

Comportamiento de infecciones respiratorias agudas altas en lactantes en un consejo popular.

Behaviour of acute respiratory infections in unweaned children from a popular council.

Mercedes López Pelegrino¹ , Yanet Ponce Surós².

¹ Especialista de Primer Grado en Enfermería Comunitaria. Policlínico Universitario "René Vallejo Ortíz", Bayamo, Granma. Miembro Titular de la SOCUENF. Instructor.

² Licenciada en Enfermería. Instructor. Hospital Infantil "General Milanés". Bayamo. Granma.

RESUMEN

Las infecciones de las vías respiratorias superiores son las que se localizan principalmente por encima de la laringe; y la mayoría son provocadas por una gran cantidad de microorganismos. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en un universo de 97 lactantes de 10 consultorios médicos de la familia del reparto El Valle; pertenecientes al Policlínico René Vallejo Ortiz, con el objetivo de valorar el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas altas. La muestra incluye a 90 lactantes (92,7%) que presentaron infecciones respiratorias altas. Para este estudio se emplearon las siguientes variables: edad, sexo, peso al nacer, estado nutricional, tipo de lactancia, número de convivientes y evolución de las infecciones. Los resultados se evaluaron con especialistas de Pediatría e Informáticos, se expresaron en números absolutos y por cientos, presentándose en tablas. Se encontró como conclusiones, elevada incidencia en infecciones respiratorias agudas altas, no hubo variaciones importante en cuanto edad y sexo, el factor de riesgo negativo que más incidió fue la lactancia mixta, seguida del hacinamiento; el catarro común fue la enfermedad respiratoria alta no complicada seguida de faringoamigdalitis aguda con exudado de mayor incidencia, Los resultados permitieron establecer comparaciones con otros estudios así como con las bibliografías nacionales y extranjeras disponibles.

Descriptores DeCS: INFECCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO /epidemiología

ABSTRACT

The superior respiratory infections are mainly located over the larynx and most of them are provoked by a great amount of microorganisms. It was performed a descriptive prospective research in a universe of 97 unweaned children from 10 medical consults belonging to Rene Vallejo polyclinic, with the objective to value the behavior of acute respiratory infections. The sample includes 90 unweaned children (92.7%) that presented high respiratory infections. For this research there were applied different variables: age, sex, newborns weight, nutritional stage, type of breastfeeding, number of companions and the evolution of infections. The results were evaluated with Pediatricians and Informatics and were evidenced with absolute numbers and percentages through tables. It was found a high incidence in acute

respiratory infections and there were no important variations according to age and sex, the most frequent negative risk factor was mix breastfeeding followed by overcrowding, the common flu was the non -complicated respiratory disease followed by acute pharyngoamygdalitis with an exudate of high incidence. The results allowed establishing comparisons with other researchs as well as the national and international bibliographies available.

KEY WORDS: RESPIRATORY TRACT INFECTIONS /epidemiology

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de las vías respiratorias superiores son las que se localizan principalmente por encima de la laringe, la mayoría de las enfermedades respiratorias afectan las porciones superiores e inferiores del aparato respiratorio, las mismas son provocadas por una gran cantidad de microorganismos, principalmente los virus.¹

Una de las causas más frecuentes de enfermedad infantil en los países en desarrollo son las infecciones respiratorias agudas (IRA) que ocasionan del 30 – 60% de las consultas pediátricas y el 30 – 40% de las hospitalizaciones.² En la declaración de la cumbre a favor de la infancia, celebrada en Nueva York el 30 de septiembre de 1990, se estableció para el año 2000 la meta de reducir en un tercio las defunciones causadas por IRA en niños menores de 5 años.²

Se plantea que entre los factores de riesgo para adquirir infecciones respiratorias agudas, está la asociación entre desnutrición y las IRA se ha documentado, que los niños con problemas nutricionales se hacen más susceptibles a las infecciones y esta combinación de malnutrición e infecciones causa elevados niveles de morbilidad y mortalidad, en especial las enfermedades respiratorias, siendo común este enunciado en casi todos los países; también, se conocen como factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas altas: la edad, el sexo, el hacinamiento, el bajo peso y la malnutrición.³

Cada año fallecen en todo el mundo 4 millones de niños menores de 5 años como consecuencia de (IRA). Las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que la mortalidad por IRA va de 16 muertes por 100 000 nacidos vivos, en Canadá a 3, 022; en Haití, país en el que las IRA representan entre 20% 25% del total de defunciones.⁴

La mayoría de los países de América Latina, reportan altas tasas de mortalidad por IRA, Existe una marcada brecha entre la situación de los países desarrollado de la región (Canadá, Estados Unidos) en relación con este problema.⁵

Algunos de los autores expresan que solo un número reducido de países en el mundo disponen de información sobre morbilidad ocasionada por IRA, sin embargo 88

naciones con una población aproximada de 1200 millones de habitantes, la cuarta parte de la población mundial no informa datos sobre mortalidad por estas enfermedades.⁶

En Cuba antes del triunfo de la Revolución casi no se trabajaba con el diagnóstico de agentes causales virales que eran responsables de grandes epidemias de infecciones respiratorias agudas (IRA), que constituyeron una causa importante de mortalidad en los niños, actualmente las IRA ya no constituyen causa de mortalidad infantil, sino de morbilidad.⁷ Diversos estudios realizados revelan que el promedio de episodios de IRA en los niños menores de un año en zonas urbanas es cercano a cuatro. Se ha estimado que un niño menor de 5 años de edad en zonas urbanas pudiera sufrir entre cinco y ocho episodios de IRA durante un año, con independencia del lugar donde viva.⁸ Las IRA representan una elevada incidencia en cuanto a morbilidad; la provincia Granma el año pasado presentó una tasa de 76,8 x 10000 niños la edad. El municipio Bayamo 94,8 x 10000 niños y el policlínico 92,9 x 10000 muy similar al reporte de otras áreas. Por el gran número de casos de IRA, encontrados en el policlínico realizamos este trabajo, enfatizando en los factores de riesgo, variables relacionadas con ellas, valorar su comportamiento y brindar un paso de avance en aras de reducir la morbilidad.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en lactantes de 10 consultorios médicos de la familia ubicados en el reparto El Valle perteneciente al Policlínico René Vallejo Ortiz del municipio Bayamo, provincia Granma, en el período comprendido desde el 1º de enero – 2008 hasta el 31 de diciembre 2009, con el objetivo de determinar el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas altas (IRA) en lactantes; se decidió utilizar el reparto del Consejo Popular que más problema presentaba con los indicadores del programa materno infantil y se comenzó el cómputo de los casos después del segundo semestre del 2007.

El universo estuvo constituido por todos los lactantes presentes en el área durante el tiempo de estudio (n=97) la muestra incluyó a 90 lactantes que presentaron infecciones respiratorias altas, en el período mencionado y cumplieron como criterios de inclusión: aparición de clínica clásica de IRA, dada por el rechazo a los alimentos, dolor a la deglución, otoclínia, obstrucción nasal, rinorrea con o sin fiebre durante el año que se estudia; niño mayor de 29 días y menor de un año de edad. Se incluyeron además los niños cuyas madres estuvieron de acuerdo a participar en la investigación, previo consentimiento informado según comité de ética y de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki.

Se excluyeron aquellos niños que tuvieron todos los síntomas acompañados de estertores y dificultad respiratoria, que no presentaron los síntomas descritos en los criterios de inclusión, los que no presentaron una clínica clásica de IRA y los que se encontraban de tránsito en el área.

Metódica

Todos los niños se distribuyeron según sexo (masculino o femenino), edad (menores de 6 meses y 6 meses y más) y peso al nacer: (considerándose a los niños con peso inferior a 2500gr y niños con 2500gr y más en el momento del nacimiento). Se entrevistó a las madres de los lactantes afectados por IRA y se revisó la historia clínica del recién nacido-lactante.

Se determinaron algunos factores de riesgo que están descritos en la literatura y considerados de importancia para este estudio, entre ellos: hacinamiento, bajo peso al nacer, malnutrición por defecto. Se valoró en cada caso según el porcentaje de cada una de estas variables en la muestra y así determinar cuál de estos factores fue el que predominó, lo que permitió identificar los problemas que afectan a la comunidad para ayudar a modificarlos.

En relación con la lactancia materna la muestra se dividió según el lactante a quien se le indicó cambio de leche antes de este tiempo, los niños que se mantuvieron con lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de vida, los que se les añadió otra leche antes de este tiempo y los niños que se mantuvieron con lactancia materna artificial. Para evaluar el estado nutricional de los niños se utilizaron las técnicas que establece el programa biológico internacional, con el auxilio de las tablas cubanas de crecimiento y desarrollo quedando clasificados en desnutridos (menos del 3er percentil (PC), delgado (entre 3er y el 10 PC), normopeso (entre el 10 y el 75; sobrepeso, 75 y 90 p PC), obeso (por encima de 97 PC).

Para evaluar el hacinamiento se utilizó como criterio la presencia de tres personas o más en la habitación incluyendo al niño.

Los tipos de IRA alta no complicada se clasificaron en catarro común, faringoamigdalitis con ulceraciones o vesículas y faringoamigdalitis con exudados o membranas.

TECNICA Y PROCEDIMIENTO

Para obtener la información se elaboró un formulario que incluyó todas las variables mencionadas anteriormente a través del cual se obtuvieron los datos de los 5 consultorios médicos de la familia del reparto estudiado y los datos obtenidos de las

historias clínicas de estos lactantes; los cuales fueron tabulados por el método de conteo simple auxiliados por una calculadora y una computadora digital Pentium con el programa Microsoft Word. Los resultados se expresaron en números absolutos y por cientos y se presentan en tablas para facilitar la información.

RESULTADOS

De 97 lactantes estudiados, 90 presentaron cuadros de infección respiratoria altas (92,7 %), lo que confirma una alta incidencia (Tabla 1).

En relación con el sexo 49 lactantes pertenecieron al sexo femenino, (54,4%) y 51 al masculino (56,6%) (Tabla 2).

La edad se comportó de la siguiente manera: lactantes menores de 6 meses 54 (60 %) y 36 de 6 meses y más (40 %) (Tabla 3), reportó solo importancia como variable.

Entre los factores de riesgo que incidieron en la aparición de las IRA el hacinamiento estuvo presente en 45 niños de los estudiados (50 %), y se aprecia también que de ellos 60 (66,6%) fueron alimentados con lactancia mixta antes de los 6 meses de edad, no fueron amamantados cinco niños (5,5%) mientras sólo 5 lactantes (5,5 %) tuvieron bajo peso al nacer y 5 (5,5%) malnutrición por defecto en esta etapa de la vida, 2 para el (2,2 %) (Tabla 4).

Al analizar los resultados en las IRA altas no complicadas que presentaron estos niños el mayor por ciento fue en catarro común 65 (72,3%) seguido de faringoamigdalitis con exudados o membranas 25 (27,7%) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Las IRA constituyen una de las causas más comunes de mortalidad infantil, de los 14-15 millones de niños menores de cinco años de edad que mueren todos los años, cuatro millones mueren debido a infecciones respiratorias agudas y dos tercios de estos son menores de un año.⁹

Organizaciones sobre el servicio de salud para niños han informado que las infecciones respiratorias altas constituyen la mitad de todas las enfermedades en niños menores de un año, ¹⁰ hecho que se puede corroborar por el elevado comportamiento de las infecciones respiratorias altas encontradas en la población estudiada.

Existe poca variación en la incidencia o gravedad de la enfermedad respiratoria sobre la base del sexo. Las infecciones del tracto respiratorio son ligeramente más frecuentes en los niños que en las niñas ² correspondiéndose con los resultados obtenidos en esta investigación.

Los niños tienen de tres a seis infecciones por año, pero algunos tienen un número mayor especialmente durante el primer año de vida,¹¹ la inmadurez del aparato respiratorio y ciertos acontecimientos relacionados con el período neonatal predisponen a estas infecciones más allá del período de recién nacido, la ausencia de anticuerpos específicos contra patógenos virales corrientes, da lugar a una mayor incidencia de infecciones del tracto respiratorio,¹² ésta es máxima durante el primer año de vida; otros autores en investigaciones realizadas plantean una mayor incidencia de IRA durante los primeros seis meses de vida.¹³ Esta investigación reporta similares resultados.

Al analizar los factores individuales y ambientales tales como el bajo peso al nacer, la desnutrición y la contaminación del aire en las viviendas, se observa cómo estos pueden aumentar los riesgos de infección respiratoria aguda en niños.

En los países desarrollados las muertes debido a las IRA descendieron en los primeros años de este siglo, incluso antes de la introducción de medidas preventivas terapéuticas específicas, esto quizás se deba principalmente al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas en la población en general. Una infección respiratoria aguda es el resultado de una interacción entre tres factores: el huésped, el agente infeccioso y el ambiente. Los datos históricos indican que los factores ambientales ejercen una poderosa influencia en las IRA. Entre los lineamientos para hacer frente a los factores del huésped, y el riesgo ambiental, figuran los de disuadir el hábito de fumar, promover la lactancia materna y fomentar una nutrición buena y apropiada.¹⁴

Hay indicios de que este problema tiene una especial incidencia en lactantes y niños de corta edad que viven en hogares con hacinamiento y sin la debida ventilación.

Un estudio en Brasil mostró que después del ajuste para factores socioeconómicos y ambientales, la presencia de tres o más niños menores de cinco años en la vivienda, se asociaba con el incremento en 2,5 veces de la aparición de infecciones respiratorias; el hacinamiento, ya sea en la casa o en las instituciones constituye uno de los factores de riesgo mejor establecidos para las IRA;¹⁵ a este respecto, los resultados de esta investigación son similares y se ha demostrado que el hacinamiento guarda una relación directa en la aparición de las IRA en lactantes

En cuanto a la lactancia materna, están fuera de cualquier duda las ventajas de toda índole, a pesar de los enfoques de compañías comerciales, aspectos psicológicos, ciertas actitudes del personal sanitario, estilos y modas que las niegan; además, es considerada como factor protector frente a las enfermedades infecciosas.¹⁶ Otros estudios, demostraron que en algunos países, la morbilidad fue más elevada entre los niños que no eran amamantados.¹⁵ En este estudio se encontró un número mayor de episodios de IRA en lactantes que no tuvieron lactancia materna exclusiva hasta el

sexto mes de edad; aunque es poco frecuente en el área debido a la labor educativa del médico y la enfermera de la familia sobre la importancia de la misma.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud podían salvarse en el mundo más de un millón de niños al año, si todas las madres alimentaran con leche materna a sus hijos durante los primeros 6 meses de edad.¹⁷

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 este se encuentra por debajo de 2500 g, constituye un determinante individual en las posibilidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo de un niño.¹⁸

Aproximadamente el 16% de los niños del mundo tienen bajo peso al nacer, esto representa 20 millones de niños cada año.¹⁴ Solo 5 de los lactantes estudiados incluidos en la muestra tuvo bajo peso al nacer. Un estudio británico mostró que los niños de bajo peso al nacer tuvieron dos veces más infecciones respiratorias, que los nacidos con peso adecuado.¹⁷ La mayor susceptibilidad para enfermar y morir de los niños con bajo peso se extiende desde el nacimiento hasta el periodo postnatal y son particularmente elevadas las tasa de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas y otras de carácter infecciosas; dos mecanismos principales vinculan el peso al nacer con las IRA; la inmunocompetencia reducida y la función pulmonar restringida.¹⁹

Otro factor clave es la desnutrición. Los niños desnutridos son más proclives a sufrir infecciones respiratorias agudas, pues las infecciones deterioran el proceso de nutrición y forman un círculo vicioso. Existe evidencia abrumadora de que los niños desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente, particularmente a nivel celular y consecuentemente tienen infecciones respiratorias más graves que los niños con estado nutricional adecuado.¹⁸

Se ha demostrado la relación existente entre la desnutrición y las IRA graves, estudios realizados han encontrado, que los niños desde la infancia hasta los cuatro años de edad sufrían el mismo número promedio de ataques de IRA cuando estaban desnutridos Hay pruebas evidentes de anormalidades inmunológicas causadas por la desnutrición; Sirinsinha y sus colaboradores han encontrado que las concentraciones de inmunoglobulinas y secretinas en los lavados nasales de niños desnutridos fueron marcadamente más bajas que las normales y no se recuperan los niveles normales hasta unos 70 días después de iniciado el tratamiento. Bajo el nombre de infecciones respiratorias altas agudas se incluyen varias entidades y la mayoría de las infecciones agudas del tracto respiratorio están producidas por virus y micoplasmas.¹⁹

La gripe o catarro común es un proceso infeccioso de las vías respiratorias causado por virus de la familia orthomyxomiridal, que aparece normalmente de forma endémica –

epidémica, en brotes de presentación estacional y en ocasiones de forma epidémica o pandémica de amplia difusión regional o mundial y por lo general asociada a la aparición de nuevas variantes antigénicas de su agente causal.¹⁴

El catarro común (67,5%) fue la IRA de mayor relevancia encontrada en la muestra estudiada por tener un carácter auto limitado; requiere por ahora medidas sencillas de tratamiento sintomático, principalmente para los síntomas nasales. En un futuro próximo, seguramente se dispondrá de drogas antivirales y medios eficaces de control, lo cual evitara que tantos niños sufran de esta molesta enfermedad.

El catarro común es una enfermedad universal y gran parte del conocimiento que sobre ella se posee, se basa en un trastorno causado por los rinovirus. En los niños este síndrome infeccioso inflamatorio se diferencia de los adultos, en que es más extenso y afecta a los senos paranasales y generalmente al oído medio,² la complicación más frecuente es la otitis media aguda que se observa en un 25 % de los lactantes pequeños, lo que origina gran número de niños con defectos de audición.¹⁹

El término faringoamigdalitis aguda se refiere a todas las infecciones de faringe incluyendo amígdalas. La presencia o ausencia de amígdalas no afecta la frecuencia, ni el curso de las complicaciones de la enfermedad, ni la susceptibilidad a ella. La afectación faríngea es parte de muchas infecciones del tracto respiratorio superior y se encuentra también en varias infecciones agudas generalizadas; sin embargo, en sentido estricto, el término faringitis aguda se refiere a los procesos en que la afectación principal se sitúa en la garganta.² En esta enfermedad la etiología estreptocócica representa entre 20-40 % de la faringoamigdalitis aguda con exudado, lo cual supone por aproximación un caso por niño. Se estima que los niños tienen una infección estreptocócica cada 4-5 años.¹⁶

Al término de la investigación, en la muestra estudiada, no se reportaron casos de sinusitis, adenoiditis, ni mastoiditis. Sin embargo, estudios recientes confirman que la sinusitis bacteriana complica únicamente al 0,5% de todos los catarros en niños.¹⁸

Se encontró como conclusión más relevante una elevada incidencia de infecciones respiratorias agudas altas en la población estudiada. No hubo variaciones importantes de infecciones respiratorias agudas altas en cuanto a edad y sexo.

Jugaron un papel importante en la aparición de las infecciones respiratorias agudas, factores de riesgo como: hacinamiento y lactancia mixta antes de los 6 meses de vida y el hacinamiento. El catarro común fue la infección respiratoria aguda alta más frecuente seguida de la faringoamigdalitis aguda con exudado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia. [Revista en Internet] 1996 [Consultado 30 Mayo 2010]; 1(1). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/rtv0196.pdf>
2. Rodríguez Tamayo R, Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos. Reporte Técnico de Vigilancia. [Revista en Internet] 2000 [Consultado 30 Mayo 2010]; 5(7). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/rtv0700.pdf>
3. Gómez Pereira RM, Cruz Marrero JC, Hernández Reyes O, Reyes M. Infecciones respiratorias agudas tratadas en la comunidad. Archivo MED. Camaguey [Revista en Internet] 2003 [Consultado 20 de octubre de 2007]; 7(1). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n1/453.htm>
4. Martínez M, Montano A. Infecciones Respiratorias Agudas Bajas de causa viral en niños menores de 2 años. Posibles factores de gravedad. Arch. Pediatría. Urug. 2005; 72(3):206-10.
5. Savitha MR, Nadeeshwara SB, Pradeep Kumar MJ, Utaque F, Raju CK. Modifiable risk factors for acute lower respiratory tract infections. Indian J Pediatr 2007; 74(5):477-82.
6. Páez Prast I, Pino Alfonso PP, Gassiot Nuño C, Rodríguez Vázquez JC, Placeres Fajardo A. Infecciones y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Acta Médica. [Revista en Internet] 2000 [Consultado 12 de diciembre de 2008]; 9(1-2): [34-8]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol9_1_00/act05100.htm
7. Álvarez Castelló M, Castro Amáralas R, Abdo Rodríguez A, Orta Hernández SD, Gómez Martínez M; Álvarez Castelló M del P. Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. [Revista en Internet] 2008 [Consultado 22 de diciembre de 2009]; 24(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Krallevic C, Orlandier R. Uso prudente de antimicrobiano en afecciones de vías respiratorias altas en niños. Bol. Med. Hosp. Inf. Méx. 2007; 56(7): 417-22
9. Gilavert Cuevas MC, Bodi SM. Factores pronósticos en las infecciones respiratorias agudas comunitaria grave. Med. Intensiva 2004; 28(8):419-24.

10. Ministerio de Salud y desarrollo social Venezuela. Alerta epidemiológica. Boletín Epidemiológico 2007; 56(5).
11. Infecciones respiratorias agudas. Boletín Semanal de Promoción y Educación para la Salud. [Revista en Internet] 2006 [Consultado 30 Mayo 2010]; (15). Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/boletin15.infeccionesrespiratoriasagudas.pdf>
12. Influenza y neumonía. Bibliomed. [Revista en Internet] 2007 [Consultado 30 Mayo 2010]; 14(11). Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/bmn/nov_b07v14n11.doc
13. Alonso Lago O, González Hernández D, Abreu Suárez G. Malnutrición proteico energética en niños menores de 5 años. Rev. Cubana Pediatr. [Revista en Internet] 2007 [Consultado 12 de enero de 2009]; 79(2): [1-7]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Gabriela F, Kuszniarz R. Infección respiratoria agudas por adeno- virus en niños hospitalizados. Arch Argent Pediatr 2007; 105(2):216- 220.
15. Guía de práctica clínica para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas: faringoamigdalitis y sinusitis aguda. Boletín de Información Terapéutica para la APS. [Revista en Internet] 2008 [Consultado 30 Mayo 2010]; (23). Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/apua-cuba/boletin_fa_y_sinusitis_23.pdf
16. Sarria E, Lima J, Fischer G, Menna BS, Flores J, Subiennik R. Interobserver agreement in the radiological diagnosis of lower respiratory tract infections in children. J Pediatr 2005; 79(6):497-503.
17. Guzmán AN, De la Hoz RA, Higuera A, Dessiree P, Di Fabio JL. Costos económicos de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 2 años de edad en Colombia. Rev. Panamericana de salud Pública 2005; 17(3):178-183.
18. Moreno Galdó A. infecciones respiratoria aguda comunitaria grave. An. Pediatr 2003; 58(suplemento 1): 35-42.

19. Cereceda PJ, Maturana RR, Acevedo FV, Aylwin RN, Flores OM. Índice de gravedad de las IRA comunitarias hospitalizadas. Rev. Chil. Enf Resp. 2004; 19(3):155-59.

TABLA 1. Comportamiento de infecciones respiratorias agudas altas en consultorios del Consejo Popular El Valle, Manopla y La Unión.

LACTANTE	PACIENTES	
	NO	%
LACTANTE SANO	7	7.3
LACTANTE CON IRA	90	92.7
TOTAL	97	100

Fuente: Historia Clínica

TABLA 2. Distribución de los lactantes con IRA según sexo en consultorios del Consejo Popular El Valle, Manopla y La Unión.

SEXO	PACIENTES	
	NO	%
MASCULINO	49	54.4
FEMENINO	51	56.6
TOTAL	90	100

Fuente: Historia Clínica

TABLA 3. Distribución de los lactantes con IRA según la edad en consultorios del Consejo Popular El Valle, Manopla y La Unión.

EDAD	PACIENTES	
	NO	%
MENOR DE 6 MESES	57	63.3
MAYOR DE 6 MESES	43	43.7
TOTAL	90	100

Fuente: Historia Clínica

TABLA 4.

FACTORES DE RIESGO	PACIENTE	
	NO	%
HACINAMIENTO	45	50
BAJO PESO AL NACER	5	5.5
MAL NUTRICIÓN POR DEFECTO	2	2.2
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES	25	27.7
LACTANCIA MIXTA	60	66.6
LACTANCIA ARTIFICIAL	5	5.5

Fuente: Historia Clínica.

TABLA 5. Frecuencia de IRA no complicada en consultorios del del Consejo Popular El Valle, Manopla y La Unión.

ENFERMEDADES ENCONTRADAS	PACIENTES	
	NO	%
CATARRO COMÚN	64	71.1
FARINGOAMIGDALITIS CON EXUDADO	25	27.7
FARINGOAMIGDALITIS CON VESÍCULAS Y ULCERACIONES	11	12.2
TOTAL	90	100

Fuente: Historia Clínica.

ANEXO 1.**Consentimiento Informado**

El objetivo del estudio es determinar el comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas altas en la comunidad, la información obtenida será anónima y tratada con la más estricta confidencialidad,

¿Acepta usted participar en el estudio?

Si_____

No_____

Firma: _____

ANEXO 2

Nombre y Apellidos del niño: _____

I- Sexo _____

II- Edad _____

III- Peso al nacer

IV- Infecciones Respiratorias Alta

Menos de 2500 gr.

* Catarro Común

2500 gr. y más

* Faringoamigdalitis con exudado

* Faringoamigdalitis con vesícula o
Ulceración _____

V.- Índice de hacinamiento

* Otitis Media Aguda _____

• Habitaciones _____

* Mastoiditis _____

• No. De personas _____

* Sinusitis _____

* Adenoiditis _____

* Otros _____

VI- Estado nutricional del niño

VII.- Complicaciones

Desnutrido _____ Delgado _____

* Neumonía _____

Normo peso _____ Obeso _____

* Fiebre Reumática _____

Sobrepeso _____

* Glomerulonefritis Aguda _____

VIII.- Alimentación:

* Meningoencefalitis _____

• Lactancia materna exclusiva

* Sepsis generalizada _____

Si _____ No _____

* otros _____

• Lactancia Mixta

Si _____ No _____

• Lactancia artificial

Si _____ No _____

VII.- Primeros síntomas

• Rechazo a los alimentos _____

• * Dolor a la deglución _____

• * Otodinia _____

• * Obstrucción nasal _____

• Rinorrea con o sin fiebre _____

• Otros _____