PD-ABF-809
82178

REACH
RESOURCES
FOR · CHILD
HEALTH

PLANNING A PVO PROGRAM IN PNEUMONIA CONTROL IN EL SALVADOR

December 2 - 13, 1991

El Salvador

JSI John Snow, Inc., 1616 N. Fort Myer Drive, Suite 1100, Arlington, Virginia 22209 USA
Tel: (703) 528-7474 Fax: (703) 528-7480 Tlx: 272896 JSI WUR

FIRST DRAFT - JANUARY 3, 1992

PLANNING A PVO PROGRAM IN PNEUMONIA CONTROL IN EL SALVADOR

December 2-13, 1991

Kjell Enge, Consultant
Michael Favin, Technical Advisor

The Resources for Child Health Project
1616 North Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA

Contract No.: DPE-5982-Z-00-903400
Project No.: 936-5982
Activity No.: 1717-026

CONTENTS

I. Executive Summary.....1

II. Background.....2

III. Scope of Work.....2

IV. Activities Completed.....4

V. Recommendations.....8

VI. Next Steps.....10

Annexes

A - List of Principal Contacts

B - Agenda for ARI Conference

C - Plan to Support a PVO Program in Pneumonia Control

ACRONYMS

ARI	Acute respiratory infections
CIR	International Rescue Committee
CREA	Creative Associates
INCAP	Nutrition Institute of Panama and Central America
MOH	Ministry of Health
MSCI	Medical Service Corporation International
ORS	Oral rehydration salts
ORT	Oral rehydration therapy
PAHO	Pan American Health Organization
PROSAMI	Maternal Health and Child Survival Project
PVO	Private voluntary organization
REACH	Resources for Child Health Project
TBA	Traditional birth attendant
USAID	United States Agency for International Development, mission in El Salvador
WHO	World Health Organization

I. EXECUTIVE SUMMARY

PROSAMI is a USAID-funded project in El Salvador that provides financial and technical assistance to PVOs working in child survival. From December 2-13, 1991, a two-person REACH team worked with PROSAMI to advocate and plan an active role for PVOs in control of acute respiratory infections (ARI). On December 5, 1991, a REACH consultant addressed a nationwide awareness-raising conference on ARI on the topics of ARI risk factors and their prevention and on communication/behavior change issues related to ARI control. Representatives of over 100 PVOs attended.

The REACH team, along with a local PROSAMI consultant, visited a number of PVO child survival projects and government health facilities in the field. REACH prepared a detailed plan for training PVO community health workers (health promoters) and their supervisors in ARI preventive steps and case management. It was recommended that promoters from selected PVOs be trained and equipped to diagnose, classify, and treat pneumonia in their communities. The plan includes suggestions for information and monitoring, supervision, supply and logistics, health education, and other support areas. It is expected that the training and support of PVO staff in ARI control will begin in the next three to six months.

II. BACKGROUND

As in most countries, in El Salvador acute respiratory infections (ARI) are among the first causes of death and health facility consultations in children under five. Through a USAID project to strengthen the health sector, the Ministry of Health (MOH) has trained some staff on ARI and has recently updated its training manuals. A consultant from the Pan American Health Organization (PAHO) worked with the MOH in October 1991 to revise ARI norms and bring them in line with current World Health Organization (WHO) recommendations. However, at present, the MOH has only a part-time national ARI coordinator and field staff are neither appropriately trained nor sufficiently supplied to implement the WHO/PAHO recommendations. In 1992, the MOH plans to strengthen its program by training medical personal at referral facilities.

Even if the MOH could fully field an ARI program, however, it would not be able to provide full coverage to the Salvadoran population. An estimated 30% of the population is attended by the private sector, including approximately 80 private voluntary organizations (PVOs) working in health and an additional 45 PVOs which work indirectly in health through community development.

The USAID-funded Maternal Health and Child Survival Project (PROSAMI), operated by Medical Service Corporation International (MSCI), was established in 1990 to provide technical and financial support to indigenous and international PVOs working in public health in El Salvador. Through a 1991 survey of PVOs, PROSAMI learned of their great interest in receiving training and support for activities in ARI control. MSCI requested assistance from the Resources for Child Health (REACH) Project to support of PROSAMI's efforts to begin satisfying this felt need.

III. SCOPE OF WORK

The REACH team's scope of work, prepared by PROSAMI, focused on giving presentations at a national ARI awareness-raising conference (PROSAMI's annual conference for PVOs) and on preparing an ARI training plan for PVO staff.

The national conference was scheduled for December 5, 1991, in part so that it would take place during the ARI season in El Salvador (October through February). Staff of all 125 PVOs, rather than only those working in health, were invited, as MSCI and USAID agreed that all PVOs should be aware of the seriousness of ARI and given simple information about its prevention. It was hoped that many of the PVOs at the conference that were not health PVOs specifically could learn that they are in fact already working to prevent ARI by improving housing, building lorena stoves, and other areas traditional to community development in general. Given the audience, the conference was to focus on community-level prevention, recognition of risk, and case management by the caregiver or health promoter rather than on medical care of ARI in health facilities. The scope of work for this part of the consultancy consisted of the following:

1. Send PROSAMI materials for reproduction and distribution at the conference, especially regarding:

   - simple bulleted-type explanations of the principal risk factors associated with ARI;
   - the most important preventive measures related to these risk factors;
   - household and promoter-level early management;
   - any materials that can be used by promoters during community education.

2. Meet with PROSAMI and USAID staff.

3. Coordinate presentations for the conference with PAHO and MOH presenters.

4. Develop and present information at the national conference regarding:

   - simplified diagnosis of ARI (the most important signs and symptoms for risk recognition) and simple management by mothers and by community health promoters;
   - strategies for community education, methods and messages for increasing community awareness and changing behavior;
   - principal causes (not medical definitions but environmental and other factors) of ARI and their relationship to the most important interventions in prevention.

Given the seriousness of ARI in El Salvador and the lack of training to PVOs in that area, PROSAMI also asked REACH to assist in the development of a training plan for the PVO project in ARI. The scope of work for this task was as follows:

1. Visit selected PVOs to assess the adequacy of their approaches and their needs for training in ARI;

2. Collect and review MOH training modules and materials in ARI and evaluate their appropriateness for PROSAMI training of PVO trainers, and PVO promoter use in the community;

3. Draft a training plan for PROSAMI which will include a training module and outline for a training seminar to be used by PROSAMI in training PVO trainers.

PROSAMI requested that the REACH team work in-country from December 2-13. REACH and PROSAMI agreed that REACH would identify and contract two consultants, for whom MSCI would pay travel and per diem expenses. It was also agreed that REACH alone would sponsor a staff member to join the team.

Only a few days before the consultancy, one of the consultants informed REACH and MSCI that he was no longer available. Several possible replacements (including one suggested by PAHO's ARI coordinator) were contacted, but none was available. Fortunately, PROSAMI was able to contract the head of respiratory diseases at the national children's hospital (Hospital Benjamin Bloom) to fill the medical role on the team. Dr. Adan Figueroa served very well in this capacity and may continue to work with PROSAMI in training PVO staff in ARI. The in-country schedule for the other team members was as follows:

- Dr. Kjell Enge, anthropologist and expert in community health, December 2-8;

- Michael Favin, REACH communication advisor, December 5-13.

The above schedule was the result of a change in the consultancy dates and team members' previous commitments. The three-day overlap between Enge and Favin was sufficient, however, for Enge to have an important input into the training plan.

IV. ACTIVITIES COMPLETED

Arrange materials for the conference: From PAHO in Washington, REACH obtained 120 copies in Spanish of the basic WHO booklet on ARI (which covers the ARI problem, causes and risk factors, treatment and prevention) as well as the latest issue in Spanish of ARI News, featuring an article by PAHO's ARI coordinator on "Strategies for ARI Control." REACH also obtained 80 copies of Module No. 6 (on ARI) from PAHO's series of training manuals for community health workers on integrated child care. It was decided not to distribute this module at the conference, since it was still in draft and was more appropriate in the actual training of PVO staff.

Meet PROSAMI and USAID staff: Annex A contains list of the team's main contacts in El Salvador.

Coordinate presentations for the conference: A meeting was held on December 2 at PROSAMI to plan and discuss the agenda for the conference and the role of each of the participants. In attendance were representatives from MOH, INCAP, PROSAMI, PAHO and REACH. The most important outcome of the meeting was an agreement on the logical order of the presentations and the general themes to be covered by each of the participants.

Develop and make presentations: Kjell Enge's two presentations were on (1) Environmental Factors Causing ARI and Preventive Measures and (2) Strategies for Community Education and Participation. The first topic covered low immunization coverage, malnutrition, the importance of breastfeeding, vitamin A supplements, premature birth and low birthweight, the dangers of infant hypothermia, contamination of household air, crowding of family residents, and urban air pollution. The principal emphasis was on the importance of being thoroughly familiar with the conditions in the communities where PVOs carry out their activities. The second topic examined the need for health workers to be familiar with community perceptions of ARI and to know

the terminology used by parents. A brief description was given on how PVO staff could collect data on local perceptions and terminologies relevant to the design of community-level ARI interventions, including the use of key informants, health personnel, pharmacists, and other community residents. A final summary re-emphasized the importance of teaching mothers to recognize rapid breathing and chest in-drawing and the proper behavioral responses. The REACH consultant made a special effort to make his presentations relevant to PVO attitudes and capabilities, and as a result these presentations were rated very highly by conference participants. The conference agenda is found in Annex B.

Visit selected PVOs: The PROSAMI/REACH team visited the following PVOs in the field.

- International Rescue Committee (CIR), with 85 employees, fosters integrated development in marginal areas of San Salvador as well as rural areas (120 communities totaling 35,000-40,000 people). It operates a central clinic staffed by 3 promoters and one maternal-child health technician (physician assistant). The promoters are familiar with fast breathing and chest indrawing (the key diagnostic signs of pneumonia) and already handle antibiotics. CIR also has trained 45 traditional birth attendants (TBAs) and 300 health volunteers, who could be given special training in pneumonia recognition. The REACH consultant was particularly impressed with the detailed diagnostic and treatment knowledge displayed by three health promoters who work in the clinic located in Ciudad Delgado. These promoters operate satellite clinics which provide services once a week also help organize parents' committees and hold community meetings on a regular basis. In terms of available personnel and supervisory capabilities, CIR is a good candidate for training in community-level ARI interventions.

- Creative Associates (CREA Internacional) operates integrated rural development projects in two communities for families displaced by the civil war. The sites are located just south of San Vicente. The first community visited, San Diego, consisted of 35 families and a health committee comprised of 7 young girls who have received minimal training. They know little about ARI but dispense ORS and chloroquine and encourage the use of traditional medicines. The girls are, however, under very close supervision by the CREA rural development team who work in the community on a daily basis. The second community, Cooperativa Tehuacán has 400 residents. This community also has a 7-member health committee managed and operated by an experienced health promoter who is also a Pro-familia promoter (Salvadoran Demographic Association). This promoter spends four hours a day visiting families and organizes frequent community meetings. She told us that the most common childhood diseases in her community are diarrhea and ARI and that she actively promotes the use of ORT. She also operates a small community pharmacy (botiquin) stocked primarily with antiparasitics and analgesics; she has no antibiotics, but she did say that CREA provides antibiotics

when they are needed and that all her promoters [community volunteers?] know how to administer injections. All the medicines are sold for a small fee to cover replacement costs.

- The Clinica Maria Auxiliadora in San Salvador, operated by the Salesian Order, serves a poor clientele from throughout the city. The director would like his clinic to become a referral facility for other PVOs. He reported a problem of people not completing the full course of antibiotics.

- The Salvadoran Peasant Women's Association (Asociación de Mujeres Campesinas Salvadoreñas) in Ahuachapán in western El Salvador works in such diverse areas as health, family planning, credit, income generation, adult education, and training (in sewing, basic accounting, law). The Association works with a total of 2,675 women, and thirteen community volunteers in rural areas dispense from donated medicine chests, although few of the items (condoms, contraceptive pills) are relevant to community needs. At present there are no medical professionals on the staff, but several physicians at the local hospital provide guidance in the classification and use of donated medicines. A visit was made to [BLos Toles, one of the Association's most remote communities, and the health promoter had recently received some training in ARI, and without prompting, she recited the precise respiration rates recently established by WHO to diagnose pneumonia; she was also very familiar with ARI preventive measures and referral criteria. She also operated a small community pharmacy (botiquin), consisting mostly of cough medicines and analgesics but no antibiotics, and she demonstrated an extensive knowledge of the medicinal uses of locally available plants and herbs.

- Hospital Guadalupano, Cojutepeque, an hour east of San Salvador. This well-run and equipped church hospital has no outreach program at present but would like to initiate one. It sees many cases of pneumonia in children under 5, many of whom are quite ill because they are first treated with home remedies. The hospital attracts clientele from a wide area, even from other departments.

- CESAD operates a clinic in downtown San Salvador as well as rural health programs in scattered communities. It has five promoters, as well as community volunteers who have medicine chests that include antibiotics. Doctors or nurses visit CESAD communities every two weeks. In Izalco, these clinics are held in the office of the local World Vision program.

The PVOs visited illustrate their wide range of interests and capabilities. What many PVOs had in common was:

- dedicated staff, willing to put in long hours for low or no pay;

- being the object of suspicion or harassment by local political or military authorities; and

- a rather poor relationship with and not much confidence in local MOH facilities and staff.

It seemed clear that PROSAMI would have to divide PVO roles in ARI control into two groups: PVOs whose staff could diagnose and treat pneumonia cases either at facilities or in communities, and PVOs whose staff could not treat pneumonia but who could promote preventive actions and better community recognition of possible pneumonia and appropriate action (going to a health facility).

For purposes of comparison and to investigate the feasibility of referring cases to MOH facilities, the team also visited the MOH hospital in Ahuachapán and the San Bartolo health center in San Salvador. In neither case were staff familiar with current norms for diagnosing, classifying, or treating ARI. Our impression is that essential equipment and drugs were lacking. People in rural Ahuachapán, a three-hour walk from the city, told us that they would rather go to the hospital in Santa Ana, even further away, then to the Ahuachapán Hospital. The urban San Bartolo health center was quite crowded, indicating at a minimum the public's willingness to use its services.

Collect and review training modules: The MOH's current promoter manual has a half dozen pages on ARI. It uses the old WHO terminology (which changed in 1989) of mild, moderate, and severe ARI, whose definitions do not correspond to the current classifications of cough/cold, pneumonia, severe pneumonia, and very severe disease. It assumes that promoters will refer all cases requiring antibiotic treatment. Thus, only the portions on preventive actions are appropriate for PVO promoter training.

The team also reviewed PAHO's Module No. 6 from its course on integrated child care, which the MOH plans to use in future promoter training. Although the module has good potential, it contains a number of mistakes and inconsistencies and focuses too much on ARI in general rather than on pneumonia, which causes 90% of ARI deaths. The team's detailed comments on the draft module are found in Annex A of the PVO training plan (Annex C of this trip report).

Draft a training plan: Rather than prepare only a training plan, the team felt that it was important to outline a more comprehensive program for PVO work in ARI control. Thus Annex C (Plan to Support a PVO Program in Pneumonia Control) contains not only a detailed outline of training (with specific abilities, knowledge, and teaching methods listed) but also suggestions for information and monitoring, supervision, supply and logistics, health education, and local investigation of community terminology and ARI concepts. Options for how the training could be undertaken are also given.

V. RECOMMENDATIONS

The team based its recommendations on what is known of the epidemiology of ARI in El Salvador, the WHO-recommended norms for a control program, and the human and materials resources of PROSAMI, the PVOs, and other potential collaborating organizations.

- Epidemiology: As in many countries, ARI is the major cause of morbidity and mortality in El Salvador, as well as the major reason for health facility visits. It is likely that pneumonia caused some 90% of ARI deaths. Seventy-eight percent of pneumonia cases occur in children under 5, and 60% of children with pneumonia who are hospitalized die within a few days, because of the advanced stage of the disease by the time they seek care. This indicates the need for educating and motivating parents, and perhaps also the need to have effective treatment available closer to the community.

- Norms: On the basis of studies in many countries, WHO has developed norms for ARI control programs. Although the program includes preventive actions, the emphasis is on case control, the only proven way to save lives. The norms are flexible: each country must take a series of strategic decisions, for example on which antibiotics to use at which levels of care, and at which (if any) level wheezing, stridor, and ear infections should be treated. In the basic model, parents must recognize a case of possible pneumonia (by observing rapid breathing or chest indrawing) and take the child immediately to a trained health worker. By asking questions, observing the child, and counting breaths, the worker classifies the illness as cough/cold, pneumonia, severe pneumonia, or very severe disease. Depending on the diagnosis, the worker counsels the parents to give home care, treat the child with antibiotics, or take him to a referral center.

- Institutional capabilities: PROSAMI has relations with over 100 PVOs, more than 80 of which work in public health. PROSAMI provides technical assistance and financial support to 9 PVOs at present and will add another 11 in 1992. PVOs' strength is in their community work. Most support or work with community groups, and many train health promoters and community health volunteers. On the team's field visits, both the excellent community work of PVOs and the lack of acceptable referral facilities were noted. Few PVOs have inpatient facilities, and the MOH facilities lack training, drugs, and equipment.

On the basis of the above findings, the REACH/PROSAMI team recommends that the PROSAMI/PVO strategy for ARI control emphasize preventive actions and treatment of pneumonia cases in the community.

Without community-level treatment, very few cases of pneumonia in El Salvador will receive effective treatment. It is thus recommended that PROSAMI:

- o help orient staff of all PVOs in promoting preventive measures, and
- o train and support facility-based PVO staff (physicians, nurses, and physician assistants) as well as community health promoters who are well supervised and supported to diagnose and treat ARI.

Deciding which PVOs fit in the second category is not necessarily a clear-cut decision. For example, the Asociación de Mujeres Campesinas, which the team visited, has 13 promoters who manage some simple drugs but have no professional medical supervision. Only if a physician or nurse could be added to the staff or some arrangement made with a local private or government physician to supervise the promoters' ARI work, would it be recommended that these promoters be trained and equipped to treat pneumonia in their communities.

PROSAMI should prioritize PVOs for ARI training, giving top priority to those that reach the greatest target population and that have the most medical staff and community health promoters who are well supervised. If possible, this prioritization should not consider a PVO's current relationship with PROSAMI, i.e., whether PROSAMI currently helps finance the PVO.

The recommendation that promoters be allowed to treat pneumonia cases can be made with confidence. Well-supported community health workers have had an impact on pneumonia mortality in many countries, sometimes, as in Jumla, Nepal, without a referral system for back-up. (See the WHO publication, Technical Bases for the WHO Recommendations on the Management of Pneumonia in Children at First-Level Health Facilities). On the other hand, recommending that PVOs in El Salvador merely promote preventive activities and community recognition and referral of serious ARI is unlikely to have any significant impact on child mortality.

Many of the promoters in El Salvador already manage medicine chests that may include antibiotics. These promoters are well supervised (one MD or nurse per 5 promoters) and well supported. What the promoters lack is training in the current standard ARI diagnosis, classification, and treatment procedures. PROSAMI can give training as well as additional support in antibiotics and other drugs, stop watches, and educational and reference materials, etc. Many suggestions in these areas are given in the attached support plan.

How to manage cases of severe pneumonia and very severe disease is a difficult issue. According to WHO norms, such cases should be referred to an inpatient facility; however, few if any facilities other than the Bloom Hospital in San Salvador can reliably handle these cases at present. Moreover, important economic, cultural, and transportation barriers often stand in the way of successful referrals. It is thus recommended that in such cases, although referral is preferred, if the promoter doubts that the parents will take the child to the facility, he should treat the case in the community, examining the child's status daily. If the child is not improving,

then the promoter must insist that the child be taken to a hospital. After some time, if the capabilities of the referral facilities improve and PVOs can work to reduce the barriers to referral, this recommendation might be modified.

The MOH has no plans to train promoters in the new ARI norms in 1992 nor plans to train promoters in specific diagnosis and antibiotic treatment. Thus, to implement a community-level treatment strategy now, PROSAMI cannot rely on MOH training for train promoters and their supervisors.

To implement these recommendations in 1992, PROSAMI would like to train approximately 280 promoters and 50 supervisors from 20 PVOs in the 5 regions of El Salvador. The attached training plan describes the proposed content and methods in detail. It would appear that PROSAMI has two basic options in how to accomplish this training. It could support approximately 12 courses of 2 or 3 days each at the Bloom Hospital, each course for approximately 25 promoters and supervisors. This option gives the opportunity for more practice with real cases of ARI in children. The supervisors could remain an additional half day for orientation on supervision and other support systems, as well as on additional treatment options that they would manage at the first line health facility level (procaine penicillin and salbutamol). The disadvantages of this option are high cost and the need for all PVO staff to travel to and stay in San Salvador.

The other option is the give the courses in the MOH's regional hospitals. This has the advantage of being less costly, not requiring so much travel, and giving the opportunity for PVO and hospital staff to get to know one another better. Its disadvantage is that the regional hospitals would not have so many cases, and for the moment, the hospital staff themselves are not trained in the current norms of ARI control.

At least for the present, the first option appears preferable. Perhaps after 1992, PROSAMI might even consider courses given by the MOH in the five regions, particularly if the teaching module used is modified along the lines recommended in Annex A of the training plan.

At least for the first round of training, the trainers could consists of Dr. Figueroa and other Bloom staff, PROSAMI staff, and, for the first one or two training sessions, Kjell Enge or some other outside consultant who could prepare other trainers to teach the health education, counseling, community organization skills.

VI. NEXT STEPS

1. PROSAMI

   - Establish criteria for PVOs whose promoters and supervisors would be eligible to receive training in first-line diagnosis and treatment of pneumonia;

- Prioritize PVOs for ARI training, giving top priority to those that reach the greatest target population and that have the most medical staff and community health promoters who are well supervised. If possible, this prioritization should not consider the PVO's current relationship with PROSAMI, i.e., whether PROSAMI currently helps finance the PVO.

- Make decisions on the first few courses for PVO staff: location, time, instructors, participants, support materials;

- Refine the training plan, allotting specific times for each activity and planning in detail how each will be undertaken;

- Pretest, revise, and make copies of information forms, job aids, the supervision checklist, and reference forms suggested by the team;

- Order items from the list of materials that are not now in stock;

- Assure that all support materials (forms, supplies, educational materials) are ready by the time of training;

- Send Dr. Beza to the national ARI training course planned for February 1992 (Dr. Figueroa should also attend);

- Meet with MOH, PAHO, and USAID to assure they are supportive of planned activities.

- Request any needed copies of the WHO video, treatment charts, and other training and field support materials from PAHO/El Salvador.

2. REACH

- Complete final drafts of PVO support plan and of this trip report;

- Send PROSAMI documents on Jumla Project, scientific basis of WHO's ARI norms, and information on ordering respiration timers;

- Stay in contact with PROSAMI and provide any technical advice requested;

- If requested, give technical feedback to PROSAMI on its ARI plans and materials.

Annex A:
List of Principal Contacts

USAID/San Salvador:
Christine Adamczyk

PROSAMI:
Dr. Elizabeth Burleigh
Dr. Beza
Lic. Flor de Maria de Ramirez

Ministry of Health:
Dr. Gustavo Argueta, Vice Minister
Dr. Adan Figueroa, Respiratory Diseases, Benjamin Bloom Hospital
Dr. Santiago Almeida, Epidemiology Division
Lic. Virna Erazo, Health Education Division
Dr. Carlos Melendez, ARI Coordinator
Dr. Rodriguez, Hospital Fco. Menendez, Ahuachapan
Physician in charge and administrator, San Bartolo Health Center, San Salvador

Private Voluntary Organizations:

Asociación de Mujeres Campesinas Salvadoreñas (AMCS):
Maria Cristina Alvarez
Adela López Moran
María Noemy Margano
Irma Leticia Perdomo

Clínica María Auxiliadora:
Dr. Mendoza

Comité Internacional de Rescate (CIR):
Dr. Angel
Reyna Cigaran de Valiente
Alma Linares
Marta Lilian Ortiz Morales
Marta Luz Rodriguez

Creative Associates International:
Mr. Bradford Brooks
Two rural development workers

Hospital Guadalupano:
Dr. Carlos Isaac Espinosa
Dra. Maria de Los Angeles Espinosa C.
Dr. Franklin Denis Estrada
Hna. Irma Elena Gil
Dr. Oscar René Ilano
Dr. Clemente de la Madrid
Dr. Carlos Morales
Hna. Josefina Mullie, Administradora
Dr. José Ismael Zúniga Cañas

CESAD:
Dr. José Armando Amaya
Dra. Alicia Maria Funes
Lic. José Leon Lemus, Administrator
Dr. José Reuben Perez, Rural Health Division
Ana Gladis Arrevalo, Coordinadora, World Vision, Izalco

Annex B
Agenda for ARI Conference

PROYECTO DE SALUD MATERNA Y SUPERVIVENCIA INFANTIL

PROSAMI

MSCI / USAID

JORNADA NACIONAL PARA ONG'S SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

PROGRAMA DE INAUGURACION

1. Entrada de integrantes de la Mesa que preside el evento

2. Himno Nacional

3. Palabras de bienvenida por:
   Dra. Elizabeth Burleigh
   Directora de PROSAMI

4. Palabras de inauguración por:
   Dr. Gustavo Argueta Rivas
   Vice-Ministro de Salud

San Salvador, 5 Diciembre de 1991.

PROYECTO DE SALUD MATERNA Y SUPERVIVENCIA INFANTIL PROSAMI

MSCI/USAID

JORNADA NACIONAL PARA ONG'S SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS IRA

LUGAR: HOTEL CAMINO REAL

FECHA: 5 DE DICIEMBRE, 1991

DURACION: 7 HORAS

ASISTENCIA: Representantes de todas las ONG's en El Salvador, el sector público y donantes

OBJETIVOS:

1. Examinar el problema de las Infecciones Respiratorias Agudas a nivel nacional, su distribución geográfica y demográfica

2. Presentar la política nacional sobre IRA y la forma de coordinación inter-institucional

3. Puntualizar los signos y síntomas que son señales de riesgo de IRA y su manejo básico a nivel del hogar y del promotor comunitario

4. Presentar los factores ambientales que causan las IRA y las medidas más importantes en la comunidad para su prevención

5. Divulgar los Conocimientos, las Actitudes y Prácticas que presentan las comunidades del país relacionados a IRA

6. Identificar las estrategias para educación comunitaria, mensajes y métodos para mejorar la participación de la comunidad sobre IRA

7. Ofrecer asistencia del MSPAS a las ONGs en Tuberculosis

8. Entregar a las ONG's materiales relacionados con IRA

AGENDA

Hora	Tema	Ponente
8:30	Palabras de Bienvenida, Himno Nacional	PROSAMI
8:55	Inauguración	Dr. Gustavo Argueta, Vice-Ministro, MSPAS
8:55 9:00	Metodología de la Jornada	Lic.Flor de Ma.de Ramírez PROSAMI
9:00 9:20	El problema de las IRA en la salud del país, su distribución geográfica, demográfica y socio-económica	Dr. Santiago Almeida, Epidem., MSPAS
9:20 9:50	La política nacional sobre IRA y coordinación inter-institucional	Dr. Carlos Meléndez, Coord. IRA, MSPAS
9:50 10:10	Refrigerio	
10:10 10:20	Participación artística	Mercedes López Selma García-ASALDI
10:20 11:15	Los signos y los síntomas que son señales básicas de IRA en niños (video)	Dr. Adán Figueroa, Neumólogo, Pediatra, Hosp. Bloom
11:15 11:45	Los factores ambientales que causan las IRA y las medidas más importantes en la comunidad para su prevención	Dr. Kjell Enge, Antropólogo, REACH
11:45 12:15	Estudio antropológico sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la población relacionados a IRA y su importancia para la comunicación	Lic. Virna Erazo, MSPAS
12:15 12:45	Preguntas y respuestas	
12:45 1:45	Almuerzo	

AGENDA

Hora	Tema	Ponente
1:45 2:30	Lo que puede hacer la familia cuando su niño tiene IRA y lo que puede hacer el promotor comunitario	Dr. Carlos Meléndez, Coord. Nac., MSPAS
2:30 - 3:00	Estrategias para la educación comunitaria, mensajes y métodos para mejorar la participación de la comunidad sobre IRA	Dr. Kjell Enge, Antropólogo,REACH
3:00 3:05	Ofrecimiento a las ONGs sobre Tuberculosis	Dr. Samuel Leiva, MSPAS
3:05 3:35	Preguntas y respuestas	
3:35	Clausura, entrega de diplomas, material de apoyo y refrigerio	

D:\WP51\FILES\AGENDIRA

Annex C

Plan para Apoyar a las ONGs en el Control de Neumonía

Preparado para PROSAMI

por

Lic. Michael Favin, Proyecto REACH
Dr. Adan Figueroa, Hospital Bloom, San Salvador
Dr. Kjell Enge, Consultor, Proyecto REACH

Tabla de Materias

Introducción.....1
Una Estrategia para PROSAMI.....2
    Epidemiologia.....2
    Normas.....3
    PROSAMI y las ONGs.....3
    Recomendaciones.....4
Plan de Capacitación.....5
Sistemas de Apoyo.....12
    Sistema de Información.....12
    Supervisión.....16
    Actualización.....19
Recursos Materiales Esenciales.....19
Educación para la Salud.....24

Figuras

1 - Plan de Capacitación a Promotores.....6
2 - Registro de Consultas para IRA.....13
3 - Resumen Mensual Consultas.....14
4 - Hoja de Referencia.....15
5 - Guía para Supervisión de Promotores de Salud.....17
6 - Recursos Materiales Esenciales al Nivel del Promotor.....19
7 - Tarjeta para Promotores.....21
8 - Esquema para el Uso de Antibióticos.....22
9 - Trate la Sibilancia si la Hay.....23

Anexos

A - Comentarios de Dr. Adan Figueroa y Lic. Mike Favin
    sobre el Módulo No. 6, Infecciones Respiratorias Agudas.....25
B - Guía para una Investigación Rápida de Terminologia.....27
C - Datos Básicos sobre las IRA.....30

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la causa mayor de muertes de niños en las países en desarrollo. De un total anual de 15 millones de estas muertes, el 25% a 30% se atribuye a IRA.

Las IRA incluyen muchos tipos de enfermedades que afectan los oídos, la nariz, la garganta, y los pulmones. Estas incluyen catarro, bronquitis, infecciones del oído, y neumonía. Como causa de muerte, la **neumonía** es mucho más importante que las otras IRA: ocasiona alrededor de 90% de las muertes por IRA. La neumonía constituye una amenaza seria a todos los niños abajo de 5 años de edad en El Salvador y aún más a los lactantes que tienen menos de 2 meses. Si un niño joven adquiere neumonía, él puede morir muy rápido, en pocos días.

Hay várias medidas que los padres pueden tomar para prevenir la neumonía, o mejor dicho, para bajar el riesgo que su niño se enferme con esta enfermedad:

- Mantener los recién nacidos abrigados desde el momento del parto, porque ellos pueden enfriarse facilmente y esto hace al bebé susceptible a neumonía.

- Asegurar que el niño esté completamente inmunizado porque la neumoniá puede desarrollar como una infección secundaria en algunas de las enfermedades inmunoprevenibles (especialmente de sarampión).

- Dar lactancia materna a los bebés, porque la leche materna es sumamente nutritivo y también ayuda a proteger contra muchas enfermedades. No se necesita dar ningún otro alimento antes que el niño cumpla 4 a 6 meses.

- Tratar de reducir el humo en la casa, porque un niño que respira demasiado humo puede desarrollar neumonía.

- Las embarazadas deben comer bien para que sus bebés nazcan bastante fuerte para combatir infecciones tales como la neumonía.

Si occure un caso de neumonía, un exitoso tratamiento requiere una plena colaboración de padres con trabajadores de salud. Los padres pueden hacer que el niño enfermo esté más cómodo, pero no pueden hacer nada efectivo para combatir la infección misma sin la ayuda de un trabajador de salud capacitado. Si un niño que tiene neumonía no es diagnosticado y tratado con un anibiótico apropriado, el niño corre un gran peligro de morrir.

Entonces, los padres tienen que saber cuando sea probable que su hijo tenga neumonía y no un simples catarro o gripe. La llave es poder reconocer dos signos: respiración rápida y tiraje. Si los padre notan uno de estos signos, no deben continuar con remedios caseros, sino que deben llevar el niño inmediatemente al trabajador de salud. El trabajador puede hacer un

diagnóstico más cierto y, si el niño de veras tiene neumonía, recetará un antibiótico.

Además de dar el antibiótico según las instrucciones del trabajador de salud, los padres deben poner al niño más cómodo y disminuir los efectos daninos de la infección atraves de:

- Dar líquidos adicionales, especialmente leche materna,
- Dar té, água con sal, u otras preparaciones caseras para aliviar el dolor de garganta,
- Continuar dando comida al niño enfermo y dar comida adicional cuando el niño comienza a mejorar,
- Mantener el niño abrigado, y
- Limpiar la nariz del niño si está tapada.

Si el trabajador de salud capacitado diagnostica tos o gripe y no neumonía, él dará consejos a los padres para cuidadarlo en casa y sobre los signos de peligro que la enfermedad empeora.

A veces el diagóstico es algo más serio que tos, catarro, o neumonía. En casos de neumonía grave o enfermedad muy grave, el trabajador hará referencia a un centro de referencia (generalmente un hospital) que está capacitado para tratar estos casos.

Hasta el momento, en El Salvador la capacidad de los servicios de salud para el manejo de casos de IRA varia bastante entre las instituciones, pero sin duda se necesita mucho fortalecimiento y actualización de las normas corrientes de la Organización Mundial de Salud (OMS). La estrategia recomendada por la OMS incluye medidas preventivas, pero da énfasis en el buen manejo de casos. El Ministerio de Salud Publica (MSP) está revisando sus normas para el control de IRA, con asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y pretende implementar una serie de cursos de capacitación en todas las cinco regiones en 1992.

Una Estrategia para PROSAMI

Se debe fundamentar una estrategia para PROSAMI para el control de IRA en (1) la epidemiologia de las IRA en El Salvador, (2) las normas internacionales de programas de control, y (3) los recursos humanos y materiales de PROSAMI, las ONGs, y otras institucionales colaboradores.

Epidemiologia

Las IRA son la causa de mayor morbimortalidad en El Salvador. Como en otros paises, la neumonía causa la gran mayoria de muertes por IRA, y los niños abajo de 5 años, especialmente los más jovenes, son de mayor riesgo. De todas las bronconeumonias reportadas en el país, el 78% correspondieron al niño menor de 5 años. El 60% de los niños que ingresan por neumonía mueren

21

antes de los dos dias de hospitalización, debido a la gravedad o condición crítica con que ingresan y las pocas medidas preventivas realizada en atención primaria de la salud. Esto indica la necesidad de educación y motivación de los padres, y posiblemente la necesidad de tener un tratamiento efectivo que esté disponible más cerca de la comunidad.

Normas

En base a múltiples estudios en muchos paises, la OMS ha desarrollado normas para un programa de control de IRA. Las normas son flexibles: cada pais tiene que tomar una serie de decisiones estratégicas, por ejemplo sobre cuales antibióticos se usará en cada nivel de atención, y si el nivel primario de atención estará capacitado para clasificar y tratar la sibilancia, el estridor, y las infecciones del oído.

El modelo básico funciona así. Los padres tienen que reconocer un caso de posible neumonía (al notar respiración rápida o tiraje) y llevar a su hijo inmediatemente con un trabajador de salud capacitado. Por medio de preguntas, observación, y conteo de las respiraciones, el trabajador clasifica la enfermedad como tos/catarro, neumonía, neumonía grave, o enfermedad muy grave. Dependiendo del diagnóstico, el trabajador dará consejos a los padres para cuidados en casa, tratará el niño con antibióticos, o lo referirá a un centro de referencia.

PROSAMI y las ONGs

PROSAMI tiene relaciones con mas de 100 ONGs en El Salvador, más de 80 de cuales trabajan en salud publica. PROSAMI provee asistencia técnica tanto como ayuda financiera (a 9 ONGs comenzando en 1991 y probablemente a 11 más en 1992).

La potencia de las ONGs está en trabajar en el nivel de la comunidad. La mayoria de ellos apoyan o trabajan con grupos comunitarios, y muchas ONGs capacitan a colaboradores voluntarios o promotores de la comunidad.

En visitas a varias ONGs en diciembre de 1991, se notó su excelente trabajo comunitario así como la falta de centros de referencia dentro de las ONGs (pocas tienen hospitales) y del MSP (en general, faltan medicamentos y equipo tanto como capacitación en las normas actuales).

Recomendaciones

En base a la información dada arriba, se recomienda que la estrategia de PROSAMI y las ONGs para el control de las IRA deba hacer hincapié en promover las medidas preventivas y en tratar casos de neumonía en la comunidad. Sin ofrecer un tratamiento efectivo cerca de la comunidad, las ONGs no tendrán un impacto significativo en las IRA. Se recomienda que PROSAMI:

- ayude a orientar el personal de todas ONGs en promover las medidas preventivas y

- capacite y apoye al personal médico de las ONGs (baseado en instituciones) y a aquellos promotores de salud que son bien supervisados y apoyados.

La tarea de clasificar las ONGs no es necesariamente simples. Por ejemplo, la Asociación de Mujeres Campesinas tiene 13 promotores que manejan medicamentos simples per que no tiene supervisión médica. No seria recomendado capacitar a estos promotores a tratar neumonía a no ser que la ONG arregle que un médico o una enfermera supervisione a los promotores.

PROSAMI debe prioritizar las ONGs para capacitación en IRA, dando prioridad a ellas que alcanzan las poblaciones mayores y que tiene el número mayor de personal médico y promotores que son bien superentendidos. Si es posible, el hecho de financiamiento de PROSAMI no debe ser un factor en esta prioritización.

Se puede recomendar con confianza que se dejen que los promotores tratar casos de neumonía. Promotores comunitarios que son bien apoyados han tenido un impacto el la mortalidad por neumonía en varios paises, inclusive en Jumla, Nepal, donde no había ninguna posibilidad de referencias. En el otro lado, recomendar que las ONGs en El Salvador solamente promuevan las medidadas preventivas y el reconocimiento y la referencia de casos por los padres probablemente no tendría ningún impacto significativo en la mortalidad infantil.

Todos los promotores de las ONG han tomado por lo menos el curso básico del MSP para promotores, que cubre las IRA entre muchos otros tópicos. La información sobre las IRA no contiene la clasificacion actual de la OMS para los casos de IRA y se asume que se tratan casos de neumonía en puestos o centros de salud, y no en el nível del promotor.

Muchos de los promotores de las ONG manejan botiquines de medicamentos, incluyendo antibióticos en algunos casos. Sin embargo, ellos no están capacitados en el manejo de casos estándar que recomienda la OMS/OPS y que el MSP está adoptando. Los promotores de las ONGs están bien supervisados (un médico o enfermera por 5 promotores). Sin duda, con una buena capacitación y apoyo, los promotores de las ONGs pueden tratar casos de neumonía en la comunidad.

Como manejar los casos más serios es una decisión difícil. Aunque según las normas del OMS, estos casos deben ser referidos a hospitales, en ocasiones hay barreras grandes (económicas, socioculturales, de transporte) para una referencia exitosa. Entonces, se recomienda que en los casos indicados por las normas donde la referencia es la ruta preferida, si el promotor duda que la referencia se lleve a cabo, él debe tratar el caso en la comunidad y hacer un seguimiento diario. Después de algun tiempo, si la capacidad de los centros de referencia mejore y las ONGs consigan a disminuir lar barrera a referencias, es posible que se modifique esta recomendación.

Para implementar estas recomendaciones en 1992, el PROSAMI necesita dar o programar capacitación es para aproximadamente 280 promotores y 50 supervisores de 20 ONGs en los 5 regiones de El Salvador. Además de esta

73

tarea formidable, se necesita planear los sistema de apoyo al programa -- suministros y su control, un sistema de información, supervisión, actualización, y desarrollo de mensajes y materiales educativos.

Aunque la necesidad es grande, se recomienda que PROSAMI implemente este programa tomando el tiempo requerido: primero, porque hay tanto que hacer en capacitación y establecer sistemas de apoyo, y segundo, porque al momento muchos de los hospitales en El Salvador no están preparados para tratar los casos referidos. Sin duda, esta situación mejorará durante el próximo año.

Plan de Capacitación

Las páginas siguientes contienen un plan de capacitación de los promotores de las ONGs. El plan contiene las habilidades esenciales, conocimientos esenciales, y los métodos de enseñana que parecen más apropriados. Enseñar este curso en 3 dias sería ideal, pero 2 días largas pueden ser suficientes.

Sería más fácil para PROSAMI que los promotores de los ONGs sean capacitados en cursos del MSP, pero en 1992 el MSP pretende dar cursos solamente para médicos y enfermeras. Esta capacitación ayudará a mejorar el nivel de referencia, pero significa que PROSAMI tiene que usar otra manera de capacitar a promotores.

Parece que hay dos opciones básicas para arreglar la capacitación de promotores de ONG en 1992. PROSAMI podría hacer un arreglo con el Hospital Bloom que ayudaria en dar aproximadamente 12 cursos de 2 a 3 dias, cada curso para 20 a 25 promotores y sus supervisores. El Bloom ofrece la posibilidad de tener mucha practica en casos reales. Los supervisores quedarían más un dia después del curso para promotores para un cursito sobre la supervisión y otros sistemas de apoyo y los tratamientos más sofisticados en el nivel institucional. La desventaja de esta opción es que sería cara y requeriría que el personel de las ONGs viajeren y quederan en San Salvador.

La otra opción es dar los cursos en los hospitales regionales. Esta tiene la ventaja de ser menos cara, no requerir, viajes tan largas, y dar la más oportunidad para el personal de las ONGs y del hospital se conocen mejor. Tiene las desventajas que los hospitales regionales no tendrian tantos casos de IRA y que al momento el personal de los hospitales no están bien capacitados en las normas actuales en el control de IRA.

Por lo menos al inicio del programa, la primera opción parece la mejor. Posiblemente después de 1992, PROSAMI querrá considerar cursos para promotores dados por el MSP en los 5 regiones. Aunque el módulo que el MSP tiene ahora no es completamente satisfactorio, todavía está en borrador y con algunos cambios puede servir bien. (Anexo A contiene algunos comentarios e sugerencias para este módulo.)

24

Figura 1
Plan de Capacitación a Promotores

Habilidades	Conocimientos	Métodos de Enseñanza
1. Educar en la comunidad Enseñar signos de peligro y como observarlos Motivar los padres a observar Motivar para consultar si hay una posible neumonía Enseñar a promover las medidas preventivas	Factores básicos sobre IRA Objetivos del programa Los mensajes del programa Sensibilidad a terminologia local	Discursos Discusiones Practica de madres con sus hijos Practica simulada Repaso de "Datos Basicos" y el pamfleto de la OMS sobre IRAs
2. Diagnosticar Preguntar: Por que trajó el niño? Que edad tiene el niño? El niño tose? Por cuanto tiempo? El niño puede beber? (3 meses a 5 años) El bebé continua a comer bien? (< 2 meses) Ha tenido fiebre? Por cuanto tiempo? Ha tenido convulsiones o ataques?	El significado de las preguntas y respuestas La interpretación en cada comunidad de las palabras y conceptos usadas en IRA	Discusión de cada pregunta Practica de madres con sus hijos Practica simulada
Observar y escuchar: Contar las respiraciones en 1 minuto Observar si hay tiraje Observar y escuchar si hay estrido Observar y escuchar si hay sibilancia. Es recurrente? Observar si el niño es anormalmente somnoliento Tocar al niño para ver si hay fiebre o medir la temperatura Observar si hay desnutrición severa	Saber reconocer todos estes signos Usar reloj o cronómetro Quitarle la ropa Mantener tranquilo al niño Saber contar respiraciones por 1 minuto Saber como interpretar el número de respiraciones para la edad Saber como ler y entender el esquema OMS y la tarjeta laminada	Video del OMS Practica en niños enfermos de IRA Discusión Practica en interpretar el esquema OMS
3. Clasificar la enfermedad como: Neumonía Neumonía grave Enfermedad muy grave No neumonía (tos/catarro)	Usar correctamente los esquemas de frequencia respiratoria para cada edad Saber como ler y entender el esquema OMS y la tarjeta laminada No olvidar usar el esquema especial para el lactante menor de 2 meses	Discusión Practica en niños enfermos de IRA Video Practica en interpretar el esquema OMS

25

4. Tratar la enfermedad Si es neumonía, recete un antibiótico Explicar muy claramente como preparar la medicina, como darla, con que frequencia, por cuanto tiempo, sobre posibles efectos secundarios Dar énfasis en la necesidad de tomar toda la medicina Dar énfasis en la necesidad de volver después de 2 dias Llenar un guia sobre la medicina y darlo a los padres Usar acetaminofen para fiebre Preguntar si la madre tiene dudas Explicar las medidas de apoyo, motivar que las siga, y enseñar como, si es necesario	Conocer la lista de medicamentos Saber como usar el guia de recetar Saber como discongestionar la nariz y como bajar una temperatura alta Saber como completar el guia sobre la medicina para los padres Conocer las medidas de apoyo: *Motivar al niño a comer normalmente *Continuar lactancia materna con frequencia *Dar líquido abundante *Como discongestionar la nariz tapada *Como bajar la temperatura *Como aliviar una garganta dolorida o tos Pedir a la madre que traga el niño si empeora o no mejora, si comienza respiración rápida o tiraje, o si no puede beber	Practica simulada Practica con niños enfermos y sus madres Practica con el esquema OMS y el guia de recetar
Si es neumonía grave o enfermedad muy grave: Referir al niño urgentemente al hospital Darle la primera dosis de antibiótico Usar acetaminofen para fiebre Pedir una consulta de seguimiento después del regreso del hospital Si el promoter duda que la madre vaya al hospital, tratar el niño con antibiótico, con consulta diaria Insistir en una referencia inmediata si el niño no mejora	Como hacer un referencia Como llenar la ficha de referencia Saber como llegar al hospital y los trámites del hospital (donde presentarse, todos pasos de admisión) Saber como responder a las dudas de la Saber como discutir la referencia con la madre	Discutir estas habilidades y practicarlas en practica simulada Al regresar del curso, el personal de cada ONG debe visitar su hospital de referencia para conocer los trámites y coordinar las referencias
Si el niño tiene solamente tos/catarro: Explicar los cuidados en casa Explicar las medidas de apoyo	Conocer consejos y saber explicarlos a la madre Promover medicinas caseras que no produzcan daño Conocer y saber explicar medidas de apoyo y practicas importantes para prevenir IRA	Discusión Practica simulada

5. Hacer seguimiento de la primera visita En caso de neumonía: Asegurarse de hacer un control de los 2 dias Verificar que continua tomando el antibiótico Evaluar si ha mejorado, está igual o peor Si es neumonía grave o enfermedad muy grave: Verificar que el niño fue al hospital y está recebiendo tratamiento Hacer énfasis en un control a la salida del hospital Recomendar la continuidad del tratamiento	Conocer los procedimientos de la consulta de seguimiento	Discusión Practica simulada
6. Mantener y usar el sistema de información Llenar el registro de casos de IRA Completar el resumen mensual Estar preparado a discutir los formularios y resumenes con el supervisor	Entender que quiere decir cada columna y como llenarla Saber como hacer las tabulaciones y completar el resumen Practica simulada de discusiones con el supervisor	Discusión Practica en llenar formularios usando infomación de casos hipoteticos Practica simulada con el supervisor
7. Mantener medicamentos y cronómetro Mantener los medicamentos en un lugar seco y fresco Informar al supervisor si se está acabando un medicamento o si el cronómetro no está funcionando bien	Conocer como mantener los medicamentos	Discusión

Figure 1:

Training Plan for Promoters/Supevisors

Skills	Knowledge	Teaching Methods
1. Educate in the community -Teach danger signs and how to observe them -Motivate parents to observe them -Motivate parents to bring child to trained health worker if signs observed -Teach and promote preventive actions	-Basic facts about ARI -Program objectives -Behavior-change messages	-Lectures -Discussions -Practice with real mothers and children -Role plays -Review handout on "basic facts" and WHO ARI booklet
2. Diagnose Ask: -Why did you bring the child? -How old is the child? -Is the child coughing? For how long? -Is the child able to drink? (2 months-5 years) -Has the baby stopped feeding well? (<3 months) -Has the child had fever? For how long? -Has the child had convulsions?	-The significance of the questions and answers -The community's terms and concepts related to ARI	-Discussion of each question -Practice with real mothers and children -Role plays
Look/listen -Count the breaths in one minute -Look for chest indrawing -Look and listen for stridor -Look and listen for wheeze Is it recurrent? -See if the child is abnormally sleepy or difficult to awaken -Feel for fever or low body temperature (or measure temp.) -Look for severe malnutrition	-Know how to recognize all of these signs -Know how to use the timer -Know to undress the child -Know how to keep the child calm -Know how to count breaths for one minute -Know how to interpret number of breaths for the child's age -Know how to read and understand WHO charts and laminated cards	-WHO video -Practice with real children -Discussion -WHO charts and laminated cards
3. Classify the disease as: -Pneumonia -Severe pneumonia -Very severe disease -Cough/cold (not pnuemonia)	-Know how to interpret information from diagnosis -Know how to read and understand WHO charts and laminated cards -Remember the special scheme for infants < 3 months	-WHO video -Practice with real chldren -Discussion -WHO charts and laminated cards

28

4.	Treat the disease: -If it is pneumonia, presribe an antibiotic -Explain very clearly to mother how to cut or mix the antibiotic how to give, how often, for how long, about common side effects -Emphasize the need to complete the entire course -Emphasize the need for return visit after 2 days -Fill out simple Rx form -Give mother completed Rx form -Ask if the mother has questions -Use acetaminophen for fever -Tell the mother about support measures, motivate her to follow them, and teach her how if necessary	-Know how to use the list of medicines -Know how to use the prescribing guide -Know how to clear a stuffed nose and how to bring down a high temperature -Know how to fill out Rx form -Know the support measures: *Encourage child to eat normally *Nurse the infant frequently *Give abundant liquid *How to clear a stuffed nose *How to lower the temperature *How to soothe a sore throat/ relieve cough -Ask the mother to return if the child worsens or doesn't improve, develops rapid breathing or chest indrawing, or cannot drink.	-Practice with real mothers and children -Role plays -WHO charts and program prescribing guide
	-If it is severe pneumonia or very severe disease -Refer the child immediately to a hospital -Fill out the referral form -Give first dose of antibiotic -Use acetaminophen for fever -Ask the parent to bring the child back after returning from the hospital -If the promoter believes that the mother will not go to the hospital, treat child with antibiotic, checking on child daily -Insist on an immediate referral if the child is not improving	-Know what to explain to the mother about referral -Know how to fill out the referral form -Know ways of getting to the referral facility and the hospital procedures -Know all the steps to admit a child -Know how to respond of any question the mother might have -Know how to talk about the referral with the mother	-Discuss this skills -Practice them in role plays -On return from the training, the PVO staff should visit the referral facility
	If the child has only cough/cold -Explain home care to the mother -Explain the support measures (see above)	-Know recommended practices and how to explain them to the mother -Promote traditional home care measures that are not harmful -Know and be able to explain support measures and important practices for preventing ARI	-Discussion -Role plays

5. Follow up the first consultation -For pneumonia: -Make sure to see the child again after 2 days -Verfiy that the child is still taking the antibiotic -Evaluate if the child has improved, stayed the same, or worsened -For severe pneumonia or very severe disease -Verify that the child went to hospital and is being treated -Emphasize a return visit after leaving the hospital	-Know the procedures for the follow-up visit -Know what to do depending on the child's status	-Discussion -Role plays
6. Maintain and use the information system -Fill out the registry form for every ARI visit -Complete the monthly summary -Discuss these forms with the supervisor	-Know what each column means and how to fill it in -Know how to make tabulations and complete the summary	-Discussions -Practice filling out forms using hypothetical cases -Role plays with supervisors
7. Maintain medicines and timer -Keep the medicines in a dry and protected place -Inform the supervisor if supplies are low or the timer is not functioning well	-Know how to keep the medicines	-Discussions

Sistemas de Apoyo

Sistema de Información

El sistema de información es el fundamento de monitoreo y evaluación. Es sumamente importante que los formularios sean simples y que nadie recoja información que no sea usada. Se sugiere solamente tres formularios para los promotores: un registro de casos de IRA, una tabulación mensual de consultas para IRA, y una hoja de referencia. Un repaso del registro y tabulación seria una actividad principal en visitas de supervisión. Es de manera importante el área en que el promotor necesita actualización y anotar patrones que se necesita investigar. Por ejemplo, si nota que pocos lactantes abajo 2 meses tienen consultas por IRA, hay que investigar las razones. También una proporción de diagnósticos muy fuera de la esperada seria una razón de investigar más. Se encuentra estes tres formularios en las páginas sigientes.

Figura 2:
Registro de Consultas para IRA

Promotor _____ Comunidad _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Niño	Edad (en dias o meses)	Fecha de la Consulta (note si la vez o visita subsequente)	Diagnóstico (tos/catarro, neumonía, neumonía grave, enfermedad muy grave)	Tratamiento (nombre del antibiótico)	Lugar de referencia	Resolución del caso (si murió, ponga la fecha)	Comentarios

Figura 3:
Resumen Mensual de Consultas para IRA

Promotor	Comunidad	Mes	Año

	NUMERO DE NIÑOS < 2 MESES	NUMERO DE NIÑOS 2 MESES - 4 AÑOS
TOS/CATARRO		
NEUMONIA		
NEUMONIA GRAVE		
ENFERMEDAD MUY GRAVE		

37

Figura 4:
Hoja de Referencia

Nombre: _____

Edad: _____

Dirección _____

Referido por _____

Signos notados:

Frequencia respiratoria aumentada: Sí _____ No _____

Número de respiraciones por minuto: _____

Tiraje: Sí _____ No _____

Otros signos:

Diagnóstico Probable:

Neumonía _____

Neumonía Grave _____

Enfermedad Muy Grave _____

Medicamiento Administrado:

Nombre y Número de Dosis

Antibiotico: _____

Salbutamol: _____

Acetaminofen: _____

Otros: _____

_____ _____ de _____ 199__
Lugar

_____
Firma del Promotor

34

PROSAMI y las ONGs ya tienen un sistema de información para el control de drogas, suministros, y equipamiento. Entonces, este aspecto del programa de IRA sería incorporado en el sistema existente.

Supervisión

Los actuales supervisores de las ONGs superentenderán el programa de control de IRA durante sus visitas normales de supervisión. Como fue dicho, una actividad sería una revisión en conjunto del registro y tabulación de casos.

Se estima que en promedio, 40 casos de neumonía ocurren en el área de un promotor en un año. Es bien posible, entonces, que en el dia de una visita de supervisión, habrá pocas o ninguna consulta para IRA. Si hay una o más consultas, el supervisor debera observar las acciones del promotor en detalle. En las próximas páginas se encuentra con un guía para este fin.

Figura 5:
Guía para la supervisión de Promotores de Salud

Localidad: Promotor:
Organización: Supervisor:
Fecha:

1. Realiza educación adecuadamente? Sì _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

2. Conoce e identifica los signos esenciales de neumonía, neumonía grave, o enfermedad muy grave? Sí _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

3. Clasifica correctamente las infecciones respiratories? Sí _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

4. Usa adecuadamente los antibióticos? Sí _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

5. Explica y enseña a los padres el uso de antibióticos y los días de tratamiento? Sí _____ No _____

6. Realize los controles al tiempo indicado? Sí _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

7. Hace las referencias adecuadamente? Sí _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

36

8. Elabora los informes satisfactoriamente: Sí _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

9. Conserva los medicamentos en un lugar seguro y adecuado?
Sí _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

10. Conoce y mantiene buena relación con el centro de referencia?
Sí _____ No _____

Comentarios:

Sugerencias:

11. Se acuden el número de casos de IRA esperado al promotor?
Sí _____ No _____ Si no, por qué?

Comentarios:

Sugerencias:

12. Según el promotor, que problemas tiene en cumplir todas sus tareas en relación al control de neumonía?

Otras observaciones o comentarios:

_____
Firma del Supervisor

_____
Firma del Promotor
[reconoce que leyó esta hoja]

21

Actualización

Se recomienda que cada ONG actualize a sus promotores en el reconocimiento y tratamiento de las IRA dos veces por año. La actualización también debe cubrir las áreas identificados como debiles en visitas de supervisión y también cambios en normas, nuevos materiales educativos, etc.

Esta actualización puede ser realizada por los supervisores de la ONG, posiblemente con ayuda de PROSAMI. La jornada de capacitación tendrá una duración de 4-6 horas.

Recursos Materiales Esenciales

Se calcula que en la área de cada promotor, ocurrirán 40 casos de neumonía en un año. (Las 9 ONGs que PROSAMI apoya tienen una población promedia de 16,201 habitantes. Si hay 280 promotores, 20% de la población son niños abajo de 5 años, y 20% de éstos se enfermarán de neumonía en un año, serían 46 casos anuales por promotor.) Claro que el promotor no verá todos los casos, pero también es probable que el promotor use algún antibiótico para adultos. Para comenzar, entonces, se recomienda que PROSAMI provea de antibioticos para tratar 50 casos anuales de neumonía por cada promotor. Los promotores necesitarán más antibiótico en la época de alta incidencia (noviembre a febrero). Las ONGs tienen que monitorear el suministro de medicamentos para ver si se necesita hacer ajustes.

Figura 6:
A. Recursos Materiales Esenciales a Nivel del Promotor

1. Botiquin médico

Para las IRA:
- Antibiótico: Trimetoprin-Sulfa - 40 mg + 200 mg/5ml (100 ml)
- Antipiretico: Acet[Aaminofen jarabe - 100 ml (160mg/5ml)

Para otras condiciones comunes:
- Suero oral
- Antiparisitarios
- Uso dermatologico (lociónes, cremas)
- Alcohol
- Algodon
- Gasas esteriles
- Esparadrapo
- Jabon antiseptico
- Mertiolate

2. Papeleria

- Hojas de registro de consultas
- Hojas de informe mensual

58

- Hojas de referencia
- Listado de medicamentos
- Esquema para uso de antibioticos

3. Cronómetro

B. Recursos Materiales Esenciales a Nivel Institucional

1. Botiquin médico

Para las IRA:
- Antibióticos: Trimetoprin-Sulfa - 40 mg + 200 mg/5ml (100 ml)
  Penicilina Procaínica - inyecciones - un frasco de 4.000,000. U.
- Broncodilador: Salbutamol o Albuterol jarabe - 2mg/5ml (100 ml) y aerosol presurizado
- Antipiretico: Acetaminofen jarabe - 100 ml (160mg/5ml)
- Jeringas descartables de 2-3 y 5 cc

Para otras condiciones comunes:
- Suero Oral
- Antiparisitarios
- Uso dermatologico (lociones, cremas)
- Alcohol
- Algodon
- Gasas esteriles
- Esparadrapo
- Jabon antiseptico
- Mertiolate

2. Papeleria

- Hojas de registro de consultas
- Hojas de informe mensual
- Hojas de referencia
- Listado de medicamentos
- Esquema para uso de antibioticos

3. Cronómetro

El promotor tiene mucha responsibilidad en el propuesto programa de control de neumonía. Para ayudar al promotor, PROSAMI y los ONGs deben suministrar materiales de referencia técnica. Estes incluyen las cartas de la OMS/OPS sobre el diagnóstico y manejo de casos de IRA, guías para el uso de antibióticos, y una tarjeta laminada en plástico que el promotor siempre puede llevar consigo. En las próximas páginas se encuentra con borradores de guías para el uso de antibióticos y la tarjeta con información básica para diagnosticar y tratar.

Se recomienda que PROSAMI provea cronómetros para ayudar en el conteo de respiraciónes. Estos harán el conteo más cierto y darán más importancia a la actividad.

También el promotor necesita muchos materiales educativos para apoyar sus muchas actividades y decisiones en el control de IRA. PROSAMI puede sugerir materiales de esta naturaleza.

Figura 7:
Tarjeta para Promotores

[Lado 1]

DIAGNOSTICO DE NIÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

NEUMONIA GRAVE	NEUMONIA	NO NEUMONIA TOS O CATARRO
Tiraje (para 2 meses-4 años) Tiraje grave (menor de 2 meses) Respiración rápida: 60 ó más/menor de 2 meses 50 ó más/de 2 a 11 meses 40 ó más/de 1 a 4 años	No tiraje Respiración rápida: 50 o más/de 2 a 11 meses 40 ó más/1 a 4 años	No tiraje No respiración rápida

[Lado 2]

TRATAMIENTO DE NIÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

NEUMONIA GRAVE	NEUMONIA	NO NEUMONIA TOS O CATARRO
Refieralo urgentemente al hospital Dele buenas instrucciones y explicaciones Dele la hoja de referencia Dele la 1a dósis de antibiótico	Dele antibiótico apropriado Dele acetaminofén si hay fiebre Explíque cuidados en casa y pida un control en 2 días	Explíque cuidados en casa Desobstruir la nariz con gotas de água con sal Dele acetaminofén si hay fiebre

Figura 8:
Esquema para el Uso de Antibióticos

	TRIMETROPRIM SULFA SUSPENSION 40MG/200MG (promotores y instituciones)	**PENICILINA PROCAINICA 4 MILLONES EN 10 CC** (1 cc = 400,000 unidades) (solamente en instituciones)
Frequencia	2 veces al día	1 vez al día
Duración	5 días	5 días
Por peso o edad		
Menor de 2 meses (menos de 5 kg)	2.5 ml	200,000 unidades (1/2 cc)
De 2 a 11 meses (6-9 kg)	5 ml	400,000 unidades (1 cc)
De 12 meses a 4 años (10-19 kg)	7.5 ml	800,000 unidades (2 cc)

Figura 9:
Trate la Sibilancia si la Hay
(solamente en instituciones)

TRATE LA SIBILANCIA SI LA HAY

Si no hay tiraje : *Salbutamol Jarabe cada 8 horas por 1 semana.*

6 meses a 1 año	=	*1 ml. (1 gotero).*
1 año a 3 años	=	*Media cucharadita.*
Mayor de 3 años	=	*1 cucharadita ó 0.15 mg/kg/dósis.*

Si hay tiraje : *Salbutamol en Nebulización, aerosol.*

Salbutamol solución para respirador en nebulización	=	*1 gota por cada 2 kg. hasta 10 gotas ó 0.03 cc/kg/dósis en 3 cc de SSN.*
Salbutamol aerosol presurizado, con espaciador	.	*2 inhalaciones cada 8 a 6 horas*

Alternativa :

Adrenalina	=	*0.01 cc/kg/dósis subcutánea.*

Evaluar respuesta en 20 minutos. Repetir 3 dósis si es necesario.

Si persiste con tiraje: *Referirlo al Hospital.*

Si mejora: *Continuar con Salbutamol por una semana más.*

D:\015EGA

Educación para la Salud

La mayoria de las ONGs ya están promoviendo las actividades preventivas para las IRA. Claro que deben continuar y fortalecer estas actividades.

En la estrategia de manejo de casos, hay muchos practicas que los padres tienen que cumplir. Los más importantes son: entender que deben observar su hijo con IRA para ver si tiene uno de los signos de peligro; poder determinar si hay un signo; tener voluntad de llevar su hijo inmediatamente al promotor o clinica; seguir el consejo del trabajador de salud para dar el antibiótico, cuidados en casa, o ir al hospital; dar todo el antibiótico al niño aunque se sienta mejor después de pocos dias.

Para cumplir su papel crítico, los padres necesitan habilidades, conocimiento, y motivación. Las ONGs pueden comunicar estas cosas por medio de reuniones, clubes, clases de alfabetización, visitas domiciliarias, y consultas médicas.

El lenguaje en comunicación es muy importante. PROSAMI y las ONGs tienen que estar siempre conciente de que los términos y conceptos de medicina y salud publica son muy diferentes de los de la comunidad. Un estudio KAP patrocinado por USAID contiene mucha información importante a respecto, pero las clasificaciones de IRA han cambiado de modo que se necesita más investigación.

Adjunto (Anexo B) hay una metodologia propuesta que cada ONG puede usar para aprender más sobre términos, conceptos, y tratamientos locales. Cada ONG puede organizar una o más discusiones con madres sobre estos tópicos. La idea es poder dar sinónimos locales para los conceptos médicos que se usan (como neumonía o pulmonia) y también para poder incorporar practicas tradicionales que no hacen daño.

Después de estos estudios rápidos, representantes de las ONGs podrian reunirse para discutir los resultados y sus implicaciones en los mensajes a la comunidad.

Anexo C contiene los datos esenciales sobre las IRA para promotores y padres. Es la tarea de cada ONG de convertir esta información a mensajes que usen términos y conceptos que los padres entiendan y que sugeran practicas factibles a seguir.

Anexo A:

Comentarios de Dr. Adan Figueroa y Lic. Mike Favin sobre el Módulo No. 6 - Infecciones Respiratorias Agudas

Hemos estudiado este módulo en el proceso de planear un programa de control de las IRA para PROSAMI. En nuestra opinión, el módulo es bien diseñado en general pero puede estar más efectivo y consistente con algunas modificaciones.

Favoreceríamos un mejor enfoque en la neumonía y no en IRAs en general. (No se puede olvidar que la neumonía causa 90% de las muertes de IRA.) Sería preferible llamar el módulo "neumonía y otras infecciones respiratorias" y talvez no usar la expresion "IRA".

p. 3 - use muerte en vez de defunción

p. 5 - talvez corte actividad 3. Esta información no es esencial.

p. 6 - "Por lo tanto, en los paises en desarrollo mueren cuatro veces mas niños por neumonía que en los desarrollados" no es cierto. La tasa es 4 veces más, no el número de muertes.

p. 7 - use cigarro en vez de cigarillo; "...bronquitis y también quien está cerca del fumador." Puede también mencionar el humo de la quema de basura.

p. 9 - "quiere saber cómo determinar cuando alguno de ellos tiene IRA." Saber si tiene IRA no es importante. Tiene que enfocar en neumonía.
¿En el esquema de clasification, no se puede dar la opción para neumonía para que el promotor de salud trate en la comunidad?

p. 10 - Cuando habla de sibilancias, se puede mencionar que el pueblo usa las expresiones chillido o hervor de pecho.

La información sobre respiración rápida usa 50 veces/minuto sin referencia a la edad del niño. ¿Por qué no use el esquema actual de 60 veces para < 2 meses, 50 para 2-11 meses, y 40 para 1-4 años?
[A
Para usar el término actual, diga enfermedades muy graves en vez de enfermedades severas.

p. 11 - Para neumonía y neumonía grave, las normas actuales sugeren el tratamiento de sibilancia si está presente (con salbutamol).

Debe reexaminar en vez de Si es posible, reexamine....

p. 12 - 7 dias de tratamiento en vez de 5. En la reexaminación agrege, ¿se preparó adecuadamente el medicamento? ¿y se dió las dosis indicadas?

Use preparaciones caseros en vez de infusiones caseras.

44

p. 13 - Corte "en el puesto de salud" porque también puede ser tratado en la comunidad por un promotor bien capacitado y supervisado.

p. 14 - Mencione la importancia de hervir el água.

En la parte de destapar la nariz: necesario en vez de necerio y utilizar en vez de utilizr.

p. 15 - En la parte sobre descarga nasal, puede explicar como diagnosticar la sinusitis.

El cuadro debe explicar cuando referirlo con especialista de oídos (otorrinolaringologo)

p. 16 - En el fin del cuadro sobre neumonía, agrege "y realizar un control 2 dias después de la salida del hospital."

p. 19 - No está claro que quiere decir caso moderado.

Dudamos que usar el radio sea suficientemente exacto.

No es necesario que el niño se despierte.

Debe hacer el cuadro sobre frequencia respiratoria de nuevo usando las normal actuales (véa comentario sobre p. 10)

No use IRA moderada o grave.

p. 20 - Use neumonía en vez de IRA moderadas y graves. El esquema no indica el tamaño de los comprimidos ni el número de días. ¿Por qué no usa una suspensión.?

p. 21 - Ejercicio 1 - No da la edad del niño.

El manual no explica como tratar infecciones de oído.

Anexo B:

Gúia para Investigación Rápida de Terminologia

Objetivo: Aprender los términos y tratamientos típicos en la comunidad para poder diseñar mensajes educativos que la gente entienda bien y que son faciles de cumplir.

Método: Organizar una discusión entre 6 a 10 madres de niños < 5 años. La discusión durara una a dos horas. Un moderador asegura que la discusión cubra todos los tópicos importantes y que todas las madres participen. Un papel sumamente importante del moderador es de hacer preguntas de seguimiento de algunos comentarios -- preguntas para esclarecer o explicar comentarios interesantes, y también para aprender si todas las mujeres están de acuerdo o si hay variedad de opiniones. Si la ONG trabaja en áreas rurales tanto como urbanas, ella debe organizar una o mas discusiones en cada tipo de comunidad.

Preguntas para discutir:

1. ¿Conocen Uds. la expresión "infecciones respiratorias"[B? ¿Qué quiere decir? ¿La gente conoce esta expresión? ¿Si no, tienen otra expresión para el mismo concepto?

2. ¿Conocen Uds. la expresion "IRA"? ¿Qué quire decir? ¿La gente usa esta expresión?

[Estas primeras preguntas son para aprender si la gente entiende los términos "IRA" e "infecciones respiratorias". Si no, los mensajes no deben incluir estas expresiones, que no son realmente essenciales para enseñar las prácticas importantes.]

3. El niño a veces se presenta con los síntomas y signos siguientes: mocoso, calentura, estornudos, dolor de cabeza, no quiere jugar, y se pone llorón. ¿Qué condición o enfermedad tiene un niño con todos o algunos de estos síntomas? ¿Hay otros signos o síntomas de esta enfermedad (use el nombre que las madres usan)? ¿Cúales son? ¿Qué causa esta enfermedad? ¿Lo consideran una enfermedad séria? ¿Por qué? ¿Cómo se le trata?

[Estas preguntas son para verificar si los síntomas encontrados en la investigación KAP para catarro, gripe, moquera, y resfrío son los mismos que la gente usa en esta localidad. También para ver el nombre preferido para la enfermedad, para que los mensajes puedan incorporar estos términos. Queremos conocer los tratamientos para poder promover los que son buenos y desanimar cualquiera que sea peligroso.]

4. El niño a veces se presenta con los síntomas s[Ciguientes: mucha tos y flema que a veces causa asco, dolor de cabeza, no quiere comer, se pone triste o lloroso. ¿Qué condición o enfermedad tiene un niño con todos o

algunos de estos síntomas? ¿Hay otros signos o síntomas de esta enfermedad? ¿Cúales son? ¿Qué causa esta enfermedad? ¿Lo consideran una enfermedad séria? ¿Por qué? ¿Cómo se le trata?

[Igual a 3 para tos]

5. El niño a veces se presenta con los síntomas siguientes: fiebre alta (calenturones), mucha tos, mucha flema que hace ruido en el pecho, cansansio, trancado de la garganta. ¿Qué condición o enfermedad tiene un niño con todos o algunos de estos síntomas? ¿Hay otros signos o síntomas de esta enfermedad? ¿Cúales son? ¿Qué causa (nombre)? ¿Lo consideran una enfermedad séria? ¿Por qué? ¿Cómo se le trata?

[Igual a 3 para catarro de pecho o hervor de pecho]

6. ¿Conocen Uds. una enfermedad llamada "bronquitis"? ¿Cuáles son los signos o síntomas? ¿Qué causa la bronquitis? ¿Lo consideran una enfermedad séria? ¿Por qué? ¿Cómo se le trata?

[Queremos ver si la gente conoce esta expresión y hasta que punto corresponde a una de las classificaciónes de IRA. Esto es importante para ver si y como la expresión debe ser usada en mensajes.]

7. ¿Conocen Uds. una enfermedad llamada "neumonía"? ¿Cúales son los signos o síntomas? ¿Qué causa la neumonía? ¿La consideran una enfermedad séria? ¿Por qué? ¿Como se le trata? ¿"Neumonía" es lo mismo que "pulmonia"? ¿Si es diferente, cómo? ¿Si es igual, cúal nombre Uds. usan más?

[Ya sabemos que vamos a utilizar una de estas expresiónes en los mensajes, pero tenemos que ver si la gente las conoce, cúal se prefiere, la definición popular, y que términos el mensaje debe llevar para explicar que quiere decir neumonía o pulmonia.]

8. ¿Qué quiere decir "respiración rápida"? ¿Cómo se puede saber si un niño tiene respiración rápida? ¿Qué otro nombre usan Uds. para eso? ¿Es igual a "cansancio" o es diferente? ¿Si un niño está enfermo, las madres muchas veces notan la respiración? ¿Cómo? ¿La respiración rápida es un síntoma de alguna enfermedad específica? ¿Cuál? ¿Por qué? ¿La respiración rápida indica una enfermedad séria? ¿Por qué? ¿Qué debe hacer la madre si su niño tiene respiración rápida?

[Igual a 7]

9. ¿Qué quiere decir "tiraje" o "tiraje de costillas"? ¿Cómo se puede saber si un niño tiene tiraje? ¿Qué otro nombre usan Uds. para eso? ¿Si un niño está enfermo, la madre otra si tiene tiraje? ¿El tiraje es un signo de alguna enfermedad específica? ¿Cuál? ¿Por qué? ¿El tiraje indica una enfermedad séria? ¿Por qué? ¿Qué debe hacer la madre si su niño tiene tiraje?

[B
[Igual a 7]

41

10. ¿Qué quiere decir "antibiótico"? ¿Para qué se usa un antibiótico? ¿Se usa para catarro o gripe? ¿Creen Uds. que los antibióticos son efectivos? ¿Por qué? ¿Cómo tiene que tomar un antibiótico, i.e. várias veces por dia, por várias dias? ¿Se puede dejar de tomarlo cuando el niño se siente mejor? ¿Por qué? ¿Es importante acabar con todo el antibiótico? ¿Por qué?

[Igual a 7]

Anexo C:

Datos Básicos sobre la IRA

Introdución

Este documento contiene datos básicos sobre las IRA para personal de salud tanto como para padres. Esta información es muy general y debe ser adaptada para lugares específicos. Estos datos pueden ser enseñados en consultas médicas, escuelas, clases de alfabetización, reuniones, y comunidades. Aunque estos datos constituyen la base de mensajes dirigidos a cambiar prácticas, en su forma actual, ellos no deben ser usados con este fin. Mensajes dirigidos a cambios en prácticas deben ser diseñados por cada programa en base de una investigación local. Estos mensajes contienen tres elementos:

- prácticas simples y factibles que se recomiendan,
- exposiciones motivacionales, y
- declaraciones que combatan las barreras economicas, socio-culturales, o practicas a cumplir con la práctica.

Datos Básicos

¿Qué son las infecciones respiratorias agudas (IRA)?

Las infecciones respiratorias agudas incluyen muchos tipos de enfermedades que afectan los oídos, la nariz, la garganta, y los pulmones. Algunos ejemplos son el catarro, la bronquitis, infecciones del oído, y la neumonía.

¿Cúal tipo de IRA es el más peligroso a los niños jovenes?

La neumonía (o pulmonia) es una enfermedad muy seria que causa la muerte de muchos niños jovenes. En muchos paises, incluyendo El Salvador, la neumonía es una de las causas más importantes causas de muerte de niños.

¿A cúales niños la neumonía amenaza más?

La neumonía es una amenaza séria en todos los niños abajo de 5 años de edad y aún más a los lactantes que tienen menos de 2 [Bmeses. Si un niño joven adquiere neumonía, el puede morrir dentro de pocos dias.

¿Qué pueden hacer los padres para prevenir la neumonía?

No hay una manera garantizada para prevenir la neumonía, pero se puede bajar el riesgo al cumplir los siguientes acciones:

- Mantener los recién nacidos abrigados desde el momento del parto, porque ellos pueden enfriarse facilmente y esto hace al bebé susceptible a neumonía.

41

- Asegurar que el niño está **completamente inmunizado**, porque la neumonía puede desarrollarse como una infeccioón secundaria a algunas de las enfermedades inmuno-prevenibles.

- Dar lactancia materna a los bebes, porque la leche materna es sumamente nutritiva y también ayuda a proteger contra muchas enfermedades. No se necesita dar ningún otro alimento antes que el bebé cumpla 4 a 6 meses.

- Tratar de **reducir el humo** en la casa, porque un niño que respira demasiado humo puede desarrollar neumonía.

- **Las embarazadas deben comer bien** para que sus bebés nazcan bastante fuerte para combatir infecciones tales como la neumonía.

¿Si un niño se desarrolla la neumonía, éste se puede tratar?

Sí. Los padres pueden hacer que el niño enfermo esté más cómcdo, pero ellos tiene que entender que la infección misma puede ser tratada solamente por un promotor u otro trabajador de salud capacitado. Si un niño que tiene neumonía no es diagnosticado y tratado por un promotor capacitado, el niño corre un grande peligro de morrir.

¿Cómo saben los padres si su hijo tiene neumonía?

Para evitar la muerte de niños por neumonía, padres y personal de salud tiene que trabajar mano a mano. El personal de salud puede diagnosticar y tratar esta enfermedad, pero primero los padres tiene que notar los signos de la enfermedad, y después llevar al niño a un promotor capacitado. Los padres deben sospechar neumonía si su hijo tiene uno de los siguientes signos:

- respiración rápida

- tiraje.

¿Si los padres piensan que su hijo tiene uno de estos signos, ellos deben hacer algo en casa primero, antes de llevar el niño al promotor capacitado?

No. Tan pronto como notan uno de los signos de peligro, los padres deben llevar el niño **inmediatemente** al promotor capacitado que puede hacer un diagnostico más exacto y dar antibiótico si el niño de veras tiene neumonía.

¿Qué puede hacer los padres si su hijo tiene gripe o catarro pero no tiene un signo de neumonía?

La primera cosa es mantenerse vigilante de los signos de neumonía. Además de eso, los padres deben poner al niño más cómodo y ayudar combatir los efectos daninos de la infección atraves de:

- dar líquidos adicionales, especialmente leche materna,

- dar té, água con sal, u otras preparaciones caseras para aliviar la tos o dolor de garganta,
- continuar dando comida al niño enfermo y dar comida adicional cuando el niño comienza a mejorar,
- mantener el niño abrigado, y
- limpiar la nariz del niño si está tapada.

¿Cuándo los padres traen un niño con posible neumonía al promotor capacitado, qué pude hacer el promotor?

Al examinar el niño y hacer preguntas, el promotor capacitado puede decidir si el niño tiene neumonia. Si se diagnostica neumonía, el promotor recetará un **antibiótico** para el niño. Si el niño tiene alguna otra enfermedad, el promotor dará consejos a los padres.

¿Los antibioticos siempre son efectivos al tratar la neumonía?

En la grande mayoria de casos los antibioticos acaban con la neumonía, pero los padres tienen que traer el niño antes que la neumonía se desarrolle demasiado, y ellos tiene que dar al niño medicina para **todos** los dias recomendados (generalmente 7 a 10 dias). Aunque el niño se sienta mejor después de comenzar con el antibiótico, él tiene que **terminar** con toda la medicina o la neumonía empeora.

¿Los promotores capacitados pueden tratar todos los casos de neumonía?

Los promotores capacitados pueden tratar la grande mayoria de casos de neumonía. Sin embargo, es posible que los promotores locales recomienden que algunos niños sean tratados en el hospital. Éstos son los niños más jovenes o más enfermos. La mayoria de niños con neumonía puede ser tratados con éxito en casa al tomar los antibioticos recomendados.