiente de nutrientes; por eso se debe comenzar a dar alimentos complementarios entre los 4 y 6 meses.

La Lactancia Materna confiere protección inmunológica frente a las infecciones y los procesos alérgicos, y puede reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en la infancia. El amamantamiento promueve los factores bioactivos, hormonas, factores de crecimiento, nutrientes específicos y factores estimulantes de la flora microbiana, y produce la maduración de la mucosa gastrointestinal. Además, los niños y niñas con Lactancia Materna se exponen menos a los antígenos de la dieta complementaria o externa. La protección de la Lactancia Materna se extiende incluso después de finalizarla. Recientes publicaciones aportan evidencias de los beneficios de la Lactancia Materna en la protección inmunológica y se asocia con tasas más bajas de hospitalización. En países en vías de desarrollo hay pocas dudas sobre su eficacia para disminuir la incidencia de estos procesos. Sin embargo, cuando estas investigaciones se realizan en países desarrollados, los resultados son contradictorios. Se han sugerido diversos motivos para explicar esta variabilidad: sesgos introducidos durante el diseño de los trabajos (sobre todo de selección y de causalidad reversa), falta de control de potenciales factores de confusión y estudios realizados con un número reducido de sujetos.

En resumen este factor pesa bastante pues la Lactancia materna ayuda a prevenir muchas enfermedades y en esta región 115 personas con un 64.25% no lactan adecuadamente a sus hijos.

7. Distribución de los factores de riesgo (peso al nacer) de las iras en menores de 5 años del municipio de pasto atendidos en el hospital civil durante los meses de febrero 2013 a mayo de 2013

PESO AL NACER	ENCUESTADOS	%	MEDIA	MEDIANA
MENOS DE 2500g	71	39,66	35,8	26
DE 2500 g – 2999g	56	31,28		
DE 3000g – 3499g	26	14,53		
DE 3500g – 3999g	20	11,17		
4000g O MAS	6	3,35		
TOTAL	179	100		



Entre los factores anatómicos que predisponen a los niños y niñas a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se señalan el mayor calibre relativo de las vías aéreas mayores (tráquea y bronquios), lo que facilita el acceso de bacterias y otros agentes. Por el contrario, las vías aéreas más periféricas son de mucho menor calibre, lo que favorece la oclusión; a esto se le une un pobre esfuerzo tusígeno debido a la debilidad y tendencia a la fatiga del principal músculo de la respiración: el diafragma.

Existen por tanto diversos factores de riesgo o predisponentes que pueden favorecer la presencia de la infección respiratoria al estar alterados algunos de estos mecanismos de defensa contra las infecciones, entre los que sobresalen, la edad del niño, pues en el lactante y sobre todo en el recién nacido, se presenta el riesgo mayor, y el bajo peso al nacer al que se suma el factor anterior favorece una mayor severidad en la infección y una elevada mortalidad.

En la tabla 7 se distribuyeron los pacientes según su peso en el momento del nacimiento donde se encontró que un 39,66% (71) su peso estuvo entre menos de 2500 gramos, lo que se considera como un peso insuficiente seguido de 2500 y 2999 gramos con un 31,28% (56) los cuales se consideraban entre el rango normal para RN y los demás con el 14,53% (26) entre 3000 y 3499 gramos y el 11.17% (20) entre 3500 y 3999, el 3,35% (6) fueron sobrepeso. Del peso al nacer depende en gran medida el desarrollo saludable del niño, creemos que esta alta frecuencia de peso inadecuado dentro del grupo estudio está justificada y parte de ello se debe a la ineficacia del programa materno infantil en estas comunidades y por ende al incorrecto control y seguimiento del riesgo preconcepcional y la embarazada.

Estos resultados son similares a la totalidad de los autores consultados cuando se refieren al peso inadecuado en el momento del nacimiento y la predisposición ulterior a enfermedades dentro de las cuales juegan un papel importante las Infecciones Respiratorias Agudas, al plantear que el peso al nacer como evaluador de la maduración biológica del recién nacido, constituye un parámetro importante que se debe tener en consideración, pues cuando éste se encuentra por debajo de los 2 500 g se producen alteraciones importantes en los elementos que determinan el estado de salud de la población, es decir, el desarrollo físico, la morbilidad, la mortalidad y la invalidez.

La mayor susceptibilidad, para enfermar y morir, de los niños y niñas con bajo peso se extiende desde el nacimiento hasta el período postnatal, y son particularmente elevadas las tasas de morbilidad y mortalidad por hipoxia, membrana hialina, bronconeumonía e íctero, así como Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) enfermedades diarreicas agudas (EDA) y otras de carácter infeccioso.

Esta comprobado que los bebés bajos de pesos son más propensos a subir de enfermedades y en esta población en 71 personas, el peso en su hijos están por debajo de un 2500gr con 39.66%

7.2 SEGUNDA ENCUESTA

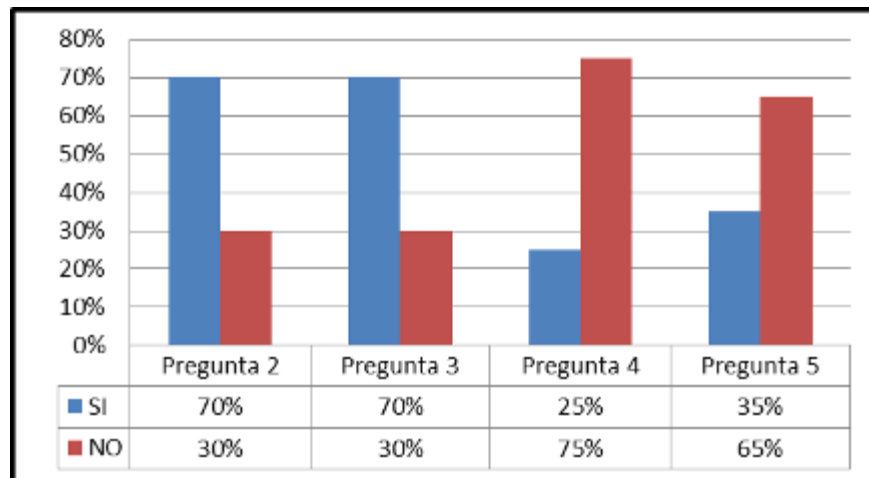
Realizada por DIEGO REVELO

Población: San Juan de Pasto (**Sitio escogido para el proyecto**)

Muestra: Encuesta realizada a 20 padres de familia con edades entre 15 – 33 años de edad con niños menores de 0 a 5 años.

Organización de los datos en tablas estadísticas como distribución de posibles factores de riesgos tabulación y análisis de resultados

NO	PREGUNTAS	REPUESTAS		
		SEXO	T. Encuestados	Total
1	EDAD			
	15	F	4	60%
	18	F	2	
	20	F	3	
	27	F	3	
	28	M	3	40%
	30	M	3	
	33	M	2	
		SI	NO	Total
2	¿Sabe qué es una infección respiratoria aguda?	70%	30%	100%
3	¿Conoce cuáles son sus	70%	30%	100%
4	¿Usted sabe cuál es la vía de transmisión de estas enfermedades?	25%	75%	100%
5	¿Usted sabe cuáles son las formas de evitar contraer una infección respiratoria aguda?	35%	65%	100%



En la grafica nos muestra el 70% del municipio de San Juan de pasto, conocen y saben cuáles son los síntomas de las IRAS, pero sin embargo el 75% no

saben como se transmiten, como tampoco el 65% no sabe cómo evitarlas esto es uno de los factores de incidencia del IRA en este municipio. También se observa que la media de edad de este grupo de padres de familia es de 23.85 son bastante jóvenes. Cuatro personas son menores de edad, el parto en adolescentes aumenta la incidencia de enfermedades de sus futuros hijos.

7.3 ENCUESTAS REALIZADAS EN OTROS MUNICIPIOS

(Sobre la segunda encuesta): Con el objetivo de recolectar más información e investigar la incidencia del IRA como problema de salud publica

7.3.1 Encuesta Realizada por: ARIEL ARIAS MARIN

Población: Salgar Antioquia (Casco urbano)

Muestras: 20 Persona adultas padres de familia edades entre mínima 18 máxima de 60 años con niños menores de 5 años

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

1. En las siguientes casillas, seleccione su edad (en años) y sexo M (masculino) F (femenino)

EDAD

18 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60
4	7	6	3

SEXO

Masculino	Femenino
5	15

2.- ¿Sabe qué es una infección respiratoria aguda?

SI	NO
7	13

3.- ¿Conoce cuáles son sus síntomas?

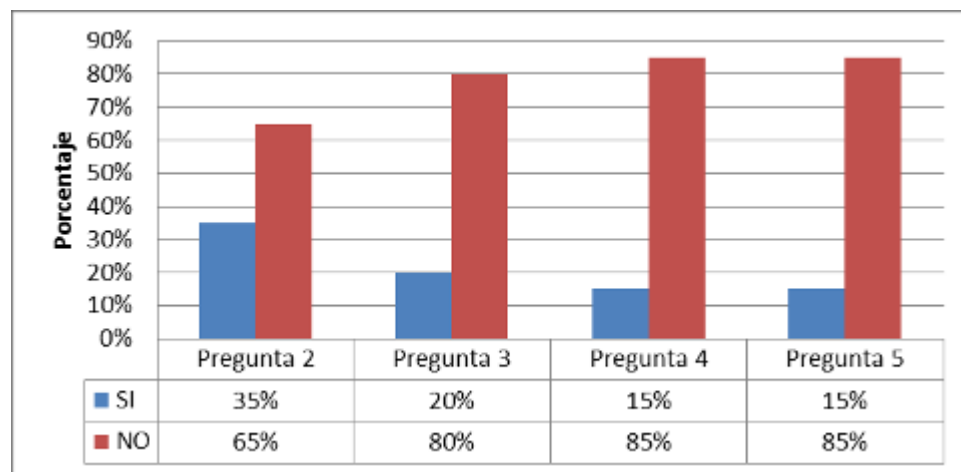
SI	NO
4	16

4.- ¿Usted sabe cual es la vía de transmisión de estas enfermedades?

SI	NO
3	17

5.- ¿Usted sabe cuáles son las formas de evitar contraer una infección respiratoria aguda?

SI	NO
3	17



En el Municipio de Salgar Departamento de Antioquia se tomo la muestra de 20 personas, residentes en el casco urbano, donde podemos concluir lo siguiente: De acuerdo a los resultados obtenido en la muestra, un gran porcentaje no sabe que es una Infección Respiratoria Aguda (IRA), por lo tanto al no saber que es desconoce sus sintomatologías, su forma de tratar y como evitar contraer dicha enfermedad.

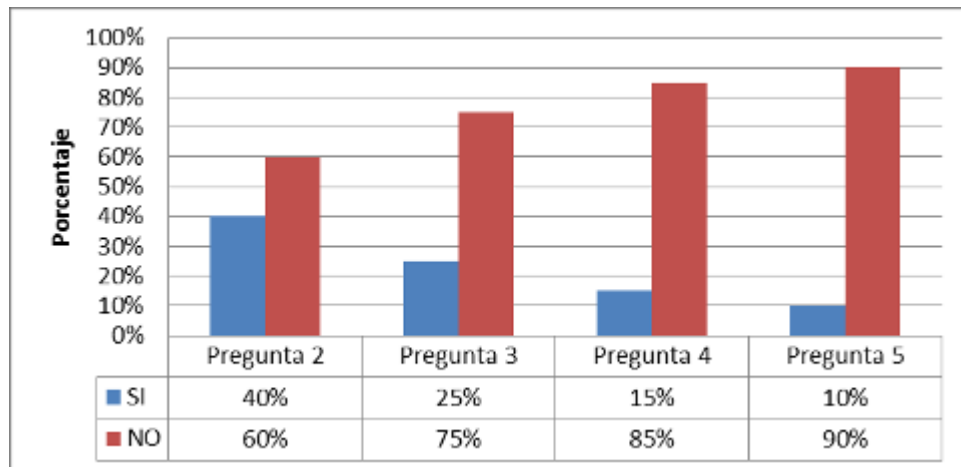
7.3.2 Encuesta Realizada por: FERNEY RODRÍGUEZ

Población: San Vicente de Chucurí (Casco Urbano)

Muestras: 20 Persona adultas padres de familia edades entre 18 y 35 años con niños menores de 5 años

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

NO		PREGUNTAS		REPUESTAS	
1	EDAD	SEXO	PORCENTAJE		
2	18	F	75%		
3	18	F			
4	19	F			
5	21	F			
6	23	F			
7	24	F			
8	25	F			
9	25	F			
10	26	F			
11	28	F			
12	29	F			
13	31	F			
14	34	F			
15	35	F			
16	18	M	25%		
17	26	M			
18	29	M			
19	30	M			
20	35	M			
		SI	NO	Total	
2	¿Sabe qué es una infección respiratoria aguda?	40%	60%	100%	
3	¿Conoce cuáles son sus	25%	75%	100%	
4	¿Usted sabe cuál es la vía de transmisión de estas enfermedades?	15%	85%	100%	
5	¿Usted sabe cuáles son las formas de evitar contraer una infección respiratoria aguda?	10%	90%	100%	



Como se puede observar la mayor incidencia está en que la gente del municipio de San Vicente de Chucurí no está informada por lo tanto no puede actuar para evitar que aumente de la IRA en el municipio.

7.2.3 Encuesta Realizada Por: HERMES OSPINA

Población: Granada Meta (Casco Urbano)

Muestras: 20 Persona adultas padres de familia edades entre mínima 18 máxima de 50 años con niños menores de 5 años

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

1. En las siguientes casillas, seleccione su edad (en años) y sexo M (masculino) F (femenino)

EDAD

18 a 25	26 a 30	31 a 40	41 a 50
6	3	7	4

SEXO

Masculino	Femenino
8	12

2.- ¿Sabe qué es una infección respiratoria aguda?

SI	NO
17	3

3.- ¿Conoce cuáles son sus síntomas?

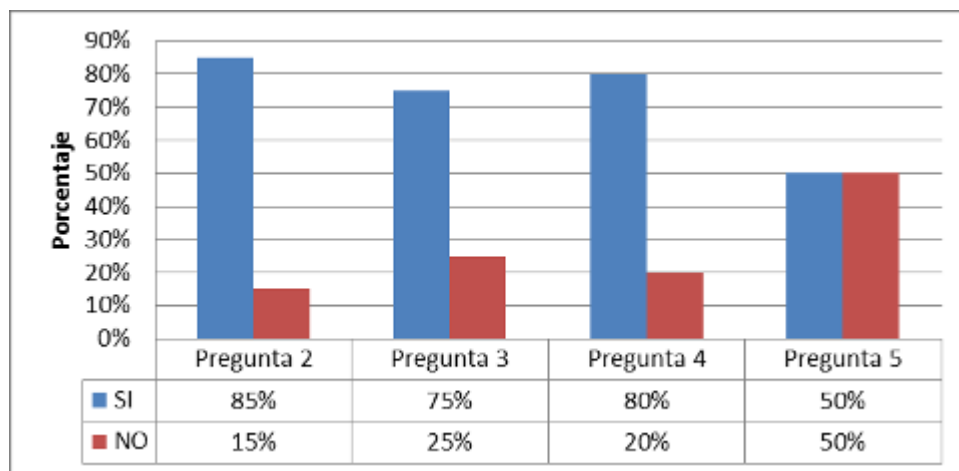
SI	NO
15	5

4.- ¿Usted sabe cuál es la vía de transmisión de estas enfermedades?

SI	NO
16	4

5.- ¿Usted sabe cuáles son las formas de evitar contraer una infección respiratoria aguda?

SI	NO
10	10



7.2.4 Encuesta Realizada Por: GERARDO ANTONIO MURILLO ZAPATA

Población: Palmira Valle (Casco Urbano)

Muestras: Persona adultas padres de familia edades entre mínima 18 máxima de 60 años con niños y niñas menores de 5 años.

1. En las siguientes casillas, seleccione su edad (en años) y sexo M (masculino) F (femenino)

N. ENCUESTADOS	EDAD	SEXO:
1	30	F
2	26	F
3	22	F
4	45	M
5	38	F
6	56	M
7	49	M
8	60	M
9	53	M
10	31	F
11	57	M
12	41	F
13	30	F
14	23	F
15	27	F
16	36	M
17	44	M
18	52	M
19	48	M
20	29	F

2. ¿Sabe qué es una infección respiratoria aguda?

SI: De los 20 solo 17 saben NO: De los 20 solo 3 no saben

3. ¿Conoce cuáles son sus síntomas?

SI: De los 20 solo los 17 los conocen

NO: De los 20 solo 3 no los conocen

4. ¿Usted sabe cuál es la vía de transmisión de estas enfermedades?

SI: De los 20 saben solo 17 NO: De los 20 solo 3 no saben

5. ¿Usted sabe cuáles son las formas de evitar contraer una infección respiratoria aguda?

SI: de los 20 solo saben 17

NO: De los 20 solo 3 no saben

7.4 ANALISIS EN GENERAL

77 personas que corresponde 43% están asociados a resfriados comunes es el más alto sobre las diferentes forma de IRAS que se está presentado es San Juan de pasto en los menores de 0 a 5 años, en comparación con las otras patologías es un valor alto porque de esta enfermedad tiende a empeorar si no se le da el manejo adecuado.

El IRA está afectado en esta región más a los niños de 1 a 5 años con un porcentaje en los niños de un 77.63% y en al niñas un 71.84% que a los menores de un año es porcentaje del sexo varia muy poco en ambos rangos de edad.

96 personas con un porcentaje de un 53.63% la condiciones de vivienda es regular y solo un 18.59% es buena por lo tanto es evidencia y un prueba para que el IRA se incremente, pues las buenas condiciones de vivienda garantiza y es factor importante en la prevención de enfermedades.

El IRA se incremente pues 123 personas con familias con un porcentaje del 68.72% conviven bajo el mismo techo (Sentido configurado) es propenso a mas contagios, cuando no si tiene ningún conocimiento.

El 65.92% convive con fumadores por lo tanto es otro factor que permite a que la IRAS empeoren está comprobado que el cigarrillo es un enemigo en el mejoramiento cuando se presenta una enfermedad respiratoria aguda.

La lactancia materna ayuda a prevenir muchas enfermedades y en esta región 115 personas con un 64.25% no lactan adecuadamente a sus hijos

Los bebes bajos de pesos son más propensos a subir de enfermedades y en esta población en 71 personas, el peso en su hijos están por debajo de un 2500gr con 39.66%

El 70% del municipio de San Juan de pasto, conocen y saben cuáles son los síntomas de las IRAS, pero sin embargo el 75% no saben cómo se trasmiten, como tampoco el 65% no sabe cómo evitarlas esto es uno de los factores de incidencia del IRA en este municipio. También se observa que la media de edad de este grupo de padres de familia es de 23.85 son bastante jóvenes. Cuatro personas son menores de edad, el parto en adolescentes aumenta la incidencia de enfermedades de sus futuros hijos. **En los otros municipios** donde se realizaron la segunda encuesta los resultados en dos municipios: Palmira Valle (Casco Urbano) y Granada Meta (Casco Urbano) fueron satisfactoria no afecta en un porcentaje alto el IRA estas población esta tiene muy buena información. Mientras que en dos municipio: San Vicente de chucuri (Casco urbano) y Salgar Antioquia (Casco urbano) si afecta el IRA en unos porcentajes negativos, por falta de conocimiento del tema.

8. ALTERNATIVAS PARA LA SOLUCIÓN

- **Folleto:** Se diseñó un folleto Informativo dirigido especialmente a todos los padres de familia con niños en edades de 0 a 5 años para ser publicado o ubicado en un sitio estratégico del hospital de San Juan de Pasto u otro sitio estratégico donde esta toda la información resumida para cubrir todos los factores o falencias encontrados en la investigación que son los causantes del aumento de IRA en el municipio de San Juan de Pasto (Anexos Pág 72-77)
- **Video:** Se encontraron 2 videos en internet donde concientiza y educa a todos los padres de cuidar la vida de sus hijos específicamente a los edades entre 0 a 5 años sobre el IRA para que en lo posible pueda publicarse en este municipio de San Juan de Pasto y ojala pueda ser observado por toda la comunidad interesada. (Anexos Pág 72-77)
Enfermedades Respiratorias En Los Niños
http://www.youtube.com/watch?v=f_WNegDGDU4

La Enfermedad Respiratoria Aguda se puede prevenir.
<http://www.youtube.com/watch?v=vkeMN8P4oDY>

9. PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO

9.1 RECURSOS HUMANOS

HOSPITAL CIVIL DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO. Dirección: Carrera 24 con calle 27 esquina B/ El Calvario
Tel: 7213917

LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO CON SU ASESORÍA Y APOYO CONTINUO SON:

Dr. HERNAN GUERRERO
Director Hospital civil

Dr. CARLOS PEREIRA
Médico

Dra. SANDRA CALVACHE
Médica

GEOVANA HERNANDEZ
Enfermera jefe

YAMILE HERNANDEZ

ESTUDIANTES QUE REALIZARON EL PROYECTO:

- FERNEY ALEXANDER RODRIGUEZ JAIMES
- GERARDO ANTONIO MURILLO ZAPATA
- DIEGO ALEXANDER REVELO
- ARIEL ARIAS MARÍN
- HERMES OSPINA

10. RECURSOS DISPONIBLES

Para la realización de este proyecto, contamos con recursos humanos y materiales que hicieron posible llevar a feliz término todo este proceso como son, el personal del Hospital Civil, quienes proporcionaron información necesaria para el proyecto y colaboraron al máximo en lo que estuvo en sus manos.

Por otra parte contamos con recursos materiales como las instalaciones del centro de salud, información contenida en carpetas, computador personal para organización de la información, el internet para ayuda en temas y consulta, enciclopedias, encuestas para estadísticas, entre otras.

11. PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	COSTOS
Búsqueda de información bibliográfica	\$15.000
Búsqueda de fuentes de información(transporte)	\$60.000
Refrigerios	\$20.000
Desplazamiento al campo de trabajo	\$100.000
Material de trabajo para el desarrollo de la información(lapiceros,	\$45.000
Dispositivos de almacenamiento magnético	\$15.000
TOTAL	\$255.000

12. CRONOGRAMA

1. ACTIVIDADES	MESES TRABAJADOS AÑO 2013				
	ENE0	FEB0	MAR	ABRL	MAY
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA		X	X	X	
ELABORACIÓN DEL PROYECTO			X	X	
IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO			X	X	
RECOPIACIÓN DE DATOS			X	X	
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE DATOS				X	X
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS				X	X
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL				X	X

CONCLUSIONES

Según nuestro estudio realizado a la población del Hospital Civil del municipio de Pasto, se concluye que el resfriado Común, es el tipo de infección respiratoria más frecuente en la investigación realizada; en niños y niñas de 0 a 5 años de edad con más casos presentados del sexo femenino y en un rango de edades de 2 a 4 años donde se presentan según el estudio el mayor número de episodios (2 años: 10 casos: 3 años: 13 casos y 4 años: 13 casos); pero a la vez este fue el grupo más numeroso en la investigación; predominaron las viviendas regulares en la muestra así como el hacinamiento, la convivencia con fumadores, el peso al nacer y la lactancia materna inadecuada.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta esta investigación, creemos necesaria ampliar el objeto de estudio a otras dependencias de nuestro municipio de Pasto, teniendo en cuenta la importancia del tema y los pocos estudios que se han realizado hasta el momento con la población en mención, ya que la situación socioeconómica y cultural de las familias objeto de estudio, tiene gran influencia en la proliferación de estas enfermedades; por otra parte, también aplicar intervenciones comunitarias con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los niños y niñas menor de 5 años donde se traten a profundidad temas de salud tales como las Infecciones Respiratorias Agudas .

BIBLIOGRAFIA

Álvarez FA. Neumonías adquiridas en la comunidad en pacientes mayores de 60 años. Incidencia de gérmenes atípicos y evolución clinicorradiológica. Med. Clin. Barc 2001; 117(12):41-5. Recuperado el 01 de mayo del 2013.

Bolaños H. Modulo. Curso de Profundización en Fundamentos de Salud Pública. Alternativa de trabajo de grado para estudiantes de Tecnología en Regencia de Farmacia de la UNAD. Pasto. 2008. p.4-162. Recuperado el 01 de mayo del 2013.

Lorenzo VB. Antibióticos. Terapéutica con sus fundamentos de farmacología Experimental. Edición Científico Médica. Barcelona 1970; 1: 211-224. Recuperado el 01 de mayo del 2013.

Manual para la atención al niño menor de cinco años con infección respiratoria aguda, Facultad de medicina – Universidad de Caldas, Manizales 1985. 100 pgs. Recuperado el 01 de mayo del 2013.

OPS/OMS, 1993. Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Informe de la octava reunión del grupo Técnico Asesor. Ginebra, 5 al 19 de marzo de 1993. Recuperado el 01 de mayo del 2013.

Ramos A. Factores pronósticos de la neumonía por aspiración adquirida en la comunidad. Recuperado el 01 de mayo del 2013.

REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ACUERDO NUMERO117 EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD En ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 172 de la Ley 100 de 1993. Recuperado el 02 de mayo del 2013

Sánchez Tarragó N. Infecciones Respiratorias Agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996. En: <http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/> Recuperado el 01 de mayo del 2013.

Videos: La Enfermedad Respiratoria Aguda se puede prevenir. Enfermedades Respiratorias En Los Niños. http://www.youtube.com/watch?v=f_WNegDGDU4 <http://www.youtube.com/watch?v=vkeMN8P4oDY> Recuperado el 01 de mayo del 2013

ANEXOS

ANEXO 1: PLANES TERRITORIAL DE SALUD (PTS) Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

SAN VICENTE DE CHUCURI (FERNEY RODRIGUEZ)

El Municipio de San Vicente de Chucurí, en cumplimiento de las directrices impartidas en la Ley 715 de 2001 y demás normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS -, dentro de sus obligaciones como entidad responsable de la operación y manejo del Régimen Subsidiado en Salud en cuanto a la afiliación de la población pobre y vulnerable determinada según la encuesta SISBEN en los niveles 1 y 2 de acuerdo con los puntos de corte dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como los reportados en los listados censales especiales (ICBF, desplazados, centros vida, entre otros) garantizará a través de la promoción de la afiliación, que todas aquellas personas Pobres y vulnerables se encuentren afiliadas al SGSSS Subsidiado, logrando con esto el cumplimiento de la cobertura universal al Régimen. Teniendo en cuenta los datos que actualmente reporta el Ministerio de Salud y Protección Social respecto de la cobertura del Régimen Subsidiado, que no supera el 85.8% a nivel municipal para el año 2010; se proyecta continuar con las acciones necesarias para alcanzar una meta del 95% al final del cuatrienio en la afiliación de la población pobre y vulnerable al SGSSS Subsidiado. El logro de estos resultados están basados en adelantar estrategias de sensibilización y promoción de la afiliación a toda la comunidad Chucureña, identificando las personas potenciales beneficiarias del Régimen Subsidiado para que sean incluidas en el SGSSS subsidiada a través de las EPS-S autorizadas para operar en el Municipio; toda vez que por encontrarnos en cobertura universal del régimen subsidiado no existen recursos disponibles para atender población pobre no afiliada por subsidio a la oferta. Con el propósito de promover los derechos constitucionales a la salud de la población Chucureña, se implementaran estrategias tendientes a lograr la capacitación de todas las personas pobres y vulnerables afiliadas al régimen subsidiado para lograr una población capacitada y con conocimientos claros frente a sus derechos y deberes con el SGSSS.

En cumplimiento de las responsabilidades que tiene el municipio según las normas vigentes que regulan el SGSSS, respecto de la Inspección, Vigilancia y Control del manejo y operación del régimen subsidiado, se garantizará la auditoria permanente al mismo, para lograr el cumplimiento efectivo de los lineamientos estipulados por el Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto al seguimiento de los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de los servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado. Sumado

a esto, se han identificado deficiencias en la disponibilidad de información real que permita diseñar estrategias tendientes a mejorar la Atención Primaria en Salud de manera integral, con equidad y enfoque diferencial. Por ello se hace necesario implementar un **Plan De Salud Pública Territorial ajustado al perfil epidemiológico** y las necesidades de la comunidad Chucureña. A través de él definir acciones y grupos poblacionales objetivo para la intervención en temas de promoción y prevención, que ayuden a disminuir los índices de morbi-mortalidad, cuyas causas están asociadas principalmente con enfermedades crónicas no transmisibles: **Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedades Renales, Infección Respiratoria Aguda -IRA, Enfermedad Diarreica Aguda -EDA- y Caries Dental.**

De acuerdo con los datos reportados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, la mayor cantidad de casos atendidos durante el último año fueron los relacionados con Infecciones respiratorias agudas (IRA), registrando un total de 2.360 consultas por esta situación. En este orden siguen las enfermedades diarreicas agudas (EDA) con 774 casos, lo cual puede entenderse como consecuencia de los cambios climáticos y la posible existencia de contaminantes en el aire y el agua. El dengue es transmitido por un vector que puede reproducirse en condiciones húmedas, principalmente dentro de los hogares, por tanto, los 54 casos reportados permiten plantear la necesidad de crear conciencia en la población acerca de la higiene al interior de la vivienda. Los accidentes rábicos, si bien prevalecen, no han desembocado en casos confirmados de rabia, sin embargo, se hace una alerta sobre la necesidad de realizar jornadas de vacunación en animales.

La leishmaniasis prevalece en los primeros lugares de la vigilancia y, aunque se presenta una disminución en su incidencia, la comunidad manifiesta la aparición del vector que la trasmite, por tanto, se requiere gestionar los instrumentos para evitar el incremento del contagio en la población del municipio.

SALGAR ANTIOQUIA. (ARIEL ARIAS)

Geografía: El municipio de Salgar se encuentra ubicado a 5 grados 57' 91" de Latitud Norte, a 75 grados 58' 14" Longitud Oeste (Meridiano de Greenwich) y con una extensión de 418 Kilómetros Cuadrados y una temperatura media de 23°. Este territorio tiene suelos ondulados, ligeramente quebrados, rocosos, con pendientes ligeramente suaves inferiores al 12 % como otras que superan el 100%; Salgar pertenece a la cuenca del río Cauca y a la subcuenca del río San Juan, el cual es afluente. Limita al Norte con los Municipios de Urao, Betulia; al Oriente con los Municipios de Concordia, Tarso y Pueblo Rico; al Sur con el Municipio de Ciudad Bolívar y al Occidente Con el Departamento del Choco.

Salud: Para la atención en salud, el municipio cuenta en la actualidad con la ESE Hospital San José quien está en representación del estado y presta servicios de primer nivel como consulta médica externa, consulta de urgencias, odontología, laboratorio clínico, hospitalización, actividades de promoción y prevención, vacunación, farmacia y ambulancia; por el sector privado esta la IPS Serví Salgar quien presta servicios de consulta médica, laboratorio clínico, farmacia y odontología y un consultorio particular que atiende esporádicamente consulta externa; adicionalmente el municipio cuenta con seis droguerías particulares. Cuenta también con el apoyo de las EPS-S Comfenalco Antioquia y EPS-S ECOOPSOS; además de profesionales del área social desde la Dirección Local de Salud como son: trabajadora social, comisaria de familia, gerontólogas, quienes aportan todos sus conocimientos para beneficio de la comunidad, además cuenta con la presencia activa de las diferentes dependencias municipales como son : umata, empresa de servicios públicos, casa de la cultura, planeación municipal, saneamiento básico, sistemas de información en salud, SISBEN, coordinación de deportes y gimnasio municipal, para el apoyo en la operativización de procesos informativos y educativos con la comunidad.

Distribución de la población: Para identificar la distribución de la población, se tomo como fuente de información la base de datos del SISBEN municipal.

El municipio de Salgar está habitado por 17.871 personas, distribuidas así:

En el área urbana 6.447 personas que equivalen al 36% de la población y el resto de los habitantes conforman el 64% de la población (11.424) y son pertenecientes al área rural; la distribución de la población por género es muy equitativa; la cual corresponde al 49% en el género femenino y el 51% por el género masculino como se puede apreciar en la tabla 1.

Vigilancia Epidemiológica: Enfermedades Trasmisibles y de Notificación Obligatoria individual

La heterogeneidad en el desarrollo y condiciones de vida conlleva simultáneamente a problemas de salud de origen infeccioso, de origen social y los que corresponden a problemas crónicos y degenerativos.

El Sistema de Información y de Vigilancia Epidemiológica existente, permite el conocimiento en forma oportuna de las patologías sujetas a vigilancia obligatoria en todos los niveles, lo cual ha posibilitado orientar las acciones para su prevención y control.

La vigilancia epidemiológica es un punto de partida de gran importancia para la toma de decisiones en materia de promoción y prevención de la salud en un

municipio y la notificación obligatoria es un componente que permite tomar medidas para la prevención de posibles epidemias.

En el municipio de Salgar se cuenta con información de notificación a través del software SIVIGILA, el cual se actualiza semanalmente en la Dirección Local de Salud con los casos de reporte obligatorio que envía la E.S.E hospital San José, la IPS Serví –Salgar y la comisaria de familia; de forma inmediata se realizan los estudios de campo correspondientes a los casos que así lo ameritan, con el fin de controlar los factores de riesgo, actualizar el sistema de vigilancia epidemiológica y en algunos casos, solicitar medicamentos a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

SAN JUAN DE PASTO (DIEGO AREVELO)

Historia: El Municipio de Pasto fue fundado el 13 de enero de 1537, su fundador Sebastián de Belalcázar. Pasto hunde su ancestro común en el inmenso territorio que se llamó Hatunllacta, tierra de los mayores, tierra grande en lengua quechua. El Pasto de hoy es el resultado de un proceso social construido a través del tiempo, cuyas raíces se remontan a los nativos habitantes de Hatunllacta o valle de Atures, con su cosmovisión integradora de la naturaleza, la economía, el hábitat y la vida espiritual y que da razón, luego de la imposición de los valores propios de la cultura occidental desde el siglo XVI en adelante, del papel jugado durante la emancipación de España, que el resto del país ha juzgado como una equivocación histórica, y de lo hecho y dejado de hacer desde los inicios de la República hasta nuestros días.

La ciudad desde siempre ha tenido como sus referentes naturales y visuales el río Pasto y el volcán Galeras, viejo rugoso, encanecido por tempestades y peinado por tolvaneras, es el cósmico padre del paisaje. En el sector rural, como parte del paisaje natural, La Cocha o Lago Guamuéz, refugio cotidiano del sol, es otro de los referentes importantes de Pasto; como lo son también los 21 pueblitos que circundan la ciudad, de gran valor histórico por cuanto conservan aún, la huella de nuestros ancestros.

El Municipio de Pasto, capital del Departamento de Nariño, se encuentra ubicado al sur de Colombia, tiene una extensión de 1.181 Kms.2 del cual el área urbana es de 26,4 Km2., una población de 423.217 habitantes según el censo realizado por el DANE en el año 2005, de los cuales el 81.64% habita en las 12 comunas que constituyen la ciudad de San Juan de Pasto y el 18.36% en los 17 corregimientos: Buesaquillo, Cabrera, Catambuco, El Encano, El Socorro, Genoy, Gualmatán, Jamondino, Jongovito, La Caldera, La Laguna, Mapachico, Mocondino, Morasurco, Obounco, San Fernando y Santa Bárbara. Es la segunda ciudad más grande de la región pacífica después de Cali, Su temperatura promedio es de 13,3 grados centígrados. El municipio está situado en el Sur occidente de Colombia, en medio de la Cordillera de los Andes en el macizo

montañoso denominado Nudo de los Pastos y la ciudad está situada en el denominado Valle de Atríz, al pie del volcán Galeras, limita por el norte con los municipios de Florida, Chachaguí y Buesaco; por el sur con los Municipios de Tangua, Funes, Putumayo; al oriente con el Departamento del Putumayo y al occidente con los municipios de Florida, Tangua y Consacá.

Aspectos Socio Económicos: Las condiciones sociales de la población de un territorio están dadas por indicadores que reflejan el nivel de acceso a la educación, la salud, el trabajo, vivienda, el nivel de nutrición infantil y la protección que sus autoridades tengan sobre la población más vulnerable.

En el municipio de Pasto se ha logrado asegurar el 85.8% de la población pobre y vulnerable lo cual facilita el acceso a los servicios de salud. En igual forma las coberturas de vacunación se acercan a las coberturas útiles, y los indicadores de enfermedades en menores 5 años como Infección respiratoria Aguda y enfermedad Diarreica Aguda los han mejorado sin embargo no se ha logrado disminuir indicadores de muerte materna y perinatal y sigue siendo grave la situación de embarazos en jóvenes menores de 20 años, el consumo de sustancias psicoactivas, la conducta suicida, la violencia intrafamiliar y en general la violencia en sus diferentes formas.

Con el desarrollo de políticas nacionales y el impulso de políticas locales se ha mejorado el acceso a la educación especialmente primaria y secundaria, por lo cual la tasa de analfabetismo es de 4.5% sin embargo las estrategias para disminuir la deserción escolar aún son insuficientes.

Los programas de alimentación a escolares que apoya el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar son insuficientes en cobertura y la ración alimentaría no responde a las necesidades de los escolares.

Con población en situación de desplazamiento el municipio garantiza la salud a través del aseguramiento en el régimen subsidiado a todos los que acrediten su condición, conforme lo establece Departamento Para la Prosperidad Social (DPS), en igual forma se ha establecido un procedimiento que facilita el acceso a la educación primaria y secundaria con gratuidad a los niños y jóvenes de esta población. A través de la Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada (UAO) se presta la atención humanitaria de emergencia y se coordina con las instituciones competentes para atender todas las necesidades que esta población requiere.

El desarrollo económico del municipio de Pasto ha estado fundamentado en el sector terciario de la economía como es el comercio y los servicios públicos y algunas pequeñas industrias o microempresas, de las cuales cerca del 50% corresponden a la manufactura artesanal. Las empresas nariñenses de mayor tamaño se localizan en Pasto y corresponden principalmente a

productos alimenticios, bebidas y fabricación de muebles. SECRETARIA DE SALUD.

Aspectos demográficos: La población del municipio de Pasto proyectada con base en el censo del año 2005 es de cuatrocientos veintitrés mil doscientos diecisiete (423.217) habitantes de los cuales el 82,6% se concentra en el área urbana. Está conformada en un 51,9% por mujeres y un 48,1% por hombres, para una razón de masculinidad de 93 hombres por cada 100 mujeres; a pesar de que nacen más hombres que mujeres, gradualmente hay un cambio debido a las diferencias en la mortalidad.

El sexo y la edad son las características de mayor significado demográfico, mantienen interrelación con el comportamiento de la población. Además los individuos en razón de su edad y sexo hacen distintas utilidades del espacio, demandan bienes y servicios y tienen ciertas pautas de comportamiento. Los niños menores de 1 año son 6.337 corresponden al 1.5% ellos requieren fundamentalmente servicios de salud como la vacunación y la educación a las madres en todos los programas preventivos que garanticen su salud hacia el futuro. Los niños menores de 5 años representan el 7.5% de la población (31.844 niños) requieren los mismos servicios que el grupo anterior mas servicios de educación preescolar en sus diferentes niveles y espacios de recreación. Los menores de 15 años en el municipio son 102.894 y corresponden al 24.3% de la población, son la gran mayoría de la población escolar requieren servicios de educación, en salud principalmente salud mental, oral, alimentación, espacios de recreación y ocupación de tiempo libre. El grupo de 15 a 49 años es la población denominada económicamente activa, requieren fundamentalmente trabajo, todos los servicios públicos porque son los que forman familias, educación, salud especialmente las mujeres por razón del embarazo, la planificación, prevención del cáncer de cérvix y mama, otros servicios relacionados con la salud mental, oral, alimentación, el vestido y la recreación.

Los mayores de 60 años son 44.383 habitantes (10.5%) ellos requieren especialmente protección social, en salud generalmente demandan servicios de II y III nivel y una ciudad adecuada a sus limitaciones, también recreación y apoyo familiar. El grupo de 13 a 18 años o población adolescente por su alta vulnerabilidad es necesario analizarla aparte y fuera de los esquemas demográficos, ellos son 45.609 y representan casi el 10.8% de la población sus requerimientos se sitúan en oportunidades de estudio, trabajo y recreación, partiendo de una base fundamental dada por su familia como es el afecto y el buen trato.

En relación con la ubicación geográfica la población del municipio de Pasto se ubica en un 82% en la zona urbana y un 18% en la zona rural, lo que indica que solo cerca de una quinta parte de la población está en el campo. Los

habitantes del campo requieren mejorar sus condiciones de vida disponer de acceso a la salud y la educación, posibilidades de desarrollo que les permita permanecer en su tierra, a lado de los cultivos y animales que sirven para su alimentación, la de su familia y la que se traslada para vender en la ciudad. Cuidan de las fuentes de agua que sirven para surtir a los habitantes de la ciudad. Su permanencia en el campo bajo condiciones dignas garantiza un equilibrio ambiental en la ciudad, menor demanda de servicios y un mejor orden social.

GRANADA META (HERMES OSPINA)

La resolución 425 de 2008 en su artículo 2º define: “El plan de salud territorial es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo” para el municipio de Granada.

El Plan Territorial de Salud (PTS), es esencialmente el resultado de un análisis de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en nuestro Municipio, sobre la problemática del sector, planeando la inversión y manejo de los recursos disponibles para la salud según las necesidades y las prioridades identificadas. El PTS se apoya directamente en los lineamientos generales de política Local establecidos como directrices globales en el Plan de Desarrollo Municipal “Granada Ciudad Decente de Colombia”, en el Plan de Ordenamiento Territorial, como un referente para determinar el impacto de los diferentes programas y proyectos a cargo de la Secretaría Local de Salud al igual que los planes de desarrollo Departamental y Nacional, en la Normatividad general, como un instrumento jurídico aplicable a todo su accionar institucional y operativo, en el Banco de Programas y Proyectos del Municipio de Granada que permitirá articular procesos de planeación y presupuestación sectorial teniendo en cuenta la cobertura, ubicuidad y estratificación de la población objetivo de cada uno de los proyectos, que en suma estarán acordes con el Plan de Desarrollo Municipal.

Perfil Epidemiológico: Estado De Salud

Morbilidad: Las primeras causas de morbilidad por consulta Externa, están relacionadas con la parasitosis intestinal, hipertensión esencial, seguida de trastornos del sistema urinario, Diarreas y Lumbago no especificado. Las causas de consulta en urgencias, tiene un comportamiento similar a las de consulta externa: Fiebre no especificada, diarreas, otros dolores abdominales, infección de vías urinarias.

El 60 por ciento de las 14 primeras causas de enfermedad, el estadió gripal, la infección respiratoria alta, el dengue y la diarrea, son parte de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir si hubiera un mayor impacto en cobertura y cambios de comportamientos de riesgo, se podría disminuir la prevalencia de enfermedad hasta en un 60%.

En cuanto a la morbilidad se encuentra que prevalece en primer lugar las patologías respiratorias, seguida de las digestivas y en menor termino por las otorrinolaringológicas, se revela un importante aumento en la patología neurológica y cardiovascular, lo cual es relevante al relacionarlo con la transición demográfica y epidemiológica, lo cual es acorde con el perfil epidemiológico de la ciudad y la región.

Respecto a la atención médica, es importante la proporción de personas que pese a estar enfermas no asisten al médico, (65.48%), sólo asistió al médico el 34.6%, y de estos el 6.8% fue a médico particular, estando afiliados a alguna EPS, el 69.5% fue atendido por la Red de su EPS y 9.9% por su ARS. Esto revela un importante proporción de enfermos que por diversas razones no acuden a su EPS, variables como las cuotas moderadoras, la oportunidad en la atención, la calidad de la atención, la capacidad de resolución, son variables a considerar, este punto debe ser motivo de un estudio que permita conocer las motivaciones que conducen a estimular poco uso de este servicio de salud.

PALMIRA VALLE (GERARDO MURILLO) Programa Salud pública

Objetivo específico. Mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población intercultural y diversa, ciclos vitales y grupos vulnerables con enfoques determinantes.

Estrategia. Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud, además del fortalecimiento de los servicios de baja y mediana complejidad para mejorar la capacidad resolutive en la prestación de servicios de salud.

Meta /resultado. Cumplir en 90% el Plan Territorial de Salud para mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población.

Indicador. Porcentaje de cumplimiento del Plan Territorial de Salud (Anexo: Tabla de Indicadores del Plan Territorial de Salud).

Subprograma. Protección en salud. Meta / producto. Cubrir en 95% la población objetivo con el programa protección en salud.

Indicadores

- Porcentaje de población objetivo protegidos por los programas de salud ejecutados según meta.
- Un programa de salud mental implementado.
Subprograma. Salud materna.

Meta/Productos. Aumentar en 6% el número de madres gestantes vinculadas al programa de control prenatal antes de la semana N° 12 de gestación.

Indicadores.

- Número de gestantes adheridas antes de la semana N° 12 de gestación al programa de control prenatal. Porcentaje de atención institucional del parto.
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado.

Subprograma. Salud en la primera infancia "Niños y niñas con estilo de vida saludable"

Meta/Productos. Cumplir el 95% de cobertura en niños y niñas de 0 a 5 años con el esquema completo de vacunación.

Indicador. Número de niños y niñas de 0 a 5 años cubiertos con el esquema completo de vacunación.

Meta/Productos. Realizar dos campañas anuales de prevención en mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de población menor de cinco años beneficiada con las campañas anuales de prevención en mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA).

Meta/Productos. Reducir en 2,7% la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de reducción de la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años.

Meta/Productos. Realizar dos campañas anuales de prevención en mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de población menor de cinco años beneficiada con las campañas anuales de prevención en mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA).

Meta/Producto. Implementar la estrategia de lactancia materna en las veinticuatro Instituciones Prestadoras de Salud IPS.

Indicador. Número de IPS con la estrategia implementada.

Subprograma. Prevención en VIH/SIDA.

Meta/Producto. Realizar cuatro jornadas de pruebas voluntarias de VIH para población en riesgo.

Indicador. Número de jornadas de pruebas voluntarias de VIH realizadas para población en riesgo.

Meta/Producto. Promover cuatro campañas de comunicación de prevención de VIH/SIDA en población heterosexual, LGTBI y trabajadoras sexuales.

Indicador. Número de campañas de comunicación de prevención de VIH/SIDA en población heterosexual, LGTBI y trabajadoras sexuales realizadas.

Programa Aseguramiento

Objetivo específico. Alcanzar el 100% en aseguramiento de la población pobre no asegurada.

Estrategia. Realizar procesos de promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-, actualizando, identificando, priorizando, depurando, y sistematizando las bases de datos del régimen subsidiado, contributivo, y otras bases necesarias, como medida de transparencia y eficacia con los recursos, realizando adecuación tecnológica y recurso para procesos de afiliación, gestión financiera de recursos y actividades de Inspección Vigilancia Control, -IVC- y auditoria del régimen subsidiado.

Meta/Resultado. Alcanzar el 100% en aseguramiento de la población pobre no asegurada.

Indicador. Porcentaje de población pobre no asegurada en el SGSSS.

Subprograma. Fomento y monitoreo del aseguramiento

Meta/Producto Afiliar al SGSSS 16.177 personas de la población pobre no asegurada.

Indicadores

Número de personas de la población pobre no asegurada, afiliadas al SGSSS (Sistema de Seguridad Social en Salud).

Ocho campañas para promover la afiliación al SGSSS realizadas.

Meta / Producto. Realizar inspección, vigilancia y control al 100% de las aseguradoras del SGSSS.

Indicador. Porcentaje de cumplimiento del Plan de Inspección, Vigilancia y Control a las SGSSS.

Programa Atención Primaria en Salud

Objetivo específico: Fortalecer la prestación de servicios de atención primaria en salud.

Estrategia. Llegar a cada familia Palmirana a través de los equipos básicos de atención primaria en salud, como facilitadores de la prestación de servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, con un estricto seguimiento mediante actividades de Inspección, Vigilancia y Control IVC.

Meta/Resultado. Alcanzar el 90% la calidad de los servicios de atención primaria en salud.

Indicador. Porcentaje de calidad de los servicios de atención primaria en salud alcanzado.

Subprograma. Fortalecimiento de la red pública

Meta/Producto. Ejecutar cuatro proyectos de infraestructura y dotación en la red pública de salud.

Indicador. Número de proyectos de infraestructura y dotación en la red pública de salud ejecutados.

Meta/Producto. Implementar y evaluar el modelo de Atención Primaria en Salud "Palmira avanza más cerca de ti" para la prestación de servicios de salud.

Indicador. Un modelo de Atención Primaria en Salud "Palmira avanza más cerca de ti" para la prestación de servicios de salud implementado y evaluado.

Perfil Epidemiológico De Palmira Valle

Desde el punto de vista epidemiológico, se realizaron 46.786 actividades, de las que las 10 primeras causas fueron el 23.8% del total de consultas, siendo la primera causa la diarrea con un 4,0 % y, en segundo lugar, consulta para atención de parto con el 3,9 %, infecciones virales el 3,8 % y aborto espontáneo el 2,4 %. Lo anterior muestra que la atención es de causas de urgencias, y por no ser un hospital de baja complejidad, no aparecen las enfermedades crónicas en los primeros lugares.

Sin embargo, el servicio de hospitalización tuvo 7.467 egresos, de los cuales partos con el 23.6 %. Luego apendicitis con el 5.2 % y, en tercer lugar, bronconeumonía con el 2.5 %, luego infecciones urinarias.

La mortalidad afecta en mayor proporción a la población masculina, más de la tercera parte es por sepsis, la segunda causa es Epoc, la tercer es cáncer, siendo el más frecuente el de colon, la cuarta bronconeumonía, y quinta el infarto de miocardio. Llama la atención que las muertes por violencia después de estar hospitalizados es la séptima causa.

Es una planta caracterizada por la baja profesionalización de los cargos administrativos y el elevado número de funcionarios auxiliares y de apoyo logístico.

El comportamiento de la producción de este Hospital tiene una franca tendencia al incremento, especialmente en atenciones de la mediana y alta complejidad. Durante la vigencia 2008, la Gobernación del Valle – Secretaria Departamental de Salud, contrató con la Organización Panamericana de la Salud el desarrollo de un que le permitiera realizar la planeación de todas las actividades a realizar a la población pobre no asegurada, la cual es una herramienta fundamental en esta propuesta.

Este perfil epidemiológico, teniendo en cuenta que más del 50% de la población que consulta es pobre, no asegurada, sin capacidad de pago, se puede considerar mixto, con tasas elevadas de enfermedades infecto contagiosas, seguidas de enfermedades crónicas degenerativas, accidentes y violencia, causas que se relacionan indirectamente con las condiciones de acceso a los servicios de salud, condiciones higiénico sanitarias, estilos de vida que se convierten en factores de riesgo para esta población. Es importante mencionar que las actividades de Promoción y Prevención de nivel I se disminuyeron en los últimos tres años debido a que el Hospital entregó estos servicios al Hospital Raúl Orejuela Bueno.

**ANEXO 2 FORMATOS DE ENCUESTAS APLICADA EN INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS**

NOMBRE Y APELLIDO _____ MUNICIPIO_
COMUNA ____

BARRIO ____ FECHA ____/____/____

1- Edad en meses _

2- Sexo: Masculino__ Femenino__

3- ¿Cuánto peso al nacer? _____

4. Clase de Infección Respiratoria Aguda por la cual fue valorado.

a. Resfriado Común- _____ b. Faringitis Aguda _____ c. Amigdalitis _____

d. Neumonía _____ e. Bronquitis _____ f. Otitis media Aguda _____

g. Rinitis Alergica

5. Condiciones de la vivienda: Buena _____ Regular __ Mala _____

6. Hacinamiento: Si _ No ____

7. Convivientes Fumadores: Si ____ No _____

Diseñada por: DIEGO REVELO

Encuestas 2

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA - REGENCIA DE FARMACIA ENCUESTA APLICADA A: MUNICIPIO DE SAN JUAN DE PASTO

Objetivo: Recolectar información acerca del “INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS”, analizar los datos obtenidos y determinar algunas acciones de salud pública. Encuesta Realizada: **Por: DIEGO ALEXANDER RIVELLO**

Población: SAN JUAN DE PASTO (Casco urbano)

Muestras: Persona adultas padres de familia edades entre mínima 18 máxima de 60 años con niños y niñas menores de 5 años

1. En las siguientes casillas, seleccione su edad (en años) y sexo M (masculino) F (femenino)

EDAD SEXO

2. ¿Sabe qué es una infección respiratoria aguda?

SI NO

3. ¿Conoce cuáles son sus síntomas?

SI NO

4. ¿Usted sabe cual es la vía de transmisión de estas enfermedades?

SI NO

5. ¿Usted sabe cuáles son las formas de evitar contraer una infección respiratoria aguda?

SI NO

Diseñada por: Ferney Rodríguez

ANEXO 3: FORMATO DE FOLLETO



¡CUIDADO CON LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NUESTROS NIÑOS!

El **80%** de las **MUERTES** en los niños entre edades de 0 a 5 años son causadas por las infecciones respiratorias agudas.

Que es una Enfermedad respiratoria aguda -IRA?

Son enfermedades de vías respiratorias causada por virus o bacterias, se adquieren por el aire o por contacto directo con personas enfermas.

Sus síntomas son:

- ✓ Malestar general
- ✓ Tos
- ✓ Mocos
- ✓ Flemas
- ✓ Dolor o enrojecimiento de la garganta
- ✓ Ronquera
- ✓ Dolor de oído
- ✓ En algunos caso fiebre

Entre ellas tenemos: **RESFRIDO COMÚN - LA INFLUENZA- NEUMONÍA-ASMA.**

Las personas **más** afectadas son los niños entre 0 y 5 años en especial menores de 6 meses

Estas enfermedades aumentan por:

- ✓ Cambios de temperatura
- ✓ Desnutrición
- ✓ Baja calidad en los alimentos en especial si no realiza la **LACTANCIA MATERNA**
- ✓ Falta del esquema de vacunación
- ✓ Parto en adolescentes
- ✓ Bebes prematuros o de bajo peso

Entre los 0 y 5 años su hijo, es más vulnerable con las enfermedades

Como prevenirlas:

Buena alimentación: Lactancia materna y productos adecuados para cada etapa de su desarrollo

Como evitar que su hijo enferme:

- ✓ Dar exclusivamente leche materna hasta los 6 meses de edad
- ✓ Lávese las manos con frecuencia
- ✓ Poner todas la Vacunas y solicitar suplemento con vitamina A
- ✓ Evitar el contacto suyo, el de su familia y el de su hijo con personas contagiadas con gripa
- ✓ Protegerlos de los cambios bruscos de la temperatura
- ✓ Cubrir la nariz y la boca al salir de algún lugar cerrado o al aire libre
- ✓ Cuando barra o limpie polvo no lo haga cerca de una niña o niño
- ✓ No le de alimentos en biberón use vaso o cuchara
- ✓ Nunca lo alimente acostado
- ✓ No utilice cobija o ropas que suelten motas
- ✓ Mantenga ventilado en lugar donde vive, abra la ventana de su casa todos los días
- ✓ Aleje al niño o niña del humo del cigarrillo
- ✓ Si vive en zonas sin pavimentar humedezca el piso para evitar que se levante el polvo
- ✓ Evitar cocinar con leña u otro vegetal cerca del niño o niña



- ✓ Evite prender su carro o su moto en espacios cerrados
- ✓ Llevarlos a control de crecimiento y desarrollo a centros de salud

Como tratar a su hijo cuando ya esta enfermo:

- ✓ Observe si respira más rápido de lo normal
- ✓ Si su hijo es menor de 2 meses vigile si tiene fiebre o si su temperatura es baja
- ✓ Animarlo a tomas más líquidos
- ✓ Mantener su nariz limpia con suero fisiológico o agua de la llave
- ✓ Alimentarlo normalmente
- ✓ Si no tiene apetito dar alimentos en pequeñas cantidades más al día
- ✓ Protegerlo de cambios bruscos de temperaturas
- ✓ Mantenerlo con ropa cómoda y fresca
- ✓ No utilizar alcohol para bajar la fiebre
- ✓ No dar medicamentos que el medico no le haya formulado especialmente antibióticos o jarabes para la tos.

Signos de alarma:

- ✓ **RESPIRA RÁPIDO**
- ✓ **LE SUENA EL PECHO**
- ✓ **SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS**
- ✓ **NO PUEDE COMER O BEBER NADA O VOMITA TODO**
- ✓ **DEMASIADA SOMNOLENCIA**

Si tiene todos estos síntomas se le considera una enfermedad respiratoria **GRAVE** y debe ser inmediatamente trasladado a un centro de salud más cercano con urgencia

**¡RECUERDE QUE LA VIDA DE SUS HIJOS
ESTA EN SU MANOS. ACTÚE AHORA, MAÑANA
PUEDE SER DEMASIADO TARDE!**



**¡EL MEDICAMENTO MÁS EFECTIVO ES LA
PREVENCIÓN!**



Diseñada por: Ferney Rodríguez

ANEXO 4: VIDEOS



La Enfermedad Respiratoria Aguda se puede prevenir.

<http://www.youtube.com/watch?v=vkeMN8P4oDY>



Enfermedades Respiratorias En Los Niños

http://www.youtube.com/watch?v=f_WNegDGDU4

Recuperados por: Ferney Rodríguez

ANEXOS 5: FOTOS HOSPITAL LOCAL CIVIL SAN JUAN DE PASTO



ANEXOS 6: FOTOS EVIDENCIAS SOBRE FOLLETO INFORMATIVO EN SAN JUAN DE PASTO HOSPITAL.

