T
616.2
C27

NO SALE A DOMICILIO

UNAP

Facultad **de Enfermería**

INFORME DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PREVIA ACTUALIZACION ACADÉMICA

"AREA NIÑO- NIÑA SUB PROGRAMA CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS C.S. MORONACOCHA

PRESENTADO POR LA BACHILLER DE ENFERMERIA

JENNY ESTHER CARRASCO MONTAÑEZ

PARA OPTAR EL:

TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

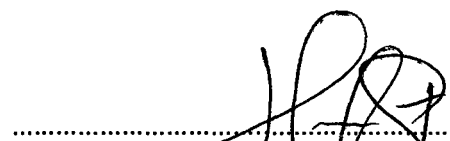
Univ Nacional de la Amazonía Peruana
BIBLIOTECA CENTRAL
Iquitos - Perú
: 344

IQUITOS – PERU

2001

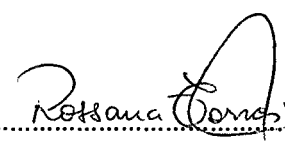
INFORME APROBADO EN SUSTENTACION PUBLICA EL DIA 26 DE FEBRERO DEL 2001, POR EL JURADO NOMBRADO POR EL CONCEJO DE FACULTAD DE ENFERMERIA.

JURADO



.....

LIC. ENF. HILDA MONTOYA TORRES, DRA.
PRESIDENTE

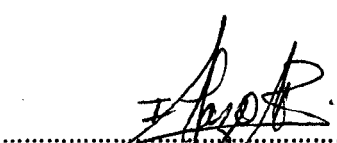


.....

LIC. ENF. ROSSANATORRESSILVA, DRA.
MIEMBRO

.....

LIC. ENF. FLORENTINA AYAPI ALVARADO, DRA.
MIEMBRO



.....

LIC. ENF. ISABEL LAZO ALVARADO
ASESORA

AGRADECIMIENTO

La autora expresa su profundo agradecimiento a todas aquellaspersonas e institucionés que contribuyeron al desarrollo del presente estudio.

A la Lic. Enf. Isabel Lazo Paredes por su asesoramiento y apoyo incondicional en el presente trabajo.

A las diferentes profesionales de Salud que de una u otra manera brindaron su colaboración en la realización del presente informe.

A todas aquellas personas que deuna u otra forma colaboraron en la realización del presente informe.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	01
OBJETIVOS	02
MARCO TEORICO	04
METODOLOGIA	36
TECNICAS E INSTRUMENTOS	36
PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	36
RESULTADOS YDISCUSIONES	37
PLAN DE ATENCION DEENFERMERIA	39
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFIA	52
REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	54

AREA NIÑO – NIÑA "SUB – PROGRAMA CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS"

C.S. MORONA COCHA

2011

INTRODUCCION

En el Perú el Sub Programa Nacional de Control de la Infección Respiratoria Aguda (Sub CIRA) inicio sus acciones en 1987, teniendo como base legal:

Decreto Legislativo Nº 584 Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, Arts. Nº 48 y Nº 49 de su Reglamento (D.S. Nº 002-92-DS)

R.M. Nº 325-89-SA-DM (24.1.1989)
R.M. Nº 045-79-SA/DS (25.04.1979).
Código Sanitario Decreto Ley Nº 17505
Constitución Política del Perú
Código Sanitario
El Sub Programa CIRA tiene como componentes:
Organización
Programación
Coordinación
Supervisión, Monitoreo y Evaluación.

Donde la realidad sanitara presentaba en primer lugar gran magnitud de morbilidad y mortalidad infantil ocasionada por las infecciones respiratorias.

Después de una década la realidad sanitaria peruana muestras cambios importantes, mayor números de servicios de salud y personal profesional en los diferentes niveles de atención, factores que contribuyeron en la mayor y mejor atención dela demanda y en la disminución dela mortalidad en especial delos niños menores de 5 años.

En el Perú al igual que otros países de Latinoamérica, las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años son un problema de salud pública, no solo por la alta tasa de mortalidad que representa el 20.1 % sino por la alta demanda de los servicios de salud de 40 a 60 %. Asimismo la población es predominantemente joven, la gran mayoría se encuentra en una situación de pobreza, agravada por la falta de trabajo, el insuficiente ingreso económico, falta de saneamiento ambiental y evidentes carencias sociales.

En la Región Loreto los casos de IRA y Neumonía en menores de 5 años, año 2000, se obtuvieron: la tasa reincidencia de Neumonía es de 17 x 1000, en referencia a la proporción de Neumonía Grave más enfermedad muy Grave es 13.56%.

Las Infecciones Respiratorias Agudas no diagnosticadas y tratados oportunamente conducen casi siempre a las neumonías son enfermedades potencialmente graves y hasta mortales si no se detectan y tratan en forma oportuna y adecuada. Son pues un reto constante y una prueba a nuestra habilidad clínica. La ruta natural para reducir la mortalidad por neumonía, implica: reconocer el cuadro en sus inicios, aproximarnos a su etiología, determinar su severidad y decidir si lo tratamos ambulatoriamente o indicamos su hospitalización.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar ya aplicar el manejo operativo del Sub programa CIRA, garantizado una atención integral de calidad en los niños menores de 5 años del Centro de Salud Morona Cocha.

ESPECIFICOS:

1. Determinar la población sujeta a programación.
2. Establecer en número de casos de las IRAS.
3. Aplicar los criterios de programación según normas establecida.
4. Formular, ejecutar y evaluar el plan operativo del programa, basados en las necesidades y realidad local de la población.
5. Brindar atención integrales a través del manejo correcto de casos de IRA, ASMA y Síndrome Obstructivo Bronquial.

MARCO TEORICO

I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

CARACTERÍSTICAS GENERALES

La Red de Servicios de Salud de Iquitos, cono Norte comprende dentro de ámbito de su jurisdicción a los Distritos de Punchana e Iquitos, ubicados en la Provincia de Maynas de la región Loreto.

Comprende en su ámbito cuatro Centros de Salud, siendo el Centro de salud Morona Cocha cabeza de Red. Los establecimientos comprendidos son los siguientes:

- C.S. Morona Cocha.
- C.S. san Antonio.
- C.S. Bellavista Nanay
- C.S. Túpac Amaru
- P.S. Nº 01 de Santa María Alto Nanay

Dentro del ámbito de atención se encuentran todas las localidades ubicadas en las cuencas de los ríos Nanay y Momón, afluente del rio Amazonas y que se encuentra dentro de la jurisdicción de la provincia de Maynas.

1. SITUACIONES DEMOGRÁFICA SOCIO ECONÓMICA Y CULTURAL

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL GRUPO ETAREO

La población total del Centro de Salud Morona Cocha del área de jurisdicción del establecimiento en el año 2,001 es de 42,162 habitantes distribuidos por:

GRUPO ETAREO	Nº
0 A 11 MESES	1,696
1 A 4 MESES	3,655
5 A 14 AÑOS	11,116
15 A 19 AÑOS	4,773
20 A 44 AÑOS	14,788
45 A 64 AÑOS	4,439
65 A MAS	1,164

De esto el 95.2% se encuentra en la zona Urbana y el 4.8% en zona rural, cuenta con un total de 3 AA.HH. marginales, de los cuales están distribuidas de la siguiente manera:

- Amador Bartens
- Elmer Faucett
- Santa Rosa

EDUCACIÓN

El índice del analfabetismo es el 5% y el grupo etareo de mayor índice de analfabetismo se encuentra en el rango de 20 a 59 años.

Existen muchos centros educativos primarios e iniciales, los grandes complejos educativos de Iquitos se encuentran dentro dela Red, lo que

permite mantener una cobertura optima en cuanto a la atención del Seguro Escolar Gratuito.

Existe un trabajo estrecho y coordinado entre los establecimientos de salud y el sector de educación.

SOCIO ECONÓMICO

Básicamente la población es de carácter urbano en su mayoría, las mismas que se dedican a la actividad que tienen que ver con el estado y los órganos públicos, el problema del empleo condiciona a la formación de cinturones de pobreza de salud en las zonas urbanas marginales.

La población rural que comprenden las comunidades del Alto Nanay y río Momón, se dedica mayormente a laextracción dela hoja de irapay, lamadera redonda y la agricultura incipiente , en menor escala la extracción pesquera y el comercio ambulatorio, lo mismo que representa una población de extracto pobre,

SITUACION DE SALUD

Servicios de Básicos de la Población:

La población que esta de bajo la responsabilidad de Centro de Salud cuenta con los siguientes servicios básicos:

Agua Potable	80%
Alcantarillado	80%
Disposición de Residuos sólidos	80%

INDICADORES DE SALUD

Entre los indicadoresdeSaludconsideradosen el plan operativo del Centro de salud son:

Nº de Atención

Nº de Atendidos

Nº de Visitas Domiciliarias

Indicadores de Estructura:

Nº de Servicios

Nºde Recursos Humanos

Indicadores de Procesos:

%de Extensión de Uso

Rendimiento

Productividad

Indicadores de Resultados

PAI menores de 1 año (protegido)

CREDE menores de 1 año (controlado)

CIRA (Neumoníagrave) menores de 5 años

CED (Deshidratación)

PPFF (Protegidos)

TBC (Baciloscopia)

2. PROBLEMAS PRIORIZADOS

2.1. PROBLEMA SANITARIOS

- Alta incidencia de malaria
- Infecciones Respiratorias agudas
- Enfermedades Diarreicas
- Incremento de casos de ETS
- Embarazo Precoz de adolecente

2.2. PROBLEMAS DE GESTIÓN E INVERSIÓN

- Recursos Humanos Insuficientes
- InversiónInsuficiente para Bienes y Servicios

3. LINEAMIENTO DE POLITICA

1. Acceso Universal y Priorización en Pobres
2. Modernización del Sector
3. Reestructuración del sector
4. Problemas Priorizados de salud
5. Promoción de Condiciones y Estilos de Vida.

4. MISION OBJETIVO

Salud Básica Para Todos

Promover y garantizar la individualidad y colectiva de la población que se encuentra en jurisdicción de la red Iquitos Norte, atendiendo a los pacientes promoviendo la salud y previniendo la enfermedad.

5. VISION OBJETIVA

Una Red de Salud con equidad, Eficiencia y calidad en la atención.

II. PROGRAMACION

1. Fecha de Ejecución

La Programación se realiza, en la primera quincena del año.

2. Criterio de Programación

a) Determinar el número de casos de Neumonía

1. PoblaciónObjetiva(PO)	Niños menores de 5 años
2. Población Meta (PMcA)	Se estima queel60% de la población objetiva acceda los servicios de salud Determinar: (PMcA) = (PO) x 0.5
3. Uso Potencial (UP)	Es el número de potencial de casos de neumonía que puede presentarse ella población meta. Se calcula multiplicando la población con accesodel año en referencia, por la incidencia.Se estima que la incidencia de neumonía es de0.3 episodios porniño por año. Determinar: (UP) = (PMcA) x 0.3.
4. Uso Real (UR)	Es número de casos de Neumonía que se espera atender en el año, para el que se realiza la programación.Secalcula multiplicando el uso de potencial del año anterior. Determinar: (UR) = UP X GU
5. Grado de Uso (GU)	Expresa la proporción decasos de neumonía atendidos en relación a lo programado para efecto de cálculo de3 número de caso, se usa el resultado de división del uso real con el uso potencial. Determinar (UR) (UP)

6. Determinar el número de casos de neumonía según clasificación.	- NG + EMG en niños menores de 2 meses = 5% de (UR) - Neumonía en niños de 2 meses a 4 años 70% (UR) de clasificación. - Neumonía Grave (NG) en niños de 2 a 4 años 20% de (UR) ➢ Esquema A 16% de (UR) ➢ Esquema B 4 % de (UR) - Enfermedad muy grave (EMG) en niños menores de 2 meses a 4 = 5% de (UR) - Esquema A 2.5% de (UR) - Esquema B 2.5% de (UR)
7. Determinar el número de casos : - Incidencia de Otitis Media Aguda (OMA) - Incidencia de Faringo-Amigdalitis Purulenta (FAPA) - IncidenciaSíndrome Obstructivo Bronquial (SOB) y Asma	- Esquema B 2.5% de (UR) - Se estima quela incidencia de la(OMA) es : 0.1 episodio por año - Se estima que la incidencia dela (FAPA) es :0.15 - Se estima que la prevalencia de (SOB) y (ASMA) es: 0.1episodiox niño x año

3. **Criterios de Programación de Medicamentos**

- Edad: Se considera a todos los niños menores de 5 años clasificados de la siguiente manera:
  - Menor de 2 meses
  - De 2 meses a 11 meses
  - De 1 año a 4 años
- Casos esperados por clasificación Neumonía graveo Enfermedad muy Grave
- Neumonía
- OtitisMe3dia aguda
- Faringo Amigdalitis
- Síndrome Bronquial aguda y Asma
- Tratamiento de Fiebre con IRA
- Medicamentosyinsumos; constituye uno de los pilares fundamentalesen laimplementación de la estrategia del manejode casos.

4. **Criterios de Programación de Otras Actividades del Programa**

- Visitas Domiciliarias: Establece una relación entre el personal de salud yla familia en el programa se considera lasvisitas domiciliarias el 50% de las neumonías fon la finalidad de realizar seguimiento de control.
- Charlas Educativas: Es una técnica de enseñanza que permite informaryeducaralapoblación, fomentando actitudes preventivas y de desarrollando adecuada prácticas de búsquedas de IRA.
- Capacitación: Están dirigidosa los recursos humanos de los establecimientos de saludqueparticipan en la atención de los

menores de 5 años orientado principalmente al manejo estándar de casos de IRA.

- Supervisión: es el proceso por el cual se mejora el desempeño y la productividad del equipo de salud, aldesarrollar sus potencialidades mediante la observación, discusión, soporte y guía generándose una relación de enseñanza, aprendizaje.

III. EJECUCION

ATENCION INTEGRAL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SOB Y ASMA

Actualmentelas infecciones respiratorias agudas(IRA)aún son las primeras causasde morbilidad y la segunda de mortalidad en los niños menores de 5 añosen él, por otrolado los procesos caracterizados por vigilancia síndrome obstructivo bronquialyasmaestán siendo diagnosticados cada vez con mayor frecuencia y es posible que su prevalencia está en aumento siendo la tendencia mundial.

Como consecuencia el Ministerio de salud ha desarrollado Normas para su identificación (clasificación), tratamiento y prevención tomando en cuenta las recomendaciones de OMS.

Dado que la mortalidad por IRA, se debe principalmente a la neumonía, la estrategia básica es la detección precoz y el tratamiento oportuno y adecuado de los niños con neumonía enfatizando también el manejo adecuado en el hogar.

VISION

Que los niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas, síndrome Obstructivo Bronquial y Asma acceden en forma oportuna a un servicio de salud que garantice una atención integral con calidad y calidez, así mismo que los servicios de salud, la comunidad, la sociedad civil organizada y el estado comparten responsabilidades en la prevención y en el autocuidado de la salud.

MISION

Normar y gerenciarel proceso para el control de las infecciones respiratorias agudas Síndrome Obstructivo Braquial y asma en los niños menoresde5añosen el contexto de la atención integral del niño, garantizando personal capacitado,abastecimiento regulardemedicamentos e insumos, actividades de información educación y comunicación social, monitoreo, supervisión y evaluación periódica, promoviendo la participación activade la familia, comunidad,sociedadcivil organizada y el estado.

OBJETIVOS

Disminuir la mortalidad del niño menor de cinco años con infecciones respiratorias agudas y en particular por Neumonía, mediante el reconocimiento y el tratamiento oportuno y adecuado.

POBLACION OBJETIVO

Son los niños menores de 5 años del territorio nacional

CONCEPTO

Infecciones Respiratorias Agudas:

Es toda infección que compromete a uno o más partes del aparato respiratorio y que tiene una duración menor de 14 días, cuyo signo más frecuente es la tos.

Neumonía:

Es todo caso de tos, que presenta respiración rápida en ausencia de sibilancia, tiraje y signosdealarmaquese presenta entre los 2 meses a 4 años de edad.

Neumonía Grave:

Todo caso de tos que presenta tiraje o retracción subcostal, en ausencia de sibilancia y de signos de alarma que se presenta en niños menores de 5 años.

Síndrome Obstructivo Bronquial:

Se caracteriza por la presencia de sibilancia o tos persistentes, de presentación frecuente nocturna únicos o recurrente.

No Neumonía:

Término utilizado para clasificar las IRAS. Comprende todos los procesos respiratorios que cursan con tos sin respiración rápida, ni tiraje ni signos de peligro.

Asma:

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas inferiores, curso con episodios repetidos de obstrucción bronquial, reversibles espontáneamente y/o con tratamiento.

Otitis Media Aguda:

Es una infección de tipo viral o bacteriana del oído medio, puede ser bilateral u unilateral y que tiene una duración menor de 15 días.

Faringitis:

Es una infección viral o bacteriano de la zona faríngeo y que tiene una duración menor de 15 días.

SINTOMAS Y SIGNOS

La IRA se manifiesta por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas o signos:

- Tos menor de 15 días de duración
- Dificultad al respirar.

Respiración Rápida:

Niños menores de 2 meses	:	60 veces o más por minuto
Niños de 2 meses a 11 meses	:	50 veces o más por minuto
Niños de 1 a 4 años	:	40 veces o más por minuto

Tiraje Sub costal:

Refracción de la parte inferior del tórax por debajo de las últimas costillas cuando el niño inspira.Es significativo solo si es persistente.

- Estridor
- Dolor o enrojecimiento faríngeo
- Otalgia
- Otorrea
- Rinorrea
- Obstrucción nasal

Un niño con IRA puede o no tener fiebre.

PASOS EN LA EVALUACION Y CLASIFICACION DEL NIÑO CON TOS Y/O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Evaluación:

Evaluar si el niño tiene neumonía o no mediante; evaluación, preguntando, observado y escuchado.

Pregunte:

- ¿Qué edad tiene el niño?
- ¿Tiene tos? ¿porcuánto tiempo?
- Para el niño menor de 2 meses ¿Ha dejado de tomar bien el pecho o su leche?
- ¿Para el niño de 2 meses a 4 años ¿Puede beber liquido?
- ¿Tiene fiebre?¿Por cuánto tiempo?
- ¿Tuvo convulsiones en su enfermedad actual?

Observe y Escuche:(Él debe estar Tranquilo)

- Cuente la frecuencia respiratoria en un minuto
- Observe si hay tiraje
- Observe y escuche si hay estridor
- Observe y escuche si hay sibilancia ¿son recurrente)
- Observe si hay somnolencia anormal o si es difícil despertar al niño.
- Presenta fiebre o está demasiado frio.
- ¿Presenta signos de desnutrición grave?

CLASIFICACION

A. La IRA en los niños de 2 meses a 4 años, se clasificanen:

- Enfermedades muy grave
- Neumonía muy grave
- Neumonía
- No Neumonía

<u>Enfermedades muy grave</u>

Se caracteriza por presentar por lo menos de los siguientes signos de alarma:

Signos de alarma:

- No puede beber liquido
- Convulsiones
- Anormalmente somnoliento o difícil de despertar
- Estridor en el niño tranquilo
- Desnutrición.

Es importante resaltar que el grupo de niños con enfermedades muy graves incluye casos muy severos de neumonía, otros casos graves que ponen en peligro la vida del niño como septicemia y meningitis bacteriana aguda.

Neumonía muy grave

Se caracteriza por la presencia de tiraje subcostal en ausencia de signos de alarma.

Neumonía

Se considera cuando presenta respiración rápida, sin la presencia de tiraje subcostal ni signos de alarma.

No Neumonía

Se considera a los episodios de resfríos, gripe o bronquios, se presenta tos y puede ser acompañado o no de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre
- Secreción nasal(de cualquier color)
- Ronquera de pecho.

B. La IRA en niños menores de 2 meses:

Se clasifican:

Enfermedades muy Grave

A igual en los niños de 2 años a 4 años, la enfermedad muy grave en niños menores de 2 meses a menudo tiene signos difíciles de detectar. La enfermedad muy grave se establece por la presencia de uno o más de los signos de alarma.

Signos y Síntomas

- Deja de Lactar bien
- Convulsiones
- Anormalmente somnoliento difícil de despertar
- Estridor en el niño tranquilo
- Sibilancia
- Fiebre o temperatura baja.

Neumonía Grave

En los niños menores de 2 meses se caracterizan por tiraje grave o respiración rápida en ausencia de signos de alarma, normalmente puede tener tiraje subcostal leve al respirar, para indicar neumonía grave. El tiraje subcostal debe ser profundo (marcado, intenso y constante.

No Neumonía

Resfrió, Gripe y Bronquitis

En los lactantes menores de 2 meses no presenta respiración rápida, tiraje grave, ni signos de alarma.

TRATAMIENTO

Tratamiento de No Neumonía

Medidas de Apoyo

- Para niños con lactancia materna exclusiva: Dar de mamar al niño con mayor frecuencia
- Para niños sin lactancia materna exclusiva: Dar líquidos en mayor cantidad y continuar alimentación láctea.
- Si el niño ya come, estimular a comer sus alimentos normalmente.
- Limpiar las secreciones de la nariz
- Controlar la temperatura del niño.
- La madre debe de traer al niño cuando:
  - Se agrava o no mejora, o
  - Respira con dificultad(respiración rápida y/o tiraje) o
  - No puede beber líquido, o presenta algún otro signo de alarma.

MEDIDAS TERAPEUTICAS:

- En caso de no ceder el alza térmica por medios físicos o si la temperatura axilar es más de 38.5 ºC utilizar paracetamol(Acetaminofen), 10 – 15 mg/kg/dosis, un máximo de 4 dosis por día,esto es cada 6 horas si es necesario.
- No use antibióticos
- No use antitusígeno, expectorantes, antihistamínicos ni mucoliticos que no mejoran al paciente algunos pueden incluso agravar la enfermedad.

NO SALE A DOMICILIO

Tratamiento de Neumonía

Este Tratamiento se realiza en el domicilio del niño, requiere de un control muy cuidoso.

Medidas Terapéuticas:

1. Antibioticoterapia en niños de 2 años a 4 años:
   Cotrimoxazol (Trimetropim – sulfametoxazol) 8 -10 mg/kg/día (en base a trimetropim),por vía oral, repartidos en 2 dosis, durante 7 días.
2. Manejo de la fiebre: Similar para el plan de la No Neumonía.
   Controlar al niño en 48 horas 8 o antes si empeora):
   - Si ha mejorado (come mejor, respira con menor frecuencia o ha cedido la fiebre):
     - Cumplir 7 días de tratamiento
   - Si continua igual(frecuencia respiratoria similar a la primera visita):
     - Decidir si se refiere al niño al hospital, o se cambia de antibiótico.
   - Si han empeorado (aparece tiraje subcostal o algún signo de alarma):
     - Referir urgentemente al hospital.

Medidas de apoyo:

Como se conoce en el caso de la No Neumonía.

Tratamiento de NEUMONIA GRAVE Y EMFERMEDAD MUYGRAVE

- ELNIÑO DEBE SER REFERIDO CON URGENCIA AL HOSPITAL MAS CERCANO

Univ. Nacional de la Amazonía Peruana
BIBLIOTECA CENTRAL
Iquitos - Perú
344

El manejo de paciente con Neumonía Grave o enfermedad Muy Grave

Requiere de una atención hospitalaria, La terapia los siguientes aspectos:

- Antibióticos por vía parenteral
- Oxigenoterapia por cánula nasal(1lit/ min para menores de 2 Meses; 2 lit/min paraniñosde 2 meses hasta4 años), si el niño. Está cianótico, tiene quejido o presenta tiraje grave o frecuenciaRespiratoria mayor de 60 por minuto. Si el hospital cuenta conMedición de gases arteriales o saturación de hemoglobina
- Adecuar la necesidad de oxígeno a los resultados de estos.
- Soporte hidroelectrolítico y nutricional
- Tratamiento de la fiebre.
- Evaluación del estado del niño varias veces al día por el médico y/oenfermera.

- ANTIBIOTICOTERAPIA:

  Para el niño de 2 meses a 4 años con EnfermedadMuy Grave:Cloranfenicol Endovenoso o intramuscular 100mg/kg/día, repartido en 4 dosis. Cuando el niño ha mejorado (generalmente después de 3-5 días de tratamiento), cambiar por cloranfenicol oral 75mg/kg/día, repartido en 4 dosis, hasta completar10 días de tratamiento.

  ALTERNATIVAS (Cuando no hay clorofenicol)

  Penicilina G-Sódica, 200,000UI/Kg/día, endovenosa o Intramuscular, repartida en 4 dosis MAS Gentamicina 7,5mg/kg/días, Endovenosa o Intramuscular, repartidaen tres dosis, completar por lo menos 10 días de tratamiento.

La Penicilina G-Sódica no se debe mezclar con la Gentamicina en debe ser administrada separadamente.

Para el Niño de 2 meses a 4 años con Neumonía Grave:

- Penicilina G-sódica, 200,000UI/Kg/días, Endovenosa o intramuscular, repartida en 4 dosis, se puede cambiar después de tres días de tratamiento y mejoría, a Penicilina Procainica Intramuscular, 50,000 UI/Kg/ cada 24 horas, hasta completar por lo menos 10 días de tratamiento.
- Cuando el niño no responde bien al tratamiento mencionado, de cloranfenicol Endovenosa o intramuscular 100 mg/kg/día, repartido en 4 dosis, Cuando el niño ha mejorado (generalmente después de 3-5 días de tratamiento), cambiar por Cloranfenicol Oral 75 mg/kg/día, repartido en 4 dosis, hasta completar por lo menos 10 días de tratamiento.

Para el niño menor de 2 meses con Neumonía Grave o Enfermedad Muy Grave:

- PenicilinaG-sódica, 200,000 UI/kg/día, Endovenosao intramuscular,repartidaen 4 dosis. Se puede cambiar después de tres días de tratamiento y mejoría, a PenicilinaProciónida intramuscular,50,000 UI/Kg cada 24 horas hasta completarpor lo menos 10 días de tratamiento.

Para el niño menor de 2 meses con Neumonía Grave o Enfermedades Muy Grave:

- Penicilina G-sódica, 50,000UI/kg/día, Endovenosa o intramuscular, mas Gentamicina 2.5 mg/kg/dosis Endovenoso o intramuscular cada 12 horas para menores de 1 semana y cada 8 horas para niños de 1 semana a 1 mes.
- La penicilina G Sódica no debe mezclarse con la gentamicina y debe ser administrada separadamente. Trate durante por lo menos 10 días o hasta 3 días después que el niño este completamente recuperado
- Tratamiento de Apoyo (en niños menores de 2 meses el tratamiento de apoyo es la más importante como el tratamiento antimicrobiano).
- Lactancia Materna frecuente
- Evitar el enfriamiento (hipotermia) del niño (se recomienda abrigarlo pegado al cuerpo de la madre, especialmente si el niño es prematuro o de bajo peso)

PASOS PARA EVALUACION, CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DEL NIÑO CON PROBLEMA DE OIDO:

EVALUACION:

Pregunte, Observe y examine si el niño con problemas de oído presenta uno o más de los siguientes signos y síntomas los cuales pueden acompañarse de fiebre.

- Dolor de oído(otalgia)
- Supuración de oído(otorrea)
- Tímpano rojo o inmóvil(mediante estocopia)
- Zona de Inflamación dolorosa detrás de la oreja.

CLASIFICACION:

MASTODITIS

Se caracteriza por presentar inflamación dolorosa detrás de la oreja. En los niños menores de seis meses la infamación puede estar sobre la oreja.

OTITIS MEDIA AGUDA

Se caracteriza por:

- Dolor persistente de oídos por lo menos de 2 semanas
- Oído supurado desde hace menos de 2 semanas
- Tímpano rojo e inmóvil(mediante otoscopia)

OTITIS CRONICA

Se caracteriza por:

- Supuración del oído desde hace 2 semanas

TRATAMIENTO:

PARA NIÑO CON MASTOIDITIS

- Refiéralo con urgencia al hospital
- Dar la primera dosis de un antibiótico(clotrimazol), 4.5mg/kg por vía oral y refiéralo con urgencia al hospital
- Si tiene fiebre y/o dolor de oído dar Paracetamol 10 -15 mg/kg por dosis

PARA NIÑOS CON OTITIS MEDIA AGUDA

- Antibioticoterapia: Cotrimoxazol(trimetropin- Sulfametaxazol) 8 -10 mg/kg por vía oral, repartido en dos dosis, por día.

- En caso de fiebre alta (38.5ªC axilar o más) que no baje por medios físicos o dolor de oído, dar paracetamol, 10 – 15 mg/kg por dosis cada 6 horas si es necesario.
- Si el oído está supurando, seque el oído con una mecha de tela suave de algodón por lo menos 3 veces al día, por el número de días necesario hasta que el oído permanezca seco
- Cite al niño para una nueva evaluación en 5 días, si ha mejorado, que cumpla 7 días de tratamiento, si no ha mejorado refiéralo al hospital.,

PARA EL NIÑO CON OTITIS MEDIA CRONICA

- Seque la supuración del oído con una mecha de tela suave de algodón por lo menos 3 veces al día,por el número de días necesarios hasta que el oído permanezca seco.
- Si tiene fiebre y/o dolor de oído dar paracetamol 10 – 15 mg/kg por dosis cada 6 horas si es necesario
- Si no ha mejorado en 5 días a 7 días refiéralo al hospital.

PASOS PARA LA EVALUACION CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DOLOR DE GARGANTA

EVALUACION

Pregunte, observe, y examine si el niño con dolor de garganta presenta uno o más de los siguientes signos o síntomas, los cuales pueden acompañarse de fiebre:

- No puede beber liquido
- Presencia de ganglios crecidos y dolorosos en la región cervical anterior
- Presencia de exudados en la garganta.

CLASIFICACION

ABSCESO EN LA GARGANTA

Se caracteriza por:

- Dolor intenso de garganta
- No puede beber liquido
- Tumoración de faringe o al alrededor de las amígdalas.

FARINGO AMIGDALITIS SUPURADA

Se caracteriza por.

- Ganglios linfáticos del cuello crecido y doloroso
- Presencia de exudados en la garganta.

FARINGO AMIGDALITIS AGUDA NO SUPURADA (viral)

Se caracteriza por:

- Garganta eritematosa
- Ausencia de exudados
- Secreción u obstrucción nasal.

TRATAMIENTO

PARA EL NIÑO CON ABSCESO DE GARGANTA

- Aplique penicilinabenzatinica 5,00UI/kg intramuscular, una sola dosis para efectos practico 600.000UI en menores de 5 años y refiéralo con urgencia al hospital
- Para la fiebre y/o dolor de garganta dar paracetamol 10 – 15 mg/kg por dosis.

PARA EL NIÑO CON FARINGO AMIGDALITIS AGUDA SUPURADA

- Aplique penicilina benzatinica,50.000UI/kg intramuscular una sola dosis para efecto práctico 6000,000 en menores de 5 años.
- Alivia el dolor de garganta indicando a la madre que le dé al niño, bebidas calientes tales como te con miel y otros remedios caseros similares.
- Dar paracetamol 10-15 mg/kg/dosis hasta máximo de 4 veces por día para el dolor de garganta,si no cede conremedios caseros, o si la fiebre no cede con medios físicos.

PARA NIÑO CON FARINGO AMIGDALITIS AGUDA NO SUPURADA

- Dar indicaciones sobre cuidado en el hogar.
- Dar un remedio casero inofensivo y suavizante para la irritación de la garganta.
- Trate la fiebre (si es mayor o igual a 38.5°C axilar), o el dolor de garganta ,con paracetamol a la dosis ya mencionada
- Dígale a la madre que regrese con el niño si empeora.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Existen varias medidas de prevención que tiene influencia en la incidencia y severidad de las IRA.

INMUNIZACION

La vacunación contra el sarampión, difteria y tos ferina, administrada de preferencia durante el primer año de vida según las normas establecidas, evita la neumonía secundaria a estas enfermedades inmuno prevenibles.

NUTRICION APROPIADA

La malnutrición es un factor condiciónate de la gravedad de las IRA. El niño desnutrido está expuesto a muchos tipos de infecciones que a su vez por ser repetidas, condicionan mayor desnutrición.

PREVENIR EL BAJO PESO AL NACER

El bajo peso al nacer es un factor condicionante, importante para incrementar

La frecuencia de lasIRA, así como su severidad. El control del embarazo puede prevenir este factor

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna tiene un efecto protector contra las infecciones respiratorias como bronquiolitis y la neumonía, especialmente durante los 6 meses de vida .por lo tanto fomentar la lactancia materna es parte importante de estrategia para el control de las infecciones respiratorias.

PREVENCION DEL INFRIAMIENTO

Lactante muy pequeño sobre todos los menores de 2 meses, pierde calor con mucha rapidez. Una de las manerasmás importante para evitar que las infecciones respiratorias agudas se compliquen es mantener seco y abrigado al niño.

CONTROL DE AMBIENTE DOIMESTICO

El humo de tabaco, leña, combustible, etc. Que contaminan el aire doméstico, influyen desfavorablemente en la evolución de los casos de ira, hay que evitar estas condiciones a través del control del tabaquismo y de la contaminación del ambiente.

IV. MONITOREO Y SUPERVICION

MONITOREO

Es el seguimiento periódico de las actividades y procesos programados, elmonitoreo asegura que las actividades se están cumpliendo adecuadamente así como permite anticipar y detectar los problemas en la ejecución de las acciones planificadas, para la orientación de las mismas.

SUPERVICION

La supervisión orientada a mejorar el desarrollo de las actividades asistenciales, administrativas y personales a través de ellas podemos garantizar el cumplimiento y direccionalidad de las actividades programadas

HALLAZGOS

PERSONAL CAPACITADO

- Aplicar las estrategias establecidas por el programa sobre el manejo estándar de casos de IRA y una adecuada atención de enfermería.
- Realizan un buen sistema de información diario, semanal y mensual.

SUGERENCIAS:

- Continuar incentivando al profesionalmédico sobre el manejo estándar de casos de IRA.
- Concientizar al personal técnico sobre la importancia de las visitas domiciliarias en cuanto al seguimiento de control de neumonías.

V. EVALUCION

EVALUACION DE NECESIDADES

La población asignada es 42,162 que comprendidos por 4 Asentamientos Humanos que poseen similares característicasocio económico, cultural y ambiental. La evaluación del programa valora el grado de éxito alcanzado un momento determinado en el logro de objetivos y metas propuestas y realizar el análisis de indicadores y alternativas de solución.

EVALUACION DE ESTRUCTURA

El sub programa CIRA, cuenta con un ambiente adecuadoventilado y con una buena iluminación

RECURSOS HUMANOS

- Enfermera responsable: Sra. Florita Ayapi Alvarado.
- Personal técnico para visitas domiciliarias capacitado

RECURSOS FINANCIERO

Reciben presupuesto de sub programa de la DISA a través de tesoro público.

RECURSOS MATERIALES

- Insumos y materiales logísticos son obtenidos por el Sub Programa CIRA de la DISA
- Actualmente cuentan con un stock suficiente de insumos.

EVALUACION DE PROCESOS

El sub programa CIRA realiza las siguientes actividades:

- Brinda atención integral a la población infantil en los diferentes servicios, emergencia, consultorios externos.
- Realiza una adecuada evaluación, considerando la clasificación de las IRAS, mediante un examen físico completo
- Realiza evaluación nutricional
- Aplica las estrategias establecidas por el programa sobre el manejo de estándar correcto de casos de IRA.
- Realiza visitas domiciliarias, con énfasis de hacer seguimiento de neumonías,
- Charlas educativas
- Atención en acciones cívicas.
- Registro de notificaciónoportuna
- Registro y monitoreo de indicadores de análisis local
- Capacitación en servicio.

EVALUACION DE RESULTADOS

Se considera de la obtención de datos del año 2000, como referencia debido que el presente año se realiza al culminar el 1er trimestre.

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE SALUD 2001

Área: NIÑO – NIÑA

Programa: IRA

Establecimiento; C.S. Morona Cocha

PROGRAMA: actividades	Unidad de medida	Meta anual	Ejecutado	
			N°	%
1. ATENDER CASOS DE NEUMONIA				
A. MENOR DE 2 MESES				
Neumonía grave o enfermedad muy grave	caso	21	0	0
B. DE 2 MESES A 4 AÑOS				
Neumonía	Caso	292	333	114
Neumonía Grave	Caso	83	46	55
Enfermedad muy Grave	Caso	21	0	0
No Neumonía	Caso			
2. ATENDER CASOS DE FARINGO AMIGDALITIS A.				
De 1 a 4 años	Caso	248	323	130
3. ATENDER CASOS DE OTITIS MEDIA AGUDA	Caso	278	40	14.4
4. ATENDER CASOS DE ASMA /SOB MENOR DE 5 AÑOS	Caso	278	157	56
5. REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS	Visita	417	152	36.5
6. CONTROL DE CASO DE NEUMONIA A LAS 48 HORAS	Control	417	331	79.4
7. REALIZAR EVALUACION DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA	Evaluación	4	4	100
8. VISITA DE SUPERVISION	Supervisión	4	2	50
9. FORTALECER A LOS CENTROS CENTINELAS	Unidad	1	1	100
10. FORTALECER COMITÉ DE VIGILANCIA	Unidad	1	1	100
11. CAPACITAR AGENTE COMUNITARIO DE SALUD	Curso	1		00
12. EDUCAR A LAPOBLACION	Charla	12	32	266

EVALUACION DE IMPACTO:

INDICADORES TRAZADORES

N° DE NEUMONIAS CONTROLADAS EN 48 HORAS X 100

N° DE NEUMONIAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA

INDICADORES DE PROGRAMA

EFECTIVIDAD:

- Proporción de IRA/ Neumonía
- Proporción de Neumonías N° de casos x 1000 hab.

  Población total menor de 5 años
- Tasa de Prevalencia de SOB/ASMA
- Proporción de Neumonía grave/ Hospitalizados
- Capacitación Temprana de la Neumonía =Neumonías en general

EFICACIA

- Proporción de Neumonías con MEC
- Proporción de Neumonías con MEC curado

CALIDAD

- Tasa de Mortalidad x IRA
- Letalidad Intrahospitalaria.

ANALISIS FODA

FOTALEZA:

- Ambiente adecuado para la atención del programa
- Programa a cargo de personal profesional capacitado.

- Apoyo con presupuesto por parte del programa para el desarrollo de las actividades.
- Abastecimiento de insumos y materiales en forma oportuna.
- Coordinación y apoyo permanente de con DISA.
- Aplicación de la Hoja de evaluación de control de CIRA.

DEBILIDADES:

- Escasez de recursos humanos profesionales para satisfacer la demanda de programa área niño – niña.

OPORTUNIDADES:

- La comunidad organizada que mediante su participación voluntaria facilita el desarrollo logístico de la DISA.

AMENAZA:

- Idiosincrasia cultural de la población acerca de saneamiento ambiental falta de buenos hábitos y costumbres ben la comunidad.

METODOLOGIA

Para el presente estudio se utilizó el diseño descriptivo que se considera porque esta dirigió a determinar "como es" o "como esta" la situación de las variables que deberá estudiarse en una población (prevalencia o incidencia)

La población objeto del estudio fueron los menores de 5 años de la jurisdicción del Centro de Salud Morona Cocha año 2000 – 11,386 niños, año 2001 – 6,085.

TECNICA E INSTRUMENTOS

Dentro de las técnicas utilizadas se puede mencionar las siguientes:

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Lo que nos permite dialogar con la Enfermera Responsable del Programa, con la finalidad de recabar información directa sobre aspectos relacionados a la programación y la ejecución del programa CIRA.

OBSERVACION DIRECTA:

De toda la documentación existente en el Sub Programa CIRA

Los instrumentos que se utilizaron en la programación de casos del año son:

1. Guía para la programación de Casos del año 2001
2. Guía para la programación de Medicamentos e insumos
3. Guía para la programación de Actividades de Salud
4. Manual del Sub programa CIRA
5. Registro diario de atención
6. Informe Mensual de CIRA.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó lo siguiente:

1. Entrevista con el médico jefe y la enfermera responsable del servicio solicitando permiso parta obtener información confiable y veraz del sub programa CIRA del centro de salud Morona Cocha.
2. Se recolecto información directa, revisando el plan operativo, de la programación del año 2000, así mismo las guías, formatos y el manual del programa
3. Se ejecutó las actividades programadas en el sub programa CIRA.
4. Consolidar y analizar la información obtenida.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

1. El programa Sub Programa CIRA, está a disposición de toda la población que acude al centro de Salud.
2. Los sujetos de la muestra son niños menores de 5 años de ambos sexos residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Morona Cocha
3. Dentro de las actividades que realiza el programa tenemos:
   - Programación anual
   - Atención integral de IRA _ SOB o ASMA
   - El Sistema de registro de información mensual y de vigilancia epidemiológica semanal
   - Información, educación y comunicación social.
   - Monitoreo y supervisión.
   - Evaluación.
   - Efectos del programa más importante que se observaron fueron:
     - Una atención inmediata vigilancia epidemiológica semanal en los casos de neumonía.
     - Prevalencia de IRA controlada

- Se pudo comprobar que dentro de los casos de IRA en el mes de enero se ha dado con mayor frecuencia, los casos de no neumonía (189) a comparación de las neumonías(45) sin dejar a un lado la presencia de casos de SOB y Asma(24) en regular proporción.

PROGRAMACION DE CASOS

Determinar el grado de uso (GU) del año anterior:(a manera de ejemplo se desarrollara la programación del número de casos de neumonía para 1999).

DESCRIPCION	**Calculo**
Datos del año anterior (1998) al año en referencia (1999) para el que realiza la programación	11836
1. Población objetivo en menores de 5 años del año anterior (PO)1	11836
2. Población meta con acceso del año anterior(PMcA) Se estima que el 50% de la población objetivo accede a los servicios de salud del MINSA Determinar (PMcA)1 = (PO)1 x 0.5	7102
3. Uso potencial del año anterior (UP)1 Se estima que la incidencia de casos de Neumonías en el país es de 0.3 episodios por niños por año Determinar (UP)1 = (PMcA)1 x 0.3 casos de neumonía	2130
4. Uso real del año anterior(UR)1 Considerar el N° de casos de neumonías en menores de 5 años atendidos durante b el año anterior Determinar (UR)1 N° de casos de neumonías atendidos en el año anterior	379
5. Grado de uso del año anterior(GU)1 Expresa la proporción de casos de neumonía atendidas en relación a lo programado para efectos de cálculo del número de casos, se usa el resultado de la división del uso real con el uso potencial(no multiplicar por 100) Determinar (GU)1 = (GU)1 (UP)1	0.02

INTERPRETACION DEL CUADRO N° 01

En el presente cuadro se puede observar que la población objetiva (PO) en menores de 5 años asignada para el año 2000 fue de 11,836, la población con acceso al año anterior (PMcA) en dicho año fue de 7,102, la cual se obtuvomultiplicando la PO (año anterior) por 0.6, así mismo para obtener el uso potencialdeaño anterior (UP) se multiplicó (PMcA), por 0.3 casos de neumonía haciendo un total de 2,130, el uso real al anterior (UR) viene a ser el número de casos de neumonía en menores de 5 años, atendidos en el establecimiento, que fueron 379 casos, para determinar el grado de uso año anterior(GU) se procedió a dividir el uso real del año anterior entre el uso potencial anterior, el cual hizo un total de 0.2.

Determinar el Número de casos de neumonía a tender en el año en referencia

(Continuamos con el ejemplo anterior)

DESCRIPCION Datos del año anterior (1998) al año en referencia (1999) para el que realiza la programación	**Cálculo**
1. Población objetivo en menores de 5 años del año anterior (PO)1	6,085
2. Población meta con acceso del año anterior(PMcA) Se estima que el 50% de la población objetivo accede a los servicios de salud del MINSA Determinar: (PMcA)1 = (PO)1 x 0.5	3,051
3. Uso potencial del año anterior (UP)1 Se estima que la incidencia de casos de Neumonías en el país es de 0.3 episodios por niños por año Determinar: (UP)1 = (PMcA)1 x 0.3 casos de neumonía	1095
4. Uso real del año anterior(UR)1 Considerar el N° de casos de neumonías que se espera atender en el año para el que se realiza la programación, se calcula multiplicando el uso potencial del año en referencia por el grado de uso del año anterior en menores de 5 años atendidos durante b el año anterior Determinar: (UR) = (UP) X (GU)	438
5. Determinar el número de casos de neumonía segúnclasificación: - NG + EMG en niños menores de 2 meses = 5% de (UR) - Neumonía en niños de 2 meses a 4 años = 70% de (UR) -Neumonía grave (NG) en niños de 2m a 4 años = 20% de (UR) Esquema A = 16% de (UR) Esquema B = 4% de (UR) -Neumonía muy grave (EMG) en niños 2m a 4 años = 20% Esquema A = 2.5% de (UR) Esquema B = 2.5% de (UR)	22 306 88 14 3 22 5 5

Para determinar el número de casos de otitis media aguda (OMA), Faringo amigdalitis purulenta aguda(FAPA), y síndrome obstructivo bronquial (SOB) Asma, a atender en el año en referencia, se sigue el mismo procedimiento utilizado para la programación de los casos de neumonía.

INCIDENCIA / PREVALENCIA ESTIMADA	**Calculo**
1. Incidencia de la otitis Media Aguda Se estima que la incidencia de la OMA 0.1 episodios/niño/año	365
2. Incidencia de la Faringoamigdalitis aguda (FAPA) Seestima que la incidencia de la FAPA 0.1 episodios/niño/año	329
3. prevalencia de síndrome obstructivo agudo y asma Se estima que la prevalencia de SOB y ASMA FAPA 0.1 episodios / niño/ año	365

INTERPRETACION DEL CUADRO N° 02

En el presente cuadro N° 02 permite que la población objetiva (PO) en menores de 5 años asignada para el año 2001 al C:S: Morona Cocha fue de 6,081 la población meta con acceso al año actual(PMcA) fue de 3,651, la cual se obtuvo multiplicando la PO (añoactual) por 0.6, que es un criterio referencial dado por el sector salud, así mismo para determinar el uso potencial del año actual se multiplico(PMcA), por 0.3 casos ya que se estima que la incidencia de neumonías en el país es de 0.3 episodios por niño, por año obteniéndose que para este año se tenga 1,095 casos de neumonía. Para determinar el uso real del año actual del sub programa CIRA se multiplica el uso potencial(UP) año actual por grado de uso del año anterior obteniéndose el dato necesario para programar los casos de neumonía grave, neumonía, enfermedades muy graves asignándoles a cada uno porcentaje para neumonía grave en niños de 2 meses se le asigna un 5% del uso real (UR) obteniéndose como resultado 22 casos, para neumonía en niños de 2 m2ses a 4 años se le asigna un 70% del uso real con 306 caso, para neumonía grave se asigna 20% del uso real con un total de 22 casos, para determinar los casos de otitis media aguda (oma) ysob/asma en niños menores de 5 años se multiplica la poblaciónmeta con acceso al año actual por 0.1 episodios por niño por año haciendo un total de 365 caso en ambas enfermedades, para determinar los casos de faringo amigdalitis purulenta aguad (FAPA) en niños de 1 a 4 años primero es necesario conocer dicha población y lo multiplico por 0.15 episodios por niño por año haciendo un total de 329 casos programados para el año 2001.

PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

EDAD	CASOS ESPERADOS POR CLASIFICACION	MEDICAMENTOS INSUMOS	CANT. MEDIC. POR NIÑO
>de 2 Meses	Neumonía Grave o Enf. muy grave22	P, G.Sodica 1 millón c/diluyente fcoAmp. Gentamicina x 200mg amp. Dextrosa al 5%fco x 1000cc Equipo micro gotero Unid Brandula periférica Nª 24 unid.	8 16 3 4 4
2 Meses a 4 años	Neumonía 306	Cotrimoxazol suspensión 49/200mg fco,	2
	Neumonía grave 88	Esquema A (80%) P, G.Sodica 1 millón c/diluyente fcoAmp. P. Procainica 1 millón c/diluyente fcoAmp Dextrosa al 5%fco x 1000cc Equipo venoclisis con aguja unid. Brandula periférica Nª 22 unid, Jeringa Descartable 5ccc/ aguja unid.	 13 5 2 4 4 5
		Esquema B (20%) Cloranfenicolx 1gr, fcoamp, Palmitato de cloranfenicol susp x 250mg Dextrosa al 5%fco x 1000cc Agua destilada 5cc amp. Equipo venoclisis con aguja unid. Brandula periférica Nª 22 unid, Jeriga Descartable 5cc con/ aguja unid.	 7 2 2 7 4 4 5

	Enfermedad muy Grave 14	Esquema A (80%) Cloranfenicolx 1gr, fcoamp, Palmitato de cloranfenicol susp x 250mg. Dextrosa al 5%fco x 1000cc Agua destilada 5cc amp. Equipo venoclisisund. Brandula periférica N 24 unid.	10 2 8 10 4 4
		Esquema B (80%) P, G.Sodica 1 millón c/diluyente fcoAmp. Gentamicina x 200mg amp. Dextrosa al 5% fco x 1000cc Equipo micro gotero Unid Brandula periférica N 22 unid.	20 30 8 4 4
< de 5 años	Otitis Media Aguda	Cotrimoxazolsusp. 40/200mg	2
2 – 4 años	Faringoamigdalitis Purulenta 329	Benzetacil 600,00n c/ diluyente fco. Amp. Jeringa Descartable 5cc con/ aguja unid	1 1
	Sob y Asma (365) Leve	Salbutamol aerosol Aéreo cámara lactante unid. Areocamara escolar unid	1 1 1
	Moderada	Salbutamol aereosol Aéreo cámara lactante unid. Areocamara escolar unid Prednisonatab/comp 5mg Dexametasonaamp, x 4mg. Jeringa Descartable 5cc con/ aguja unid	1 1 1 20 2 1

	Severa	Salbutamol aerosol Aéreo cámara lactante unid. Areocamara escolar unid Prednisonatab/comp 5mg Dexametasonaamp, x 4mg. Aminofilinaamp.x 200 mg Jeringa Descartable 5cc con/ aguja unid	1 1 1 20 8 8 5
Tratamiento de la Fiebre en niños menores de 5 años con IRA80% (Neumonía + FAPA+OMA)+ el 10%de la No Neumonía (tos o resfrió) Paracetamol fco gotero x 10 ml.			1

INTERPRETACION DEL CUADRO N° 03

El presente cuadro permite observar que para el presente año el C:S: Morona Cocha programa un total de 2,455 medicamentos para cada niño detallados de la siguiente manera :

MENORES DE 2 MESES

- **Neumonía Grave o Enfermedad muy Grave** se cuenta con 770 medicamentos

MENORES DE 2 MESES A 4 AÑOS

- **Neumonía**se cuenta con 612 medicamentos
- **Neumonía Grave**
- Esquema A Se cuenta con 460 medicamentos
- Esquema B se cuenta con 93 medicamentos
- **Enfermedad muy Grave**
- Esquema A se cuenta con 190 medicamentos
- Esquema B Se cuenta con 330 medicamento

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

Actividades	total		Atenciones por grupo de edades			Total acumulados	
	atendidos	atenciones	<2m	2-11m	1-4 A	atendidos	atenciones
I. Total de niños con IRA,SOB o Asma	209	256	6	72	131	209	256
II. Total de casos de IRA(1+2)	232	307	9	75	148	232	307
Nº casos de Neumonía(A+B+C)	43	88	2	8	33	43	88
A.Nº casos de Enf. muy Grave(EMG)							
B. Nº de casos por Neumonía Grave(NG)	2	4	2			2	4
C.-Nº de casos de Neumonía(N)	39	84		8	31	39	84
Nº de casos de no Neumonía(A+B+C)	189	219	7	67	115	169	219
A.Nº de casos de Faringoamigdalitis purulenta aguda					16	16	20
B.-Nº de casos Otitis Media Aguda	10	20					
C.Nº de casos resfrío,bronquitis	3	5		2	1	3	5
D. Otras no neumonía	170	104	7	65	92	170	194
III. Total de casos de IRA							
Hospitalización							
1. Hospitalización por NG o EMG							
2. Hospitalización por NG o EMG transferido							
IV. Total deDefunciones hospitalarias							
1. Defunciones por NG o EMG							

2. Defunciones por NG o EMG, Transferido							
Defunciones Extra hospitalarias							
V. Control y Seguimiento de Neumonía							
1.Nº casos neumonía controlados a los 2 días	39		1	7	25	33	
2.Nº casos neumonía con MEC	39		1	9	29	39	
3.Nº casos neumonía con MEC curado	39		1	9	29	39	
4.Nº casos neumonía con MEC fallecidos							
VI. Nº de casos de SOBA o ASMA	24	32	13	11		24	32

INTERPRETACION DEL CUADRO N° 04

El cuadro N° 03 correspondiente al informe mensual de enero tenemos que el total de niños con IRA, se tuvieron 209 atendidos y 256 atenciones obteniéndose un acumulado es 209 atendidos y 256 atenciones.

Dentro de los casos de IRA se tuvieron 43 atendidos y 88 atenciones en neumonías, pero en no neumonías se obtuvieron 189 atendidos y 219 atenciones.

Dentro de los grupos etareo el que tuvo mayor frecuencia ha sido el de 1 a 4 años en casos de no neumonías, el que tuvo menor caso ha sido en menores de dos meses tanto en neumonías como en no neumonías.

En el mes de enero se obtuvo dos casos de neumonía grave registrado dentro de3 los casos de IRA correspondiente al grupo etareo menor de dos meses se tuvieron 39 casos curados de neumonías según el manejo estándar de casos,

Dentro de los casos de SOB o Asma se dieron 24 atendidos y 32 atenciones en este mes.

En conclusión decimos que el centro en el sub programa CIRA se presentaron más casos de no neumonía que las neumonías por lo que nos indica que el trabajo que se viene realizando en el programa tiende a brindar una atención integral a la población menor de 5 años para evitar complicaciones.

CONCLUSIONES

En conclusiones tenemos:

1. La programación realizada en el presente año va a permitir presidir el número posible de casos que se presentara en el sub programa CIRA y así determinar las actividades a realizarse tanto dentro y fuera del establecimiento.
2. Para la elaboración de la programación de caso del año 2001 se trabajó con la población objetiva que son los niños menores de 5 años y que esta a su vez ha sido asignada por la DISA.
3. Para tener la efectividad en la planificación de las actividades se debe tener en cuenta la población real y así poder elaborar una buena programación.
4. La atención integral se realiza a todos los niños menores que acuden al consultorio de niño – niña en especial en el programa CIRA donde el manejo estándar de casos según la clasificación de IRA.
5. El Centro de Salud Programa Niño – Niña viene realizando un trabajo minucioso en impartir medidas preventivas en mejorar, la calidad de atención brindándole orientación e información de manera oportuna logrando de esta forma el beneficio para niñez y la comunidad.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el profesional de salud continúe capacitándose para obtener una minuciosa atención directa al paciente y mantener en forma oportuna las informaciones y realizar registros oportunos.
2. Que el profesional deenfermería no solo enfatice la vigilancia epidemiológica de casos de neumonía sino también considere otras enfermedades relacionados a las IRAS.
3. El personal profesionalcapacitado en la atención integral del niño debe continuar incentivando a los médicos a cumplir con las normas establecidas sobre el manejo estándar de casos de IRA.
4. Incentivar a la familia y comunidad en general sobre las prácticas de las medidas preventivas dados en el programa
5. Se recomienda a la Facultad de Enfermería a través de sus estudiantes futuras profesionales en salud continuar enfatizando sobre las medidas de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años dentro y fuera del establecimiento.

BIBLIOGRAFIA

MINISTERIO DE SALUD

Atención de pacientes con infecciones respiratorias agudas, Programa de Salud Básica para todos, Lima - Perú, 1996. Pg 25 -46.

MINISTERIO DE SALUD

Doctrinas, Normas y Procedimientos para el Control de las infecciones respiratorias agudas, Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma en menores de 5 años. Lima – Perú 1999.

MINISTERIO DE SALUD

Normas para la prevención y control de la infección Respiratoria Aguda, OPS,OMS,Lima – Perú, 1999.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

MINISTERIO DE SALUD

Normas para la prevención y control de la infección Respiratoria Aguda, OPS. OMS. Lima – Perú, 1999.

MINISTERIO DE SALUD

Doctrinas, Normas y Procedimientos para el Control de las infecciones respiratorias agudas, Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma en menores de 5 años. Lima – Perú 1999.

OPS Manual de4 Técnicas para una Estrategia de comunicación en Salud, Vol N° 11 Washington D. C. 1985. Pg 103 – 107.

MINISTERIO DE SALUD

Atención de pacientes con infecciones respiratorias agudas, Programa de Salud Básica para todos, Lima - Perú, 1996. Pg 25 -46.

ANEXO

ANEXO

ANEXO 01

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE SALUD 2001

AREA: **NIÑO-NIÑA**
PROGRAMA: **IRA**
ESTABLECIMIENTO: **C.S. MORONA COCHA**

ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	META ANUAL	EJECUTADO	
			Nº	%
1.- ATENDER CASOS DE NEUMONIA :				
A. - MENOR DE 2 MESES				
- NEUMONIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE	CASO	22		
B.- DE 2 MESES A 4 AÑOS				
- NEUMONIA	CASO	306		
- NEUMONIA GRAVE	CASO	88		
- ENFERMEDAD MUY GRAVE	CASO	22		
- NO NEUMONIA				
2.- ATENDER CASOS DE FARINGO AMIGDALITIS PURULENTA A.				
- DE 1 A 4 AÑOS	CASO	165		
3.-ATENDER CASOS DE OTITIS MEDIA AGUDA	CASO	55		
ATENDER CASOS DE ASMA/SOB MENOR DE 5 AÑOS	CASO	182		
5.- REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS	VISITA	219		
6.- CONTROL DE CASOS DE NEUMONIA A LAS 48 HORAS	CONTROL	438		
7.- REALIZAR EVALUACION DE ACTIVIDADES DEL PROG.	EVALUACION	4		
8.- VISITAS DE SUPERVISION	SUPERVISION	4		
9.- FORTALECER CENTROS DE CENTINELA	UNIDAD	0		
10.- FORTALECER COMITÉ DE VIGILANCIA	UNIDAD	1		
11.- CAPACITAR AGENTES COMUNITARIOS D SALUD	CURSO	1		
12.- EDUCAR A LA POBLACION	CHARLA	36		

ANEXO 02

PROGRAMACION DE CASOS

1.- Determinar el Grado de Uso (GU) del año anterior:
(A manera de ejemplo se desarrollara la programación del número de casos de Neumonia para 1999)

DESCRIPCION Datos del año anterior (1998) al año en referencia (1999) para el que realiza la programación	Cálculo
1.- Población opbjetivo en menores de 5 años del año anterios (PO)1	
2.- Población meta con acceso del año anterior (PMcA)1 Se estima que el 50% de la población objetivo accede a los servicios de salud del MINSA Determinar: (PMcA)1 = (PO)1 X 0.5	
3.- uso potencial del año anterior (UP)1 Se estima que la incidencia de casos de neumonia en el pais es de 0.3 episodios por niño por año Determinar: (UP)1 = (PMcA)1 x 0.3 casos de neumonia	
4.- uso real del año anterior(UR)1: Considerar el nº de casos de neumonia en < 5 años atendidos durante el año anterior Determinar: (UP)1 Nº de casos de neumonia atendidos en el año anterior	
5.- Grado de Uso del año anteriror (GU)1 Expresa la proporción de casos de neumonia atendidos en relación a lo Programado para efectos de cálculo del número de casos, se usa el resultado de la división del uso real con el uso potencial(NO multiplicar por 100) Determinar: $(GU)1 = \frac{(GU)1}{(UP)1}$	

ANEXO 03

1.- Determinar el Número de casos de neumonia a atender en el año en referencia:
(Continuamos con ejemplo anterior.....)

DESCRIPCION Datos del año en referencia (1999)	Cálculo
1.- Población opbjetivo en menores de 5 años del año anterios (PO)	
2.- Población meta con acceso del año anterior (PMcA) Se estima que el 60% de la población objetivo accede a los servicios de salud del MINSA Determinar: (PMcA) = (PO) X 0.6	
3.- uso potencial (UP) El número potencial de casos de neumonía que pueden presentar en la población meta, se calcula multiplicando la población meta con acceso del año en referencia, por la incidencia. Se estima que la incidencia de neumonía en el país es de 0.3 episodios por niño por año Determinar: (UP) = (PMcA) x 0.3 casos de neumonia	
4.- Uso Real(UR): Es el número de casos de neumonía que se espera atender en el año para el que se realiza la programación. Se calcula multiplicabdo el uso potencial del año en referencia por el grado del uso del año anterior. Determinar: (UR) = (UP) X (GU)	
5.- Determinar el número de casos de neumonia según clasificación * NG + EMG en niños menores de 2 meses = 5% de (UR) * Neumonia en niños de 2 meses a 4 años = 70% de (UR) * Neumonia grave (NG) en niños de 2 m. a 4 años = 20% de (UR) * Esquema A 16% de (UR) * Esquema B 4% de (UR) * Enfermedad muy grave (EMG) en niños de 2 m.a 4a. = 20% de (UR) * Esquema A 2.5% de (UR) * Esquema B 2.5% de (UR)	

3.- Para determimar el número de casos de Otits Media Aguda (OMA) Faringoamigdalitis purulenta aguda(FAPA) y Sindrome obstructivo bronquial (SOB) Asma, a atender en el año en referencia, se siguen el mismo procedimiento utiloizado para la programación de los casos de neumonia

Incidencia / Prevalencia estimada		Cálculo
1.- Incidencia de la Otits Media Aguda Se estima que la incidencia de la OMA es	0.1 episodio por niño por año	
2.- Incidencia de la Faringoamigdalitis aguda(FAPA) Se estima que la incidencia de la OMA es	0.15 episodio por niño por año	
3.- Prevalencia del sindrome obstructivo bronquial agudo y asma Se estima que la prevalencia del SOB y asma es	0.1 episodio por niño por año	

ANEXO 04

PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

EDAD	CASOS ESPERADOS POR CLASIFICACION	MEDICAMENTOS INSUMOS	CANT. MEIDC. POR NIÑO
> 2 Meses	NEUMONIA GRAVE O ENF. MUY GRAVE	P.G. Sodica 1 millón c/dilluyente fco. Amp. Gantamicina x 20mg. Amp. Dextrosa al 5% AD fco. X 1000cc Equipo microgotero Unid. Brándula periferica Nº 24 Unid.	
2 Meses - 4 años	NEUMONIA	Cotrimoxazol suspensión 40/200mg. Fco.	
	NEUMONIA GRAVE	ESQUEMA A (80%) P.G. Sodica 1 millón c/dilluyente fco. Amp. P. Procainica 1 millón UI c/dilluyente fco. Amp. Dextrosa al 5% AD fco. X 1000cc Equipo de venoclisis con aguja Unid. Brándula periferica Nº 22 Unid. J. Descartable 5cc c/aguja Unid.	
		ESQUEMA B (20%) Cloranfenicol x1gr. Fco. Amp. Palmitalo de cloranfenicol susp. X 250mg. Dextrosa al 5% AD fco. X 1000cc Equipo de venoclisis Unid. Brándula periferica Nº 22 Unid. Agua destilada 5cc amp. Jeringa descartable 5cc c/aguja Unid.	
	ENFERMEDAD MUY GRAVE 14	ESQUEMA A (50%) Cloranfenicol x1gr. Fco. Amp. Palmitalo de cloranfenicol susp. X 250mg. Dextrosa al 5% AD fco. X 1000cc Equipo de venoclisis Unid. Brándula periferica Nº 22 Unid. Agua destilada 5cc amp.	
		ESQUEMA B (50%) Penicilina G. Sodica 1millón UI c/diluyente Gentamicna 20mg. Amp. Dextrosa al 5% AD fco. X 1000cc Equipo de venoclisis Unid. Brándula periferica Nº 22 Unid.	
< 5 Años	OTITIS MEDIA AGUA	Cotrimoxazol suspensión 40/200mg. Fco.	
2 - 4 Años	FARINGOAMIGDALITIS PURULENTA	Benzetacil 600,000 UI c/diluyente fco. Amp. Jeringa descartable 5cc c/aguja Unid.	
	SOB Y ASMA LEVE 75%	Salbutamol aerosol Aerocamara lactante Unid. o Aerocamara escolar Unid.	
	MODERADA 20%	Salbutamol aerosol Aerocamara lactante Unid. o Aerocamara escolar Unid. Prednisona tab/comp. 5mg. Dexametasona amp. X 4mg. Jerina descartable x 2cc con aguja 11/2	
	SEVERA 5%	Salbutamol aerosol Aerocamara lactante Unid. o Aerocamara escolar Unid. Prednisona tab/comp. 5mg. Dexametasona amp. X 4mg. Aminofilina amp. X 200mg. Jerina descartable x 2cc con aguja 11/2	
TRATAMIENTO DE LA FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA 80%(Neumonía + FAPA + OMA) + el 10% de la No Neumonía (Tos o resfrio) PARACETAMOL fco. Gotero x 10 ml.			

ANEXO 05

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

ESTABLECIMIENTO : C.S. MORONACOCHA MES : ENERO AÑO : 2001

ACTIVIDADES	TOTAL MES		ATENDIDOS POR GRUPOS DE EDAD			TOTAL ACUMULADOS	
	Atendidos	Atenciones	<2M	2-11 M	1-4 A	Atendidos	Atenciones
I TOTAL NIÑOS CON IRA, SOBA O ASMA							
II TOTAL DE CASOS DE IRA (1+2)							
1. Nº CASOS DE NEUMONIA (A+B+C)							
A. Nº CASOS DE ENF. MUY GRAVE (EMG)							
B. Nº CASOS POR NEUMONIA GRAVE(NG)							
C. Nº CASOS DE NEUMONIA (N)							
2.- Nº CASOS DE NO NEUMONIA (A+B+C+)							
A. Nº CASOS DE FARINGOAMIGDALITIS							
PURULENTA AGUDA							
B. Nº CASOS OTITIS MEDIA AGUDA							
C. Nº CASOS RESFRIOS, BRONQUIOS , U							
OTRAS NO NEUMONIAS							
III. TOTAL DE CASOS IRA							
HOSPITALIZACIÓN (1+2)							
1. HOSPITALIZACION POR NG O EMG							
2. HOSPITALIZACION POR NG O EMG							
TRANSFERIDOS							
IV. TOTAL DEFUNCIONES HOSPITALARIAS							
(1+2)							
1. DEFUNCIONES POR NG O EMG							
2. DEFUNCIONES POR NG O EMG							
TRANSFERIDOS							
V. DEFUNCIONES EXTRAHOSPITALARIAS							
POR IRA							
VI. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE							
NEUMONIA							
1. Nº CASOS NEUMONIA CONTROLADOS							
A LOS 02 DIAS							
2. Nº CASOS NEUMONIA CON MEC							
3. Nº CASOS NEUMONIA CON MEC CURADOS							
4. Nº CASOS NEUMONIA CON MEC FALLECIDOS							
VII. Nº CASOS DE SOBA O ASMA			< 2 Años	2- 4 Años			

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

REGISTRO SEMANAL DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICA CONSOLIDADA

SUBREGION	
CABECERA DE RED	
ESTABLECIMIENTO	

CODIGO DE ESTABLECIMIENTO:				
TIPO DE ESTABLEC.	HOSP. ☐	CS ☐	PS ☐	
MINSA ☐	IPSS ☐	SFA/P ☐	PRIV ☐	

SEMANA DE NOTIFICACION		
Nº		
NOT. OPORTUNA	SI ☐	NO ☐

CONSOLIDADO SEMANAL DE CASOS DE EDA Y COLERA

PROCEDENCIA DE LOS CASOS		DIAREA ACUOSA AGUDA (NO INCLUYE SOSPECHOSOS DE COLERA)									SOSPECHOSOS DE COLERA									DISENTERIAS								
PROVINCIA	DISTRITOS	Nº DE CASOS			Nº DE DEF.			Nº DE HOSP.			Nº DE CASOS			Nº DE DEF.			Nº DE HOSP.			Nº DE CASOS			Nº DE DEF.			Nº DE HOSP.		
		<1a	1 - 4	5 a +	<1a	1 - 4	5 a +	<1a	1 - 4	5 a +	<1a	1 - 4	5 a +	<1a	1 - 4	5 a +	<1a	1 - 4	5 a +	<1a	1 - 4	5 a +	<1a	1 - 4	5 a +	<1a	1 - 4	5 a +

CONSOLIDADO SEMANAL DE IRAS, ASMA Y SOB

PROVINCIA	DISTRITOS	Casos de Iras			Casos de Neumonia		Casos de Neum. Grave + enferm. muy grave			Hospitalizac. NG + EMG			Defunción Intrahospitalaria (N+NG+EMG)			Defunción Extrahospitalaria (N+NG+EMG)			Casos de SOB Asma	
		<2m	2-11m	1-4a	2-11m	1-4a	<2m	2-11m	1-4a	<2m	2-11m	1-4a	<2m	2-11m	1-4a	<2m	2-11m	1-4a	<2a	2-4a

Firma y Sello de la Persona que Notifica	Director o Jefe del Establecimiento

CONSOLIDADO SEMANAL DE MALARIA

Provincia	Distritos	Casos Confirmados				Fallecidos
		P. vivax	P. falciparum	Mixta	Total Confirm.	
Total						

Total de distritos de la jurisdicción	
Total de distritos en áreas con riesgo de trasmisión (ART)	
Total de distritos ART que reportan casos la presente semana	
Total de distritos sin trasmisión en la presente semana (notific. Negativa)	

VIGILANCIA DE ACTIVIDADES EN SERVICIOS DE SALUD

GRUPOS DE EDADES	< 01	01 - 04	05 - 14	15 - 19	20 - 49	50 +
Total Atendidos						
Total Atenciones						
Atención Seg. Mat. Inf.						
Número de Partos						
En el establecimiento						
Fuera del Establecimiento Atendidos Por Personal de Salud						
Defunciones						
Defunción en Servicio						

INFORME DE EPIZOOTIAS

Tipo de Informe: INICIO ☐ SEGUIMIENTO ☐ FINAL ☐

Fecha del Informe: Hora del Informe:

Enfermedad o Síndrome Causante del Brote

Confirmado por Laboratorio: SI ☐ NO ☐ Dx Final:

Investigación del Brote SI ☐ NO ☐

Afectados, Tipo de Animal: Nº Animales: Nº Hatos:

Ubicación de localidades afectadas

Localidad	Distrito	Provincia

Resumen del Brote:

NOTA: adjuntar croquis de la zona afectada y gráfico de evolución

ANEXO 5

NEUMONIA
FICHA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

(Lea las Instrucciones en la Directiva No. 00 -SUBPCIRA-99 antes de llenar la ficha)

FECHA: .....

I. DATOS GENERALES:

1. Ficha Clínica N° ..... 2. Dirección de Salud :.....
3.RED/UTES/ZONADIS/UBAS:.....
4. Estab. de Salud: Hosp. ( ) C.S. ( ) P.S. ( ) 5. Nombre del Estab. de Salud .....

II. DATOS PERSONALES:

1. Nombres y apellidos del niño :.....
2. Edad : < 2 m ( ) 2 m - 11 m ( ) 1-2 años ( ) 1 - 4 años ( )
3. Nombre del acompañante ..... Parentesco .....
4. Dirección : ..... Referencia: .....

III. CUADRO CLINICO : * Escriba "SI", si está presente el signo o síntoma descrito, caso contrario coloque un guión.

1. EVALUACION CLINICA	PRIMERA CONSULTA	1er. Control Visit. Domic. ( ) Estab. Salud ( )	2do. Control Visit. Domiciliaria ( ) Estab. de Salud ( )	3er. Control (alta) Visita Domic. ( ) Estab. de Salud ( )
FECHA				
PESO				
T° axilar / rectal				
Frec. Resp. x minuto				
Tiempo de Enfermedad				
Tos *				
Respiración rápida *				
Tiraje Subcostal *				
Sibilancias *				
Crepitantes *				
Signos de alarma :				
- Niño está letárgico o comatoso *				
- Ha tenido convulsiones *				
- No puede lactar,ni tomar líquidos*				
- Vomita todo *				
- Estridor en reposo *				
2. EXAMENES AUXILIARES				
Radiografía de torax *		Informe :		
Hemograma *		Informe :		
3. CLASIFICACION	N ( ) NG ( ) EMG ( )	N ( ) NG ( ) EMG ( )	N ( ) NG ( ) EMG ( )	N ( ) NG ( ) EMG ( )
4. DIAGNOSTICO (S)				
5. HOSPITALIZACION *				
6. EVOLUCION **				
7. CONDICION DE ALTA ***				
8. RESP. DE LA ATENCION				

**: En evolución indicar : Favorable (F), Estacionario(E) o Desfavorable (P)

*** : Condición de alta, anotar : Curado (C), Transferido (T), Ignorado (I) o Fallecido (F)

IV. TRATAMIENTO :

MEDICAMENTOS	DOSIS /VEZ	N° DE VECES AL DIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO
COTRIMOXAZOL 20/100 Tab.				
COTRIMOXAZOL 40/200 Susp.				
PENICILINA PROCAINICA				
CLORANFENICOL 250 MG. SUSP.				
PARACETAMOL JBE.				
SALBUTAMOL SUS				
OTROS: ESPECIFICAR				

FECHA	HORA	LUGAR	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	RESPONSABLE
12/02/01	8-9 AM 10-12 AM	FAC. ENFERMERIA C.S MORONACOCHA	RECEPCION DE OFICIO A PRESENTAR EN EL C.S.M.C. PRESENTACION Y ENTREGA DE OFICIO AL MEDICO JEFE DEL ESTABLECIMIENTO Y ENFERMERA DE SERVICIO RECOLECCION DE DATOS DEL PROG. CIRA (PROGRAMA, PLAN OPERATIVO, INFORME MENSUAL)	 ENTREVISTA	BACH. ENFERMERIA JENNY CARRASCO
14/02/01	11-1 PM	C.S. MORONACOCHA	RECOLECCION DE DATOS DEL PROG. CIRA (PROGRAMA, PLAN OPERATIVO, INFORME MENSUAL)		BACH. ENFERMERIA JENNY CARRASCO
15/02/01	3-6 PM	C.S. MORONACOCHA SERV. DE CIRA	ATENCION INTEGRAL DE PCTE. CON CITA SISTEMA DE REGISTRO DIARIO	 REGISTRO	BACH. ENFERMERIA JENNY CARRASCO
16/02/01	8-9 AM 3-5 PM	C.S. MORONACOCHA HOLL	CHARLA EDUCATIVA(PROGRAMA CIRA) VISITA DOMICILIARIA (SEGUIMIENTO DE NEUMONIA)	COVERSARIO 8EXPOSITIVO)AYUDAS ADINISTRATIVAS ENTREVISTA GUIA DE VISITA SEGUIMIENTO NEUMONIA	BACH. ENFERMERIA JENNY CARRASCO
17/02/01	9-12 AM	C.S. MORONACOCHA SERV. DE IRA	ATENCION INTEGRAL DE PCTE. ELABORACION DE INFORME DE REGISTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SEMANAL.	 RECOLECCION DE DATOS DE REGISTRO DIARIO.	BACH. ENFERMERIA JENNY CARRASCO
21/02/01	2-6 PM	C.S. MORONACOCHA SERV. DE CIRA	ATENCION INTEGRAL DE PCTE. ELABORACION DE EXAMEN DE INFORME MENSUAL DEL MES DE FEBRERO	 RECOLECCION DE DATOS DE REGISTRO DIARIO	BACH. ENFERMERIA JENNY CARRASCO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LORETO

LA NEUMONIA

ES UNA ENFERMEDAD PELIGROSA

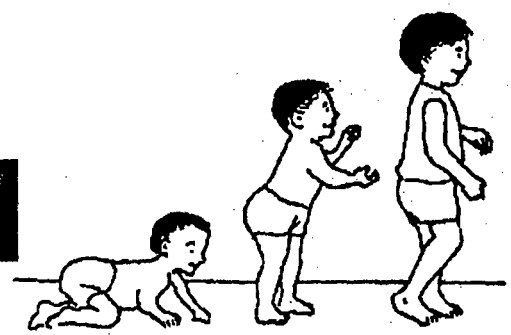
SI EL NIÑO
TIENE
RESPIRACION
RAPIDA O
AGITADA

LLEVALO
INMEDIATAMENTE
AL SERVICIO
DE SALUD
MAS CERCANO

¡QUEREMOS LA VIDA!

HOJA DE INDICACIONES PARA EL HOGAR

NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR



SIGNOS

MUY IMPORTANTE

Busque los signos siguientes y regrese rápidamente si se presenta alguno de ellos:

- La respiración se dificulta (o se hace más difícil).
- La respiración es rápida (o más rápida).
- El niño no puede tomar líquidos.
- El niño empeora.

Estos pueden ser signos de NEUMONIA

ALIMENTE al niño

- Aliméntelo durante la enfermedad.
- Aumente los alimentos después de la enfermedad
- Límpiele la naríz si la mucosidad interfiere con la alimentación.

AUMENTE los líquidos

- Dele el pecho más veces que antes.

ALIVIE la irritación de la garganta con un remedio seguro:

_____

Nombre local del remedio

INSTRUCCIONES PARA LOS ANTIBIOTICOS:

☐ ***Su niño no necesita un antibiótico.***

☐ ***Su niño necesita antibiótico.*** _____

Cuándo darle: _____

Con cuánta frecuencia se debe dar: _____

Durante cuántos días se da el antibiótico: _____

Vuelve a traer al niño el: _____

☐ ***Su niño necesita este tratamiento adicional:*** _____

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

SUBPROGRAMA CONTROL DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

PROGRAMA REGIONAL C.I.R.A. - D.R.S. - LORETO