

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"EVALUACION DE PROMOTORES DE SALUD SOBRE MANEJO Y
TRATAMIENTO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA"**

Estudio Descriptivo-Observacional efectuado
en San Vicente Pacaya, Escuintla
Octubre, 1993. Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

ERICK ALFONSO CASTILLO GIL

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1993.

DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



DL
05
7 (6617)

FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 29 de octubre
DIF-318-93

de 1993

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER ERICK ALFONSO CASTILLO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
GIL Carnet No. 85-12321
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EVALUACION DE PROMOTORES DE SALUD SOBRE MANEJO Y TRATAMIENTO DE
DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor
Firma y sello personal
Edgar A. Reyes Mijangos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6148


Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 9,912
Edgar Rodolfo de León Baullón
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: ERICK ALFONSO CASTILLO GIL

Carnet Universitario No. 85-12321

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EVALUACION DE PROMOTORES DE SALUD SOBRE MANEJO Y TRATAMIENTO
DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 29 de octubre de 1993

Dr. Edgar R. De León Barajas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :



Dr. José H. Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

INDICE

	PAGINA
I INTRODUCCION	1
II DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III JUSTIFICACION	3
IV OBJETIVOS	4
V REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	16
VII PRESENTACION DE RESULTADOS	20
VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	38
IX CONCLUSIONES	42
X RECOMENDACIONES	43
XI RESUMEN	44
XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
XIII ANEXOS	47

I INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación pretende evaluar el conocimiento de los promotores de salud sobre el uso de la ficha adaptada por Plan Internacional sobre el manejo y tratamiento de niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda. Para realizar el estudio se contacto con promotores de salud del municipio de San Vicente Pacaya del departamento de Escuintla durante el mes de octubre de 1993. Dichos promotores ya habían sido capacitados previamente sobre la ficha adaptada por Plan Internacional para niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda.

Para lo que se efectuó una entrevista previa con los promotores acerca de su trabajo, aceptación por la comunidad, limitaciones y conocimientos generales sobre Infecciones Respiratorias Agudas y una evaluación escrita que permitió conocer aspectos teóricos. Encontrándose un total de 38 promotoras activas, que sirvieron como sujeto de estudio.

La motivación principal para efectuar la investigación fue la importancia que tienen los promotores de salud en comunidades rurales como San Vicente Pacaya, donde la morbi-mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas ocupa el primer lugar.

Los resultados de la evaluación permiten saber el grado de conocimiento teórico, manejo y uso de antibióticos y medicamentos por el promotor de salud para niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda.

Además es importante ya que no han habido estudios previos que den a conocer el conocimiento sobre Infecciones Respiratorias por promotores de salud.

II DEFINICION DEL OBJETO DE ESTUDIO

Las infecciones respiratorias se encuentran entre las primeras causas de morbi-mortalidad en niños menores de 5 años en nuestro país, representando un gran desafío que enfrentan los servicios de salud los cuales son insuficientes para cubrir las necesidades de la población. (11) (12)

Por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, organismos no gubernamentales (ONG's), han dirigido sus esfuerzos en capacitar personal voluntario, propio de la comunidad como lo son los promotores de salud con el fin de dar atención, educación y prevención de enfermedades y así mejorar la cobertura de los servicios de salud. (19)

Plan Internacional, organización no gubernamental (ONG) que trabaja en el municipio de San Vicente Pacaya, departamento de Escuintla, ha elaborado una ficha de decisión para el manejo de niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda (ver anexo 1), adaptada de la ficha modelo propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS); con el fin de ser utilizada por promotores de salud para dar atención a niños que presenten dicha enfermedad en las comunidades del municipio antes mencionado.

III JUSTIFICACION

En muchos países en vías de desarrollo en donde hay falta de personal calificado de salud, las poblaciones rurales tienen que acudir a personas propias de la comunidad, para satisfacer sus necesidades más urgentes; esta situación condujo a la capacitación de personal propio de la comunidad. En México en 1963 el Ministerio de Salud Pública acobio recomendaciones de Arroyo Ponce, coordinador bilingüe quien había visto muy de cerca las malas condiciones de salud de indígenas de Yarinacocha y se introdujo un curso de promotores de salud. En Guatemala en 1963 la clínica Berhorst conjuntamente con la misión de Maryknoll en Jacaltenango-Huehuetenango, empezó la capacitación de promotores de salud. En el año de 1971 UNICEF, mediante un convenio firmado por el Ministerio de Salud Pública proporcionó fondos para el adiestramiento de promotores de salud. (10) (17) (19)

Siendo importante la participación del promotor de salud en las comunidades rurales del país es necesario evaluar y así medir el conocimiento en salud de dichos promotores, ya que no han habido estudios que identifiquen aspectos que requieran retroalimentación y así darles mejor capacitación.

Por lo que el presente estudio se llevó acabo en el municipio de San Vicente Pacaya, que cuenta con alta incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años con porcentajes de morbilidad de 60% y una mortalidad de 58% para el primer semestre del presente año, siendo la participación de los promotores de salud de gran importancia por las acciones que desarrollan en beneficio de la comunidad en coordinación con el Ministerio de Salud y organismos no gubernamentales (ONG's), por lo que Plan Internacional decidió evaluar el conocimiento de los promotores de salud sobre el uso de la ficha adaptada por dicha organización para el manejo de niños con infecciones respiratorias agudas; dependiendo de la aprobación de la evaluación el Centro de Salud acreditará a los participantes como promotores de Salud en San Vicente Pacaya, Escuintla para el próximo año.

IV OBJETIVOS

1. Evaluar el conocimiento de los promotores de salud sobre la ficha adaptada por Plan Internacional para el manejo de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda.
2. Identificar mediante una evaluación escrita aspectos que requieran reforzamiento en el uso de la ficha propuesta por OPS para niños con infección respiratoria aguda.
3. Identificar promotores de salud que mediante la aprobación la de la evaluación que se efectuará puedan ser tomados en cuenta como promotores de salud de el Centro de Salud.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

A. PROBLEMA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas son las causas principales de morbilidad y mortalidad en los países en vías de desarrollo. De las 15 millones de defunciones de niños menores de 5 años de edad que ocurren en el mundo anualmente, 14 millones (93%) ocurren en países en vías de desarrollo. De estos 14 millones de muertes aproximadamente 25 a 33% se deben a enfermedades diarreicas y a una proporción similar a las IRA. En números absolutos, las defunciones relacionadas con IRA están en el orden de cerca de 4 millones por año ó 11 mil por día. La mortalidad en la niñez causada por las IRA en países en vías de desarrollo es 30 a 70 veces superior a la de los países desarrollados. (12) (13)

En términos de morbilidad, a pesar de la insuficiencia de sistemas de información de salud existentes en los países en vías de desarrollo, los limitados datos oficiales disponibles de varios estudios longitudinales comunitarios señalan claramente que las infecciones respiratorias agudas son extremadamente comunes. Como promedio, un niño en un área urbana tiene de cinco a ocho episodios de infecciones respiratorias agudas anualmente, con una duración de 7 a 9 días.

La mayoría de estos casos se deben a infecciones menos graves de las vías respiratorias superiores. En áreas rurales la incidencia parece ser menor. La incidencia anual de infecciones menos graves de las vías respiratorias superiores que representan la mayoría de las defunciones por IRA, es de particular importancia en países en vías de desarrollo, donde el 7 al 10% de todos los niños menores de 5 años de edad desarrollan IRA inferior moderada ó grave (neumonía) durante un año. (12) (13) (16)

El número total de episodios de IRA en niños menores de 5 años, se estima en 1200 millones anuales. Aunque una proporción sustancial de éstos episodios son infecciones respiratorias autolimitadas de origen viral, para las que en general no se dispone en la actualidad de tecnología preventiva o curativa, su importancia no puede descuidarse. Esto es especialmente cierto para niños menores de un año con peso bajo al nacer y niños desnutridos (que representan el 30% de la población infantil) debido al alto riesgo de superinfección bacteriana subsiguiente que causa rápido deterioro de un episodio de IRA originalmente leve a uno más grave, con riesgo de muerte. (12) (13)

La magnitud del problema es también evidente a partir de las estadísticas mundiales de servicios de salud, que señalan que las IRA se mencionan como la razón principal de consulta en un 30 a 60% de las visitas pediátricas de pacientes externos. Así mismo, las IRA representan entre el 20 y 40% de los ingresos pediátricos al hospital.

Por lo tanto es claro que las IRA ejercen una presión considerable en los servicios de salud en todo el mundo. Mientras los servicios de países desarrollados pueden ser capaces de responder, la situación en los países en vías de desarrollo está lejos de ser satisfactoria. En la mayoría de estos países generalmente se proporciona poca o ninguna orientación a los trabajadores de salud acerca de cómo tratar el elevado número de niños que sufren IRA y que diariamente asisten a las unidades de salud. (11) (12) (13)

B. AGENTES ETIOLÓGICOS

Se han acumulado pruebas de que en los países en vías de desarrollo los organismos patógenos bacterianos desempeñan un papel mayor como causa primaria ó secundaria de enfermedad grave de las vías respiratorias inferiores que en los países desarrollados. En investigaciones llevadas a cabo entre niños hospitalizados con neumonía que no habían recibido anteriormente tratamiento antimicrobiano, aproximadamente un 60% de los aspirados pulmonares produjeron crecimiento bacteriano (Brasil, Chile, Gambia, India, Nigeria, Papúa, Nueva Guinea y Filipinas). Esto no disminuye el hecho que los virus respiratorios son ampliamente prevalentes y son probablemente los agentes etiológicos en la primera fase de la mayoría de las IRA. La infección bacteriana subsiguiente puede ser favorecida por la falta de inmunidad en niños desnutridos, aquellos que viven en condiciones ambientales pobres y aquellos que han recibido poca o ninguna atención de salud previa. (13)

Las pruebas disponibles señalan a *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* como los agentes bacterianos más prevalentes de neumonía adquirida en la comunidad, en niños de países en vías de desarrollo.

Un problema común en los países en vías de desarrollo, especialmente en las áreas rurales donde los establecimientos de salud son poco dispersos, es que parte de la población no tiene acceso a al tratamiento. Al mismo tiempo, aquellos con acceso a la atención médica reciben antimicrobianos en forma excesiva é inapropiada. Estos generalmente se pueden comprar sin receta médica. (13)

Un tratamiento eficiente de casos de IRA en el sistema de atención de salud debe incluir la administración adecuada de antimicrobianos apropiados como un componente de la estrategia para reducir las defunciones. Las infecciones respiratorias causadas por Neumococos é H. Influenzae pueden ser considerados terapéuticamente susceptibles a dosis adecuadas de penicilina, amoxicilina oral, ampicilina ó cotrimoxazol. Por lo tanto, el uso de estos agentes bactericidas es adecuado para tratamiento a nivel comunitario de neumonía en niños en países en vías de desarrollo. Sin embargo, la vigilancia de la eficacia terapéutica y el cuidado de la sensibilidad microbiana al medicamento son una parte esencial de la estrategia a seguir en cualquier parte del mundo, en vista de la amenaza de aumento de resistencia a los medicamentos de estos microorganismos es necesario controlar el uso de medicamentos antimicrobianos para evitar su uso indiscriminado y que se administren dosificaciones inadecuadas, factores que conducen al desarrollo de cepas resistentes. (13)

(14)

C. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LAS AMERICAS

Analizando en su conjunto, el continente americano constituye una muestra de la diversidad de situaciones de salud que pueden encontrarse en los distintos estados de desarrollo económico-social de un país. La tasa de mortalidad infantil de América Central, la más alta de 1988. Pero además de la gravedad que expresa esta situación en sí misma, si se comparan atrás, es decir en 1970, se vé claramente que la diferencia se ha incrementado: En este último año, la tasa de América Central éra casi 3 veces mayor que la de América del Norte.

Solamente América del Norte, el Caribe Latino y el Caribe Inglés presentan en 1986 tasas inferiores a la tasa total del continente, mientras que América Central, el Area Andina, el Cono Sur, Brasil y México registraron tasas superiores a la total del continente. Independientemente del subregistro, esto representa una alarmante desigualdad en las condiciones de salud de la infancia. (11)

Las limitaciones de información presentada son importantes. En 1970, México registraba mayor tasa de mortalidad infantil que América Central hecho que puede atribuirse más al marcado subregistro de El Salvador y Honduras que presentaba una diferencia del 300% de la tasa de mortalidad informada y estimada que a una diferencia real en el nivel de salud. En este sentido; si no se tiene en cuenta Honduras y El Salvador, el valor de la mortalidad infantil en 1970 éra de 70.3 por 1,000 nacidos vivos. Tanto en 1970 como en 1986, Canada fue el país que presentó la

menor tasa de mortalidad infantil del continente; a su vez en ambos años la tasa del total del continente fue 2.4 veces mayor que ésta. Sin embargo, no todos los países aumentaron la diferencia que los separa de Canadá, aumento que en algunos casos, fué muy marcado. La tasa de mortalidad infantil de Ecuador, pasó de 4 veces mayor en 1970 a ser 6.4 veces mayor en 1986 y Costa Rica pasó de 3.3 a 2.2 veces. (11)

Los valores anteriores, sin embargo son un reflejo poco confiable de la realidad, ya que las cifras encierran un grado de subregistro variable, que es mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados. Si se comparan las tasas de mortalidad infantil estimadas, se puede observar que el Area Andina, que junto con Brasil comparte la tasa más alta; presenta un valor más de 6 veces mayor que la de América del Norte. Esta diferencia se expresa en el hecho que mientras en América del Norte se producen aproximadamente el 26% de todos los nacimientos del continente, ocurren solo el 5% de muertes. Brasil en cambio, que produce aproximadamente la misma cantidad de nacimientos, concentra el 37% de las muertes de menores de 1 año del continente, proporción 7 veces mayor que la de América del Norte.

Las diferencias son mayores si se comparan las estimaciones entre países; la tasa de mortalidad infantil más elevada 111 por 1,000 nacidos vivos para Bolivia, es 14 veces elevada que la de Canadá (8 por 1,000 nacidos vivos) (11)

Entre ambos extremos, se ubican el resto de los países de la Región que presentan situaciones muy diferentes entre sí: La diferencia entre la tasa de mortalidad infantil estimada en Cuba y la de Haití es más de 6 veces, lo que demuestra la heterogeneidad que se encierra dentro del grupo de países englobados bajo el término "en desarrollo".

Las diferencias entre las tasas de mortalidad infantil de los países, no hacen más que reflejar la desigualdad en las condiciones de vida en más de la mitad de la infancia del continente. Esto significa que mientras en un extremo de América la situación de la salud infantil es una consecuencia casi directa de la posibilidad con que cuenta la población de estos países de acceder a servicios de salud donde se aplican los mejores conocimientos y tecnologías que la ciencia puso a disposición del hombre; a solamente algunos miles de kilómetros, la salud infantil se encuentra a una distancia de casi un siglo en lo que a este aspecto se refiere. Esta afirmación se visualiza claramente si se comparan las tasas de mortalidad infantil actual de las diferentes subregiones que integran el Continente Americano con las tasas registradas en los países desarrollados. (11)

Analizando la tendencia que registro la tasa de mortalidad infantil en un país desarrollado como Canadá ó Estados Unidos pueden observarse que las tasas de 1987 en los países en desarrollo se encuentran en niveles similares a los que existían en esos países más de medio siglo atrás. Así, la tasa de mortalidad infantil estimada para el Area Andina y Brasil, es igual a la que se registró en Canadá en 1937 ó Estados Unidos en 1931.

Aún en el Cono Sur, con su tasa de mortalidad de 30 por 1,000 nacidos vivos, se ubica antes del inicio de la década de los años 60 con respecto a Canadá, a inicios de los 50 respecto de los Estados Unidos.

La diferencia en años que separa a los países en desarrollo de las Americas con relación de los países desarrollados del mismo continente se hace mayor si se analiza individualmente; Haití y Bolivia, registran tasas de mortalidad infantil cuyos valores deben buscarse en los Estados Unidos en 1920 y que no registran antecedentes en las tasas disponibles de Canadá desde 1921. De este modo la distancia que los separa de la situación de salud de la infancia, es de casi un siglo.

En el otro extremo del espectro que compone el diverso grupo de los países en desarrollo del continente, la tasa de mortalidad infantil de Cuba, se encuentra en valores similares a los Estados Unidos.

No es muy diferente la situación de salud de los niños de 1 a 4 años, cuando se analizan las tasas de mortalidad total para las diferentes subregiones del continente.

En 1970 la tasa total del continente era de 5.18 muertes por cada 1,000 habitantes y en 1986 la tasa disminuyó a 1.5, de este modo en 1970 la tasa era 3.4 veces superior que en 1986.

La subregión con tasa más baja en ambos años también en este caso es América del Norte, pero a diferencia de lo ocurrido con los menores de 1 año, la tasa de 1970 fue 1.7 veces mayor que la de 1986, que fue el descenso más bajo del continente. El resto de las subregiones presentaron en ambos años, tasas mayores que las de América del Norte, además el Area Andina, América Central y México tuvieron tasas mayores que la del total del continente, mientras que las otras subregiones presentaron tasas menores.

(11)

D. AMERICA CENTRAL

América Central es una de las subregiones del continente con mayor contraste, reflejo de las marcadas diferencias en la situación de salud de su población. Integrada por 6 países: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; una superficie cuatro veces menor que la de México, su población, también cuatro veces menor, se distribuye entre países con las mayores tasas de mortalidad infantil del continente, Honduras, Guatemala, Nicaragua y El Salvador; países con la mortalidad infantil más baja (Costa Rica y Panamá). (11)

Esta situación que es el reflejo de las diferencias económicas, sociales y políticas, también se observa en la confiabilidad de la información; mientras no existe una marcada diferencia entre las tasas de mortalidad informadas y estimadas en Costa Rica y Panamá, el subregistro de mortalidad de Honduras, Nicaragua y El Salvador, se encuentra entre las más elevadas del continente.

La Neumonía, las enfermedades diarreicas y la desnutrición son las principales causas de este número de muertes. (11)

La cuantificación del peso de la mortalidad por neumonía dentro de la mortalidad infantil resulta más difícil debido al subregistro adicional ocasionado por la mala clasificación de la causa de muerte. Sin embargo, si se corrigen los valores se observa que existe una estrecha relación entre las altas tasas de mortalidad por neumonía y por influenza. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua tienen tasas de mortalidad cuatro veces mayores que las que registra Costa Rica ó Panamá en lo referente a la mortalidad por neumonía é influenza. (11)

La desigualdad que ésto representa en términos de la posibilidad de sobrevivir al primer año de vida puede expresarse de modo más claro si se compara la situación de estos países en términos de su tasa de mortalidad infantil y por neumonía é influenza con un país desarrollado.

Los niños que nacieron en 1987 en Honduras, tuvieron la misma probabilidad de morir que los que nacieron en Canadá en 1935; y, a pesar de la baja tasa de mortalidad infantil que se observa en Costa Rica y Panamá, los nacidos vivos en 1987 estuvieron expuestos al mismo riesgo de morir que los de Canadá casi 20 años atrás. (11)

La diferencia en años que separa a los cuatro países de América Central con mayor mortalidad infantil, de Canadá es de 42 a 38 años. Pero más grave es aún el hecho de que hay entre 25 y 36 años entre estos países y Costa Rica ó Panamá, que son parte de la misma subregión.

No es muy diferente la situación con respecto a la mortalidad por neumonía é influenza. Si bien las diferencias son menores, la probabilidad de morir de los niños menores de 1 año en Guatemala por ésta causa, es la misma que la de los niños de Canadá en 1938, es decir casi 40 años atrás a inicios de la era de los antibióticos. En la misma subregión los niños de Panamá ó Costa Rica, llevan más de 30 años de diferencia con respecto a Guatemala.

Si bien El Salvador, Honduras y Nicaragua tienen una diferencia menor de 30 años con Canadá y 20 años con Costa Rica, el contraste que representa esta situación en términos de lo que pudiera lograrse, se expresa en las tasas de mortalidad de Costa Rica y Panamá en el mediano plazo, constituye una clara muestra de la desigual condición de salud de la infancia en la subregión. (11)

En el grupo de 1 a 4 años, la situación es similar que los menores de 1 año. A pesar de esto, el subregistro de las muertes por todas las causas se acentúa. Nicaragua tiene una tasa estimada casi 7 veces mayor que la informada mientras que Guatemala que en los menores de 1 año tenía 15% de subregistro en el grupo de 1 a 4 años pasó a tener el doble, 32%. Panamá, que en los menores de 1 año casi no tenía subregistro en el grupo de 1 a 4 años presenta un subregistro de 49%.

El distanciamiento de los países en relación al nivel de salud alcanzado por los países desarrollados para los niños de 1 a 4 años de edad es aún mayor que para los menores de 1 año. Vale decir que la tasa de mortalidad total de Guatemala, El Salvador y Nicaragua es similar a la registrada en Estados Unidos alrededor de 1920 para reflejar 70 años de diferencia entre la salud infantil en los países en desarrollo y los desarrollados. Aún dentro de la misma subregión casi 50 años separan la tasa de mortalidad lograda por Costa Rica (que se ubica en 1970 respecto a los Estados Unidos) de la de Guatemala (que se ubica en 1971). Este hecho también refleja la marcada diferencia entre el nivel de salud de los países en desarrollo con mejor situación en salud, como Costa Rica; con los países desarrollados es de casi 50 años mientras que esta era de casi 20 en la mortalidad infantil; de éste modo, Panamá en éste grupo de edad se acerca más a Honduras que a Costa Rica.

Una situación similar puede observarse cuando se analiza la mortalidad por neumonía é influenza; a pesar de que algunos de los países modifican su ubicación, la probabilidad de morir en los niños de 1 a 4 años por neumonía é influenza es la misma que se registraba en Estados Unidos entre 20 y 60 años atrás. (11) (12) (13)

E. GUATEMALA

Guatemala es uno de los países de Centroamérica con mejor información a pesar del subregistro existente. Así, puede considerarse que la tendencia que surge de las cifras disponibles es un reflejo de la evolución del problema.

El análisis de la tendencia de la tasa de mortalidad por neumonía é influenza en menores de 1 año puede hacerse diferenciando períodos. (11)

Desde 1969 hasta 1977, se registra un descenso de 5.15% anual, que produce una reducción del valor de la tasa de 35%. A partir de 1977 y hasta 1987, la velocidad de descenso de la mortalidad se reduce notablemente: 0.56% anual. Como resultado de ésto, la tasa de 1987 es sólo 13.2% más baja que la de 1977.

Para 1988 sin embargo, se produce un brusco descenso del número de muertes y por consiguiente de la tasa de mortalidad por neumonía é influenza: Con respecto a 1987, la tasa de 31.6% más baja, lo que representa una disminución similar a la que registró en los primeros 10 años. Analizando globalmente sin embargo, este descenso no modifica la tendencia anterior, sino que más bien compensa el incremento que se había producido desde 1984 hasta 1987 en que el número de muertes alcanzó valores similares de 1976-78. Por lo tanto, solo la información posterior a 1988 podrá confirmar la tendencia actual del problema. (12)

La asociación entre la tendencia de la mortalidad por neumonía é influenza y la de la mortalidad total no es tan estrecha y eso puede atribuirse a la existencia de otros problemas de salud que tienen una representatividad elevada en proporción de muertes; como las enfermedades diarreicas. De este modo, la tasa de mortalidad infantil presenta una tendencia estable desde 1962 hasta 1973. Durante este período, la velocidad de descenso es de 0.60% anual. Así, el descenso de casi el 6% anual que registra la tasa de mortalidad por neumonía é influenza hasta 1977 no repercute sobre la mortalidad total.

A partir de 1973, la tasa de mortalidad infantil incrementa su descenso a 2.78% anual, sin embargo, desde 1981 hasta 1988 se observa un período de estabilidad. Durante este lapso la velocidad de descenso se reduce nuevamente a 0.77% anual al aumento. La tasa de mortalidad infantil de 1988 es sin duda arrastrada en parte por la de neumonía é influenza. Lógicamente, su descenso no es tan pronunciado: 11.7 frente a 31.6% que se redujo la tasa de mortalidad por neumonía é influenza. (12)

Con todas las variaciones que se registran, desde el año 1962 hasta 1988, la tasa de mortalidad por neumonía e influenza se redujo un 78%, valor sumamente superior al que se registró en los menores de 1 año durante el mismo periodo de 49%.

Sin embargo, la mayor parte de este descenso se produjo primero desde 1962 a 1976, ya que en este lapso la velocidad de descenso fué 5.3% anual; y luego, desde 1984 hasta 1988 en que fué de 13.9% anual. Durante el periodo 1976-84, la tasa de mortalidad por neumonía e influenza permaneció estable ya que la velocidad de descenso fue de solo 0.22% anual.

La repercusión de la evolución del problema en el total de muertes es más clara en este grupo: El análisis por partes muestra que después de un periodo de relativa estabilidad 1962-69 en que la tasa muestra una tendencia global al aumento de 0.28% anual se inicia un descenso que se continua hasta 1978 y que por lo tanto, coincide con el descenso que experimenta la mortalidad por neumonía e influenza; durante este periodo la velocidad de descenso se incrementa a 6.4% anual. Entre 1978 y 1983 se observa un nuevo periodo de estabilidad, también coincidente con la tasa de mortalidad por neumonía e influenza; la velocidad se reduce 1.4% anual de descenso a pesar de todo, mayor que la de 0.53% anual que registró la otra tasa.

Desde 1983, la reducción de la mortalidad total también es mayor; 11.9% anual reflejo del mayor descenso que registró la mortalidad por neumonía e influenza. (12)

F. EL PROMOTOR DE SALUD

En muchos países en vías de desarrollo en donde se ha querido una participación de las comunidades en la solución del problema de salud, han utilizado personal voluntario, a consecuencia de no poder utilizar personal altamente calificado ya sea por su alto costo o por carecer del mismo.

Las poblaciones de las áreas rurales en el pasado y en la actualidad en menor grado tiene que acudir a personas de su misma comunidad (brujos, comadronas, curanderos, farmacéuticos, etc), para satisfacer sus necesidades más urgentes de salud; esta situación condujo que se creara la necesidad de tener personas con conocimientos en tecnología en las comunidades rurales de los países en vías de desarrollo. (17) (19)

Las actividades que se desarrollan son de gran utilidad para las comunidades y se desarrollan en forma coordinada y dirigida por instituciones de salud que funcionan dentro de las mismas comunidades.

Historia:

En Colombia en el año de 1965 Bersh, publica un manual para el adiestramiento de promotores rurales de salud.

En México en 1965 el Ministerio de Educación Pública acoge recomendaciones de Arroyo Ponce, coordinador bilingüe quien había visto muy de cerca las condiciones de salud de las comunidades indígenas, introduciendo un curso de "promotores de salud", a los otros cursos de capacitación para indígenas. (10) (17)

En Guatemala en 1963 en el Departamento de Chimaltenango, la clínica Berhorst conjuntamente con la misión de Maryknoll en Jacaltenango-Huehuetenango, empezaron la capacitación de promotores de salud. Hay que recalcar que esta capacitación surgió no solo por la escases médica, sino porque se pensó que una persona de la misma comunidad iba a ser mejor ayudada y porque económicamente resultaba más barato. (10) (17)

En el año 1971 la UNICEF, proporcionó a través de un convenio que firmó con la división de adiestramiento hoy división de recursos humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los fondos necesarios para el adiestramiento de promotores de salud, llevándose a cabo los primeros cursos de promotores de salud en 1972.

Después del terremoto de 1976 proporcionó nuevos fondos para la formación de promotores de salud en áreas de desastres por lo que la división de formación de recursos humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social elaboró tres documentos que establecieran las normas para el adiestramiento de promotores de salud a nivel de la misma área. (10)

Requisitos de los Promotores de Salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Organismos no gubernamentales (ONG's) como Plan Internacional coinciden con los mismos requisitos para la formación de promotores de salud, siendo los siguientes:

1. Que sea de la misma comunidad.
2. Que sea aceptado por las autoridades y habitantes de la comunidad.
3. Que este comprendido entre los 18 años ó más.
4. Que sepa leer y escribir.
5. Que sea bilingüe cuando sea necesario (que hable la lengua propia de la comunidad y el castellano).
6. Que muestre interés en servir a la comunidad sin fines de lucro ó ganancias personales.
7. Que reciba adiestramiento por el Ministerio de Salud Pública o algún organismo no gubernamental, como Plan Internacional.

G. PLAN INTERNACIONAL

Plan Internacional nació como inquietud de dos periodistas ingleses que cubrieron la guerra civil española en 1937 y siendo testigos de la miseria que imperó en aquella época, tuvieron la idea de recaudar fondos y así apoyar a los desamparados, especialmente para los niños. Así surgió Plan Internacional.

En Guatemala, Plan Internacional comenzó su labor en 1978, después del terremoto que afectó nuestro país en 1976. Iniciando su trabajo en el departamento de El Progreso que fué uno de los más afectados, contribuyendo con recursos en la rehabilitación, desarrollo comunal y desarrollo de recursos y habilidades con el fin que, por medio de estos proyectos, las familias beneficiadas y sus comunidades lograrán mejor calidad de vida. Actualmente trabaja en los departamentos de El Progreso cubriendo los 8 municipios; Zacapa cubriendo la cabecera departamental, La Unión, San Diego, Huité, Gualán; el departamento de Guatemala que cubre los municipios de Amatitlán, Santa Elena Barillas, Villa Canales y el municipio de San Vicente Pacaya, del departamento de Escuintla.

Actualmente Plan Internacional fomenta la organización y motivación familiar y comunal en el aprovechamiento de las oportunidades mediante la participación y la superación.

También proporciona apoyo material para complementar los esfuerzos de las personas involucradas en el proceso de superación.

Entre los proyectos impulsados por Plan Internacional están: Saneamiento ambiental, educación, educación vocacional y fermal, proyectos de desarrollo comunitario, nutrición y salud.

Contando únicamente con un Proyecto de Supervivencia Infantil en el departamento de Guatemala, con el fin de educar y mejorar las condiciones de salud y nutrición con participación y formación de voluntarios y promotores de salud y así mejorar la cobertura de atención conjuntamente con el Ministerio de Salud. (Comunicación verbal con el Dr. Gustavo Tapia, Coordinador del Proyecto de Supervivencia Infantil Guatemala). (19)

VI TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

A. Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo-observacional que permite conocer los conocimientos y conducta de los promotores de salud capacitados por Plan Internacional sobre el manejo y tratamiento de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas, del municipio de San Vicente Pacaya, departamento de Escuintla.

B. Selección del Sujeto de Estudio

Se decidió tomar como sujeto de estudio a promotores de salud rural, del municipio de San Vicente Pacaya que han sido capacitados previamente por Plan Internacional sobre el uso de la ficha adaptada para niños con Infección Respiratoria Aguda. Además según convenio entre Plan Internacional y el Centro de Salud del lugar, la evaluación servirá para acreditar ó no a dichos promotores como colaboradores del Centro de Salud de San Vicente Pacaya para el año 1994.

C. Tamaño de la Muestra

Grupo total de promotores activos (40), que han sido capacitados por Plan Internacional sobre el uso de dicho instrumento.

D. Criterios de Inclusión

Se tomaron en cuenta a promotores de salud que hayan recibido la capacitación sobre el uso de la ficha adaptada por Plan Internacional para niños con Infección Respiratoria Aguda. También se tomaron en cuenta que los promotores residan en el área de estudio.

E. Criterios de Exclusión

No se tomaron en cuenta a promotores que no estaban activos.

F. Variables a estudiar

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION
Promotor de salud	persona honorable de la comunidad y respetada por sus vecinos.	persona que desarrolla actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud.	evaluación
Conocimiento	acción y efecto de conocer, saber	preguntas formuladas en la evaluación escrita	

G. Recursos

Materiales:

- Utiles de escritorio
- Ficha de decisión (ver anexo)
- Cuestionario (ver anexo)
- Máquinas de escribir
- Lapiceros-
- Lápices
- Bibliotecas
- Transporte
- Fotocopias
- Monetarios

Humanos:

- Investigador
- Coordinador de Plan Internacional
- Asesor
- Revisor

H. Aspectos Eticos

La presente investigación se realizó directamente con mujeres, promotoras de salud, respetadas y queridas por los miembros de las comunidades a las pertenecen; por lo que el investigador converso y entrevisto respetuosamente a cada una de ellas, utilizando lenguaje sencillo sin faltar a la ética profesional y así profesional y así obtener resultados valaderos.

I. Plan para la recolección de datos

1. Se hizo una revisión de las listas de promotores de salud que se encontraban activos al momento de la investigación en el municipio de San Vicente Pacaya, departamento de Escuintla.
2. Se contactó con los promotores de salud y se les informo acerca de la actividad y la importancia que tiene.
3. Se citó a los promotores de salud para realizar una entrevista y así conocer las actividades de salud que realizan, conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas que tenían al momento de la entrevista, uso y manejo de antibióticos y medicamentos.
4. Se dió una capacitación sobre Infecciones Respiratorias Agudas y la ficha de decisión adaptada por Plan Internacional.
5. Se efectuó un test y así medir el grado de conocimiento de los promotores sobre Infección Respiratoria Aguda manejo y tratamiento de casos de niños menores de 5 años.
6. Se tabularon los datos obtenidos del postest y así dar conclusiones y recomendaciones.

J EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El presente estudio, fue realizado en el municipio de San Vicente Pacaya del departamento de Escuintla. Los datos obtenidos fueron recopilados por el investigador quien a su vez los tabulo, los analizo estadisticamente y así presento las recomendaciones y conclusiones pertinentes.

ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del asesor y revisor
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor
5. Aprobación del proyecto por la institución donde se efectuara el estudio
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis
7. Diseño del instrumento que se utilizará para la recopilación de la información
8. Ejecución del trabajo de campo
9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y cuadros.
10. Análisis y discusión de resultados
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
12. Presentación del informe final para correcciones
13. Aprobación del informe final
14. Impresión del informe final y trámites administrativos
15. Examen Público en defensa de la tesis

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

Todos los datos recopilados de la evaluación, efectuada a los promotores de salud de San Vicente Pacaya, Escuintla, fueron debidamente tabulados y se presentan en cuadros estadísticos.

El total de promotores activos que participaron en la actividad fueron 38, del sexo femenino, quienes residen en San Vicente Pacaya.

CUADRO 1

**CONOCIMIENTOS TEORICOS
EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SAN VICENTE PACAYA, - ESCUINTLA, OCTUBRE 1993.**

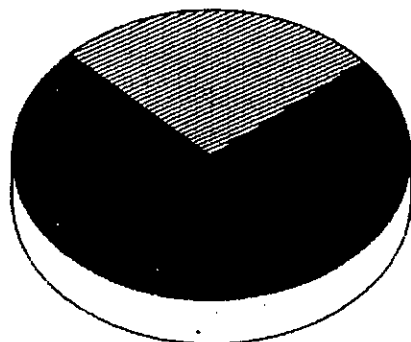
PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
QUE ES LA NEUMONIA O PULMONIA?	CORRECTA	28	73.68%
	INCORRECTA	10	26.32%
A QUE EDAD ES MAS GRAVE LA PULMONIA O NEUMONIA?	CORRECTA	20	52.63%
	INCORRECTA	18	47.37%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 Preguntas 1 y 2)

GRAFICA 1

CONOCIMIENTOS TEORICOS

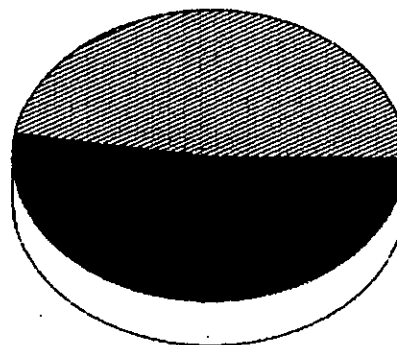
INCORRECTO 10 26.32%



CORRECTO 28 73.68%

1 QUE ES LA NEUMONIA?

INCORRECTO 18 47.37%



CORRECTO 20 52.63%

2 A QUE EDAD ES MAS GRAVE LA NEUMONIA?

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA
(anexo 1, pregunta 1 y 2)

CUADRO 2

**SIGNOS Y SINTOMAS
EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SAN VICENTE PACAYA, ESCUINTLA, OCTUBRE 1993.**

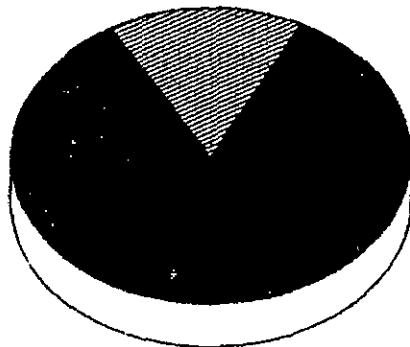
PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
ADEMAS DE LA TOS QUE OTRAS SEÑAS PUEDE TENER UN PACIENTE CON NEUMONIA O PULMONIA?	CORRECTA	32	84.21%
	INCORRECTA	6	15.79%
QUE ES EL TIRAJE?	CORRECTA	26	68.42%
	INCORRECTA	12	31.58%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 preguntas 3 y 4)

GRAFICA 2

SIGNOS Y SINTOMAS

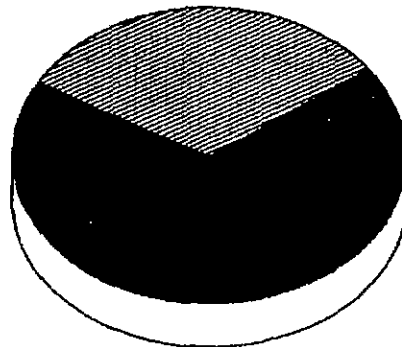
INCORRECTO 6 15.79%



CORRECTO 32 84.21%

8 QUE SIGNOS PUEDE TENER EL PACIENTE
CON NEUMONIA?

INCORRECTO 12 31.68%



CORRECTO 26 68.42%

4 QUE ES EL TIRAJE?

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA
(anexo 1, pregunta 3y 4)

CUADRO 3

**SIGNOS Y SINTOMAS
EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SAN VICENTE PACAYA, ESCUINTLA, OCTUBRE 1993.**

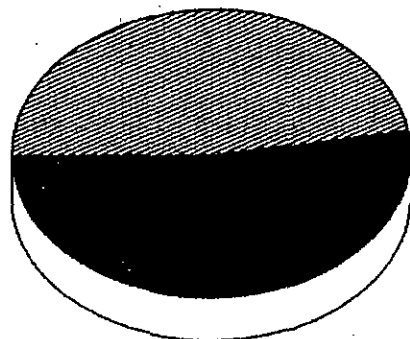
PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
QUE TIENE QUE HACER PARA VER SI UN PACIENTE TIENE O NO TIRAJE?	CORRECTA	20	62.63%
	INCORRECTA	18	47.37%
COMO SABE SI UN PACIENTE TIENE O NO RESPIRACION RAPIDA?	CORRECTA	26	69.42%
	INCORRECTA	12	31.58%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 preguntas 6 y 8)

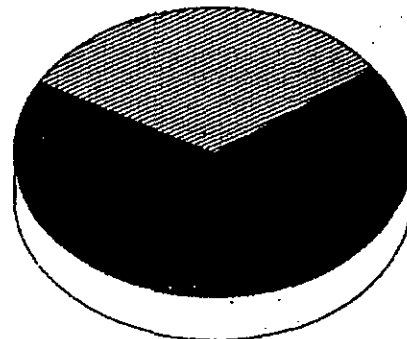
GRAFICA 3

SIGNOS Y SINTOMAS

INCORRECTO 18 47.37%



INCORRECTO 12 31.58%



CORRECTO 20 52.63%

5 QUE TIENE QUE HACER PARA SABER SI
UN PACIENTE TIENE TIRAJE?

CORRECTO 26 68.42%

6 COMO SABE SI UN PACIENTE TIENE
RESPIRACION RAPIDA?

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA
(pregunta 5 y 6)

CUADRO 4

**SIGNOS Y SINTOMAS
EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SAN VICENTE PACAYA, ESCUINTLA, OCTUBRE 1993.**

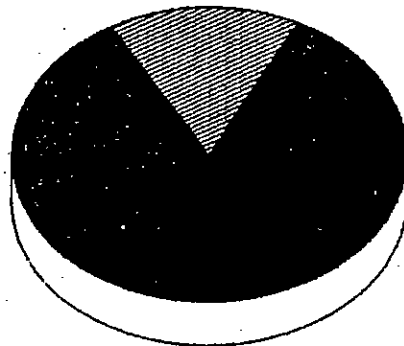
PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
ESCRIBA EL NUMERO DE RESPIRACIONES DE UN PACIENTE DE 2 A 11 MESES?	CORRECTA	32	84.21%
	INCORRECTA	6	15.79%
ESCRIBA EL NUMERO DE RESPIRACIONES DE UN PACIENTE DE 1 A 4 AÑOS?	CORRECTA	28	73.68%
	INCORRECTA	10	26.32%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 preguntas 7 y 8)

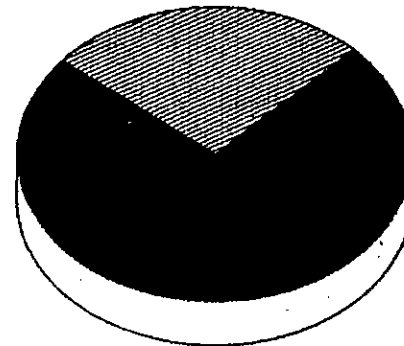
GRAFICA 4

SIGNOS Y SINTOMAS

INCORRECTO 6 16.79%



INCORRECTO 10 26.32%



CORRECTO 32 84.21%

7 ESCRIBA EL NUMERO DE RESPIRACIONES
DE UN PACIENTE DE 2 A 11 MESES?

CORRECTO 28 73.68%

8 ESCRIBA EL NUMERO DE RESPIRACIONES
DE UN PACIENTE DE 1 A 4 AÑOS?

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA
(anexo 1, pregunta 7 y 8)

CUADRO 5

SIGNOS Y SINTOMAS EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SAN VICENTE PACAYA, ESCUINTLA, OCTUBRE 1993.

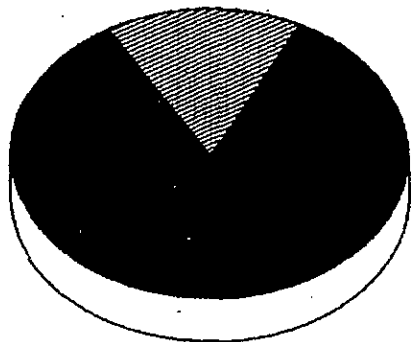
PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
QUE ENFERMEDAD PUEDE TENER EL PACIENTE MENOR DE 2 MESES?	CORRECTA	32	84.21%
	INCORRECTA	6	15.79%
QUE ENFERMEDAD PUEDE TENER EL PACIENTE CON ENFERMEDAD MUY GRAVE?	CORRECTA	34	89.47%
	INCORRECTA	4	10.53%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 preguntas 9 y 10)

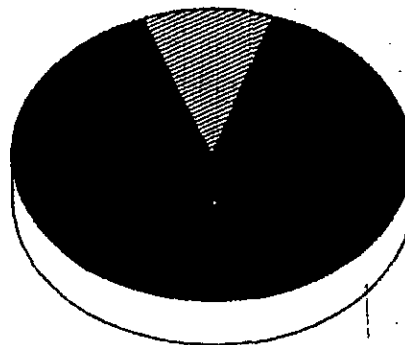
GRAFICA 5

SIGNOS Y SINTOMAS

INCORRECTO 8 15.79%



INCORRECTO 4 10.53%



CORRECTO 32 84.21%

9 QUE ENFERMEDAD PUEDE TENER EL NIÑO
MENOR DE 2 MESES?

CORRECTO 34 89.47%

10 QUE ENFERMEDAD PUEDE TENER EL
NIÑO CON ENFERMEDAD MUY GRAVE?

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA
(anexo 1, pregunta 9 y 10)

CUADRO 6

**SIGNOS Y SINTOMAS
EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SAN VICENTE PACAYA, ESCUINTLA, OCTUBRE 1983.**

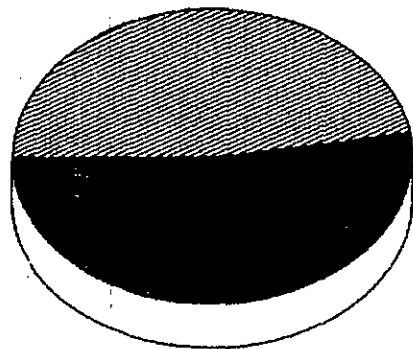
PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
EN EL PACIENTE MENOR DE 2 MESES QUE SEÑAS ENCUENTRA EN LA NEUMONIA GRAVE?	CORRECTA	20	52.63%
	INCORRECTA	18	47.37%
QUE ENFERMEDADES PUEDE TENER EL PACIENTE DE 2 A 4 AÑOS?	CORRECTA	26	68.42%
	INCORRECTA	12	31.58%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 preguntas 11 y 12)

GRAFICA 6

SIGNOS Y SINTOMAS

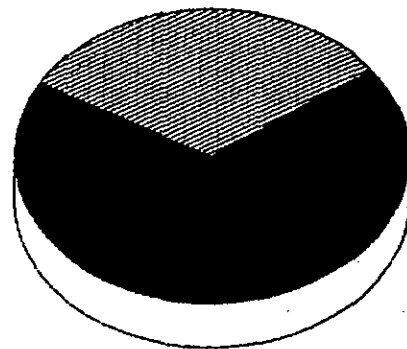
INCORRECTO 18 47.37%



CORRECTO 20 52.63%

11 EN EL MENOR DE 2 MESES QUE SIGNOS
ENCUENTRA EN NEUMONIA GRAVE?

INCORRECTO 12 31.58%



CORRECTO 26 68.42%

12 QUE ENFERMEDAD PUEDE TENER EL
NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS?

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA
(anexo 1, pregunta 11 y 12)

CUADRO 7

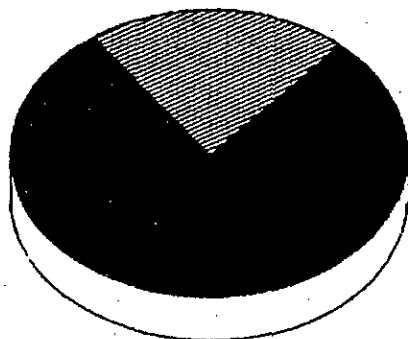
**SÍGNOS Y SINTOMAS
EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SAN VICENTE PACAYA, ESCUINTLA, OCTUBRE 1993.**

PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
QUE SEÑAS PUEDE ENCONTRAR EN EL PACIENTE DE 1 A 4 AÑOS CON ENFERMEDAD MUY GRAVE?	CORRECTA	30	78.95%
	INCORRECTA	8	21.05%
QUE SEÑAS PUEDE ENCONTRAR EN EL PACIENTE DE 1 A 4 AÑOS CON NEUMONIA GRAVE?	CORRECTA	20	52.63%
	INCORRECTA	18	47.37%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 preguntas 13 y 14)

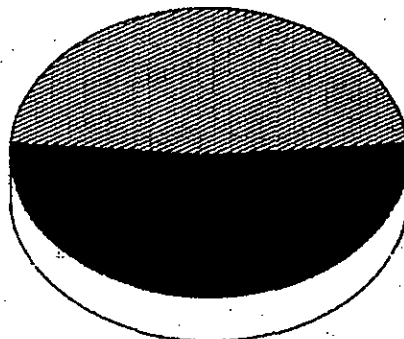
GRAFICA 7. SIGNOS Y SINTOMAS

INCORRECTO 8 21.05%



CORRECTO 30 78.95%

INCORRECTO 18 47.37%



CÓRRECTO 20 52.63%

13 QUE SIGNOS ENCUENTRA EN EL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS CON ENFERMEDAD MUY GRAVE? 14 QUE SIGNOS ENCUENTRA EN EL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS CON NEUMONIA GRAVE?

FUENTE: HOJETA DE ENTREVISTA
(anexo 1, pregunta 13 y 14)

CUADRO 8

**SIGNOS Y SINTOMAS
EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SAN VICENTE PACAYA, ESCUINTLA, OCTUBRE 1993.**

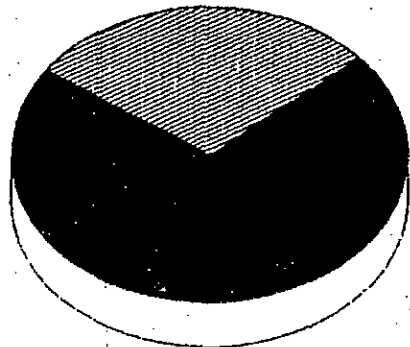
PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
QUE SEÑAS PUEDE ENCONTRAR EN EL PACIENTE DE 1 A 4 AÑOS CON NEUMONIA?	CORRECTA	27	71.05%
	INCORRECTA	11	28.95%
QUE CUIDADOS DEBE ENSEÑARLE A LA MADRE PARA CUIDAR AL PACIENTE CON RESFRIO?	CORRECTA	32	84.21%
	INCORRECTA	6	15.79%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 preguntas 15 y 16)

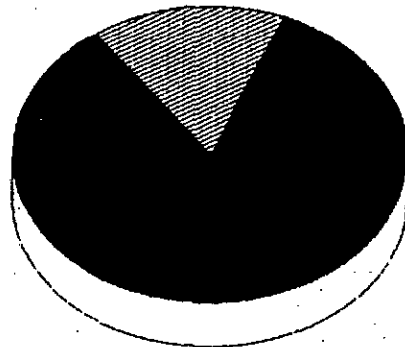
GRAFICA 8

SIGNOS Y SINTOMAS

INCORRECTO 11 28.95%



INCORRECTO 6 15.79%



CORRECTO 27 71.05%

15 QUE SIGNOS ENCUENTRA EN EL NIÑO DE
1 A 4 AÑOS CON NEUMONIA?

CORRECTO 32 84.21%

16 QUE CUIDADOS DEBE ENSEÑAR A LA
MADRE PARA CUIDAR AL NIÑO CON RESFRIO?

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA
(anexo 1, pregunta 15 y 16)

CUADRO 9

**ANTIBIOTICOS Y MEDICAMENTOS
EVALUACION EFECTUADA A LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SAN VICENTE PACAYA, ESCUINTLA, OCTUBRE 1993.**

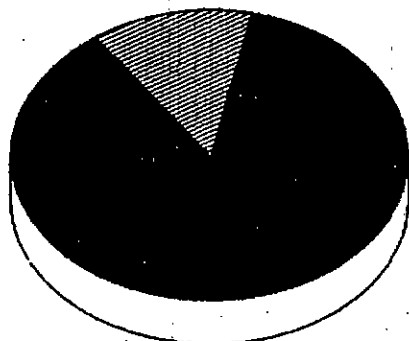
PREGUNTA	RESPUESTA	Fr.	%
QUE ANTIBIOTICOS PUEDE USAR PARA TRATAR A PACIENTES MENORES DE 6 ANOS CON NEUMONIA?	CORRECTA	33	86.84%
	INCORRECTA	5	13.16%
QUE OTROS MEDICAMENTOS PUEDE USAR PARA LA CALENTURA?	CORRECTA	31	81.58%
	INCORRECTA	7	18.42%

FUENTE: BOLETA DE ENTREVISTA (anexo 1 preguntas 17 y 18)

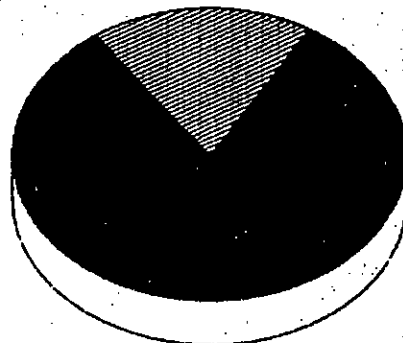
GRAFICA 9

ANTIBIOTICOS Y MEDICAMENTOS

INCORRECTO 5 13.16%



INCORRECTO 7 18.42%



CORRECTO 33 86.84%

17 QUE ANTIBIOTICOS USA PARA TRATAR AL NIÑO MENOR DE 5 AROS CON NEUMONIA?

CORRECTO 31 81.58%

18 QUE MEDICAMENTOS USA PARA TRATAR LA FIEBRE?

FUENTE: HOJETA DE ENTREVISTA
(anexo 1, pregunta 17 y 18)

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO 1

La pregunta 1, relacionada con el conocimiento teorico de neumonia fue contestada correctamente por 28 de los promotores que representan el 73.68% y de forma incorrecta por 10 de los encuestados que hacen el 26.31%. Observandose que la mayoria de promotores tienen clara la definicion conceptual de la enfermedad.

Respecto a la pregunta 2 relacionada a la edad que es más grave la neumonia fue contestada correctamente por 20 promotores siendo el 52.63% de los encuestados y de forma incorrecta por 18 que representan el 47.63% de los participantes, esto muestra que la frecuencia es similar en ambas respuestas y que debe haber refuerzo en este aspecto ya que es más grave la enfermedad.

CUADRO 2

La pregunta 3, relacionada con signos y sintomas en el niño menor de 2 meses con neumonia; fue correcta la respuesta de 32 de los encuestados que representan el 84.21% mientras que 6 de los promotores que hacen el 15.78% incorrectamente. Esto muestra el gran porcentaje de los promotores de salud que conocen adecuadamente los signos y sintomas del menor de 2 meses con Infección Respiratoria Aguda.

La pregunta 4 relacionada con el tiraje como signo grave de neumonia fue contestada de forma correcta por 26 promotores que representan el 68.42% y contestada incorrectamente por 12 promotores que son el 31.57%.

Esto muestra que es necesario reforzar el conocimiento sobre tiraje al capacitar a los promotores y dar el conocimiento en forma sencilla para su fácil entendimiento.

CUADRO 3

La pregunta 5, relacionada con signos y sintomas evalua el conocimiento de los promotores para detectar el tiraje en el niño, fue contestada de forma correcta por 20 promotores que representan el 52.63% é incorrectamente por 18 de los promotores que son el 47.63% de los encuestados, al comparar cifras de ambas respuestas se observa que los datos son proporcionados y que es necesario reforzar el conocimiento para la detección de tiraje en niños menores de 5 años.

Respecto a la pregunta 6 que se relaciona a la detección de respiración rápida como signo grave de neumonia, fue contestada correctamente por 26 de los promotores que representan un 68.42% y de forma incorrecta por 12 de los encuestados que hacen el 31.57%, observandose que gran parte de los encuestados conocen como detectar la respiracion rápida en niños con Infección Respiratoria Aguda.

CUADRO 4

Las preguntas 7 y 8 de este cuadro sobre signos y síntomas; evalúa el conocimiento de el número de respiraciones rápidas por minuto como signo grave de neumonía. En el niño de 2 a 11 meses fue contestada por 32 promotores que representan el 84.24% en forma correcta é incorrectamente por 6 promotores que hacen un 15.78%.

Con respecto al niño de 1 a 4 años fue correcta la respuesta de 28 de los promotores que representan el 73.68% é incorrectamente por 10 de los encuestados que significo un 26.31% de los participantes de la evaluación

Esto muestra que la mayoría de promotores de salud tienen claro que el aumento de respiraciones por minuto puede ser signo grave de Infección Respiratoria Aguda.

CUADRO 5

La pregunta 9 se refiere al niño menor de 2 meses y la clasificación de neumonía según signos y síntomas fue contestada correctamente por 32 promotores que hacen un 84.21% é incorrectamente por 6 de los promotores que representan un 15.78%. Esto refleja que los promotores son capaces de reconocer si es o no grave la neumonía en menores de 5 años, guiándose por signos y síntomas.

Respecto a la pregunta 10 que evalúa el conocimiento sobre signos y síntomas del niño con enfermedad muy grave, fue contestada correctamente por 34 de los promotores que representan el 89.47% é incorrectamente por 4 de los evaluados que hacen el 10.53%. Esto muestra que gran porcentaje de los participantes reconocen signos y síntomas que puede tener el niño con enfermedad grave.

CUADRO 6

La pregunta 11 relacionada con signos y síntomas en el niño menor de 2 meses con neumonía grave, fue contestada correctamente por 20 promotores que hacen un 52.63% de los encuestados y de forma incorrecta por 18 de los evaluados que representan un 47.36%. Esto muestra que es similar la proporción de los promotores de salud que conocen y que no conocen los signos y síntomas de niños menores de 2 meses con neumonía grave, por lo que es necesario reforzar el conocimiento y así mejorar la atención.

La pregunta 12 que esta relacionada con el niño de 2 meses a 4 años y la clasificación de esta enfermedad según su gravedad fue contestada de forma correcta por 26 de los promotores que representan el 68.42% é incorrectamente por 12 de los evaluados que hacen el 31.57%.

Observandose que más de la mitad de promotores de salud tienen claro este aspecto.

CUADRO 7

Las preguntas 13 y 14 se relacionan con niños de la misma edad (2 meses a 4 años). Respecto a signos y síntomas que pueden tener en la enfermedad muy grave, fue contestada en forma correcta por 30 promotores que nos muestran un 78.85% de los encuestados y 8 promotores de forma incorrecta que hacen un 21.15% de los participantes.

Observándose que la mayoría de los promotores indentifican signos y síntomas graves en el niño de esta edad.

Respecto a signos y síntomas del niño con neumonia de la misma edad, respondieron correctamente 20 promotores que hacen un 52.63% y 18 incorrectamente que representan un 47.36% de los evaluados.

Encontrándose una frecuencia similar entre ambas respuestas esto nos sugiere la necesidad de reforzar el conocimiento de los promotores de salud en este aspecto.

CUADRO 8

La pregunta 15 relacionada con signos y síntomas en el niño de 1 a 4 años con neumonia, fue contestada correctamente por 27 de los promotores que representan un 71.05% e incorrectamente por 11 que representan un 28.95% de los encuestados. Esto muestra que gran cantidad de los promotores de salud son capaces de identificar signos y síntomas de neumonia (no grave).

La pregunta 16 se refiere al plan educacional y los cuidados de la madre en el hogar, fue contestada correctamente por 32 de los promotores que hacen el 84.21% mientras que 6 de los encuestados que representan el 15.69% respondieron incorrectamente, lo que demuestra que un gran mayoría de los promotores conocen la importancia y la necesidad de educar a la madre acerca de los cuidados del niño en el hogar.

CUADRO 9

Las preguntas 17 y 18 se relacionan con el uso de antibióticos y medicamentos para niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda. Encontrándose que 33 de los promotores que hacen el 86.84% respondió de forma correcta y 5 de los evaluados que hacen el 13.16% contesto incorrectamente, lo que demuestra que la mayoría de los promotores conocen antibióticos como amoxicilina oral y trimetoprim sulfametoxazol en suspensión para tratar a niños con Infección Respiratoria Aguda.

La pregunta siguiente evalúa el uso de medicamentos para la fiebre como acetaminofen y fue respondida correctamente por 31 de los promotores o sea un 81.58%, mientras que 7 de ellos que hacen el 18.42% respondió incorrectamente.

Observándose en la gráfica un alto porcentaje de promotores que conocen medicamentos antipiréticos para niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda.

IX CONCLUSIONES

1. El grupo de promotores activos al momento de la investigación, en San Vicente Pacaya fue de 38, todos del sexo femenino.
2. Los promotores activos encontrados han recibido ya más de una capacitación sobre infección respiratoria aguda impartida por El Centro de Salud, Plan Internacional ó el IGSS.
3. La mayoría de los promotores de salud tienen alto conocimiento de infecciones respiratorias agudas, el 73.68% tiene conocimientos generales de la enfermedad.
4. Los promotores de salud reconocen signos y síntomas de enfermedad grave, el 52.63% reconoce el tiraje y el 68.42% reconoció la respiración rápida como señal de peligro.
5. El 84.21% de los promotores conocen el número de respiraciones rápidas en niños de 2 a 11 meses y el 73.68% en niños de 1 a 4 años.
6. Los promotores de salud son capaces de identificar signos y síntomas clasificar enfermedad en niños menores de 2 meses siendo estos el 84.21%.
7. Los promotores de salud están familiarizados con uso de amoxicilina y trimetoprim sulfametoxazole para tratar niños con infección respiratoria aguda.
8. La mayoría de promotores están capacitados para dar plan educacional a la madre en el hogar, acerca de cuidados de los niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda.
9. Los promotores de salud son reconocidos, aceptados y consultados por los miembros de la comunidad.
10. Los promotores de salud saben que decisión tomar en situaciones de emergencia en niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda.

X RECOMENDACIONES

1. Unificar esfuerzos A El Centro de Salud, Plan Internacional é Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) para dar capacitaciones periodicas a los promotores de salud de San Vicente Pacaya y así mejorar la calidad de atención de salud a las comunidades.
2. A El Centro de Salud de San Vicente Pacaya animar e incentivar el trabajo de los promotores de salud en las comunidades.
3. A Plan Internacional proveer de antibióticos como amoxicilina o trimetoprim sulfametoxazole a la farmacia comunal de San Vicente Pacaya por carecer de ellos.
4. A El Centro de Salud, Plan Internacional é IGSS dar capacitaciones sencillas y utiles que permitan fijar el conocimiento constantemente.
5. Evaluar periodicamente al grupo de promotores de salud sobre infecciones respiratorias agudas y así medir los conocimientos adquiridos en capacitaciones posteriores.

XI RESUMEN

El presente estudio descriptivo-observacional realizado en el municipio de San Vicente Pacaya, del departamento de Escuintla, con la participación de 38 promotoras de salud.

El propósito principal es describir los conocimientos encontrados en los promotores sobre el manejo de pacientes con Infección Respiratoria Aguda, utilizando la ficha adaptada por Plan Internacional para menores de 5 años.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes, los promotores activos, son 38 del sexo femenino. El 100% han recibido más de 1 capacitación el 73.68% definió correctamente la neumonía, el 84% reconoció signos y síntomas graves de la enfermedad 84% indentificó medicamentos y antibióticos que se pueden utilizar para niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda. El 90% cree que es necesario que hayan capacitaciones constantes para reforzar conocimientos.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chávez J.J. GUIA PARA LA ELABORACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION EXPERIMENTAL DE CAMPO, 6a. Edición, Guatemala, Universitaria, 1990. p. 71 (pp. 23, 29-32, 38-40).
2. Dirección General de Servicios de Salud. GUIA PARA LA CAPACITACION DEL PROMOTOR DE SALUD RURAL. Informe de la Unidad de recursos humanos, Guatemala, 1988.
3. División de Recursos Humanos. SITUACION ACTUAL DEL PROMOTOR DE SALUD EN EL PAIS. Informe del Departamento de Investigación de Salud Comunitaria. Guatemala, 1987 (pp 25-32).
4. Guatemala. Plan Internacional. GANELE A LA TOS Y AL HERVOR DE PECHO. PP 1993.
5. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Económicas. Coordinación de Tesis. RECOPIACION MINIMA PARA ELABORAR UNA TESIS PROFESIONAL O UNA INVESTIGACION DOCUMENTAL, 1989 p. 175 (pp 12-27).
6. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Unidad de Tesis. GUIA PARA LA PRESENTACION DEL PROYECTO DE TESIS E INFORME FINAL. 1993.
7. Kroeger, A. y R. Luna. ATENCION PRIMARIA DE SALUD. México, Pax, 1989. p. 642 (pp 5-7)
8. Leal, J. F. ESTADISTICAS E INVESTIGACION, 3a. Edición. Guatemala Imperial Gráfica, 1990. p 240 (pp 15-45).
9. López Santizo Saúl. PROMOTOR DE SALUD UNA ALTERNATIVA PARA EL MEJORAMIENTO DEL CUIDADO DE SALUD EN LAS AREAS RURALES DE GUATEMALA. Tesis. (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud. MANUAL DE CANALIZACION EN ACCIONES DE SALUD. Guatemala, 1987.
11. Organización Panamericana de la Salud. ATENCION DEL NINO CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, Serie Paltex No. 21. Washington 1992 (pp 1-56).

12. Organización Panamericana de la Salud. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LAS AMERICAS: MAGNITUD, TENDENCIA Y AVANCES EN EL CONTROL. Serie Paltext No. 25, Washington, 1992. (pp 1-29).
13. Organización Panamericana de la Salud. INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LOS NINOS. Serie Paltext No. 24, Washington 1992 ix-x.
14. Organización Panamericana de la Salud. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: GUIA PARA LA PLANIFICACION, EJECUCION Y EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONTROL DENTRO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. Serie Paltext No. 17 Washington 1988 (pp 3-7).
15. Organización Panamericana de la Salud. MANUAL SOBRE ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL. Washington Paltext, 1986 p. 265 (pp 46-101).
16. Organización Panamericana de la Salud. TRATAMIENTO DEL NINO CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. Serie Paltext No. 15, Washington 15, Washington 1987. (pp 3-5) (89-91).
17. Pérez Zarate, Alba Teresa. EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE LOS PROMOTORES DE SALUD, DEL DEPARTAMENTO DE TOTONICAPAN, Tesis. (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, 1990.
18. Plan Internacional. FOLLETO INFORMATIVO PROGRAMA ZACAPA 50 pags. Guatemala. C.A.
19. Públido Aragón Angel. CAPACITACION DE PROMOTORES DE SALUD. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1977.
20. Wellman Mun, Jorge Armando. MOTIVACION MOSTRADA POR EL PROMOTOR DE SALUD RURAL EN DESARROLLAR SU TRABAJO EN 12 ALDEAS DEL AREA IV, IXCAN, EL QUICHE, GUATEMALA. Tesis. (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1992.

XIII ANEXOS

ANEXO 1
EVALUACION DE PROMOTORES DE SALUD SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

ESTIMADO PROMOTOR DE SALUD:

Escriba su nombre y el de la comunidad a la que pertenece. Lea con cuidado cada una de las siguientes preguntas y responda detenidamente. Cada pregunta puede tener una o varias respuestas.

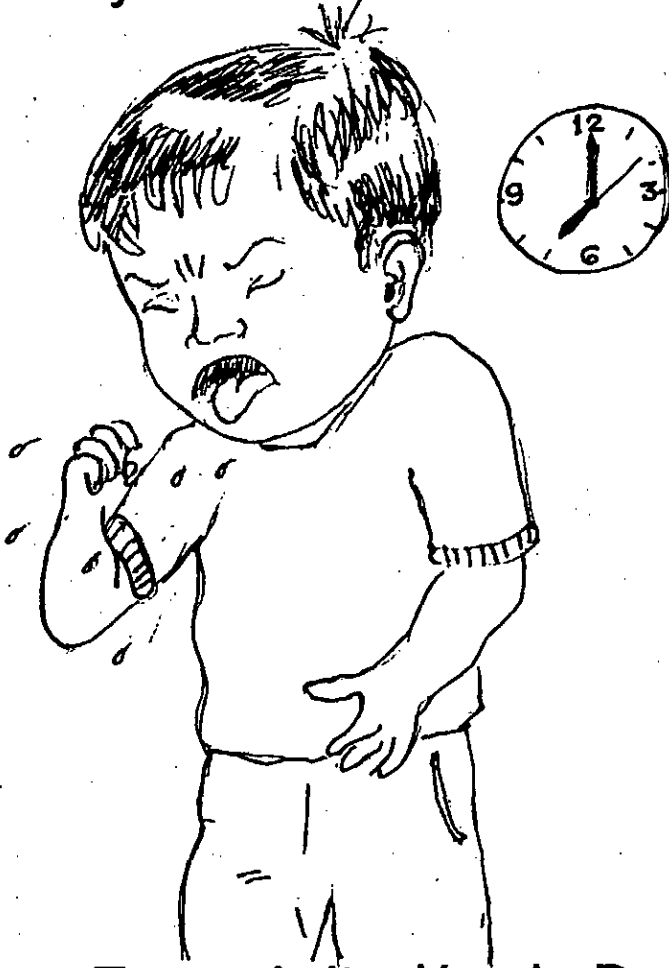
Nombre del promotor:

Comunidad:

1. Qué es la neumonía?
2. A qué edad es más grave la neumonía?
3. Además de la tos que otras señas puede tener el niño con neumonía?
4. Qué es el tiraje?
5. Qué tiene que hacer para ver si un niño tiene ó no tiraje?
6. Cómo sabe si un niño tiene ó no respiración rápida?
7. Escriba el número de respiraciones que tiene que tener un niño de 2 a 11 meses para que se diga que es rápida:
8. Escriba el número de respiraciones que tiene que tener un niño de 1 a 4 años para que se diga que es rápida:
9. Qué enfermedades puede tener el niño menor de 2 meses?
10. Qué señas puede tener el niño con enfermedad muy grave?
11. En el niño menor de 2 meses que señas encuentra en la neumonía?

12. Qué enfermedades puede tener el niño de 2 meses a 4 años?
13. En el niño de 2 meses a 4 años que señas puede encontrar en la enfermedad muy grave?
14. Qué señas puede encontrar en el niño con neumonía?
15. Qué señas puede encontrar en el niño con neumonía grave?
16. Mencione otros cuidados importantes que puede enseñarle a la madre para el hogar:
17. Qué antibióticos puede darle al niño con neumonía?
18. Qué medicamentos puede utilizar para la calentura o fiebre?

**Gánele a la Tos
y al Hervor de Pecho**



**Con Tos y Agitación de Pecho
La Neumonía es un hecho
Avisé al Promotor de Salud**

Para Niños Menores de 2 Meses con Tos o Dificultad para Respirar

Comience Aquí

(Pregunte, Vea, Oiga, Toque)

¿Tiene alguna de estas señas muy graves?

- Mama menos de la mitad de lo que acostumbra
- Ataques o convulsiones
- Esta Privado o cuesta despertarlo
- Ruido al respirar (hervor de pecho)
- Está con calentura o está muy frío (toque el seno)

Si

El Niño tiene
Enfermedad Muy Grave

- Lívelo al Hospital de inmediato y
- Manténgalo bien arropado

No

▪ ¿Tiene Tiraje grave?

(Se le maneja mucho el estomaguito al respirar)

- o
- ¿Tiene Respiración rápida?
60 veces o más
por minuto (cuente dos veces)

Si

El Niño tiene

Neumonía Grave

- Lívelo al Hospital de inmediato
 - Manténgalo bien arropado
- De ser imposible llevarlo
- Dete Amoxicilina (Amicil)

No

- No tiene señas muy graves
- No tiene tiraje grave
- No tiene respiración rápida

El Niño tiene
Tos o Resfrío

- Enseñe las señas muy graves
- Enseñe los cuidados en casa muy importantes
- Dígale que vuelva si empeora

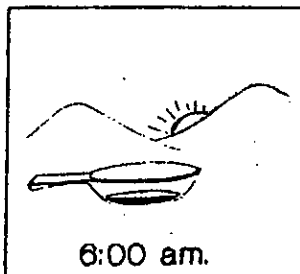
Niños Menores de 2 meses

Amoxicilina (Amicil)

Frasco de 250 mg. por 5 cc. (Cucharadita)

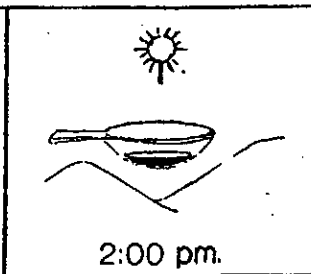
Cuarta Parte de la Cucharadita Cada 8 horas (tres al día)

Por 7 Días



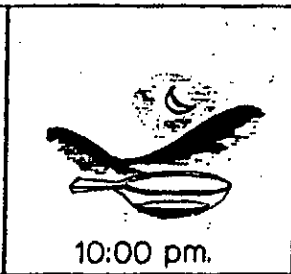
6:00 am.

(Mañana)



2:00 pm.

(Tarde)



10:00 pm.

(Noche)

Cuidados en Casa muy importantes

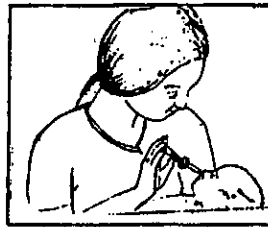


1 Manténgalo bien arropado

Un enfriamiento puede matarlo



2 Dete el Pecho más seguido



3 Destape la Nariz

Echele 2 a 4 gotas de agua con sal'

En un vaso de agua añada media cucharadita de sal

Para Niños de 2 Meses a 4 Años con Tos o Dificultad para Respirar

(Pregunte, Vea, Oiga, Toque)

Comience Aquí

¿Tiene alguna de estas señas muy graves?

- No puede beber
- Ataques o convulsiones
- Está privado o cuesta despertarlo
- Estridor (Ruido al meter el aire cuando está tranquilo)

Si

El Niño tiene
Enfermedad Muy Grave

- Lívelo al Hospital de Inmediato
- Trate la calentura si tiene

No

• ¿Tiene Tiraje?

(Se le menea el estomaguito al respirar tranquilo)

Si

El Niño tiene
Neumonía Grave

- Lívelo al Hospital de Inmediato
- Trate la calentura si tiene

No

• ¿Tiene Respiración Rápida?

Si tiene 2 a 11 meses
50 veces o más

Si tiene 1 a 4 años
40 veces o más

Si

El Niño tiene
Neumonía

- Dete Trimetoprim Sulta para la casa
- Trate la calentura si tiene
- Dígale a la madre que vuelva en dos días

No

- No tiene señas muy graves
- No tiene Tiraje
- No tiene respiración rápida

Si

El Niño tiene
Tos o Resfri

- Si tiene los más de 30 días mándelo al Centro de Salud
- Enseñe las señas muy graves
- Trate la calentura si tiene
- Enseñe los cuidados en casa muy importantes
- Dígale que vuelva si empeora

Trimetoprin Sulfametoxasol

(Primasulf, Trimetoprin Sulfa)

Dele Por 7 Días

A Niños de 2 a 11 meses

Una cucharadita Dos Veces por día



6:00 am.



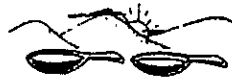
6:00 pm.

A Niños de 1 a 4 años

Una Cucharadita y Media Dos veces al día



6:00 am.



6:00 pm.

Para la Calentura

✓ Si Es Alta (39 grados o más) dele Acetaminofen de Niños

Niños de 2 a 11 meses

Una pastilla cuatro veces al día

Niños de 1 a 4 años

Pastilla y media cuatro veces al día

✓ Si No Es Alta (Menos de 39 grados)

- Dele más seguido el pecho
- Dele más líquidos
- Póngale Ropa Liviana

Otros Cuidados en Casa muy Importantes

- Dele más seguido el pecho
- Dele más líquidos
- Alimiente bien al Niño
- Destape la Nariz Echale 2 a 4 gotas de agua con sal
(Un vaso de agua hervida fría con media cucharadita de sal)
- Dele remedios caseros (agüitas endulzadas con miel)
- No le de jarabes que cortan la tos