

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLÍNICO GENERAL INTEGRAL DE FLORENCIA

“DR. MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA”

**COMPORTAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN
EL CÍRCULO INFANTIL “HIPÓLITO DELGADO” DE FLORENCIA**

AUTORA: Lic. Madeleine Ismara Mendoza Sánchez

Residente de II Año de Enfermería Comunitaria

TUTOR: Dra. Suleidy Sánchez Franco

Especialista de primer grado en Medicina General Integral

ASESOR: MSc. Nivelio Herrera Guevara

**Psicopedagogo y Profesor Asistente de la Sede Universitaria
Florencia**

Trabajo para optar por la especialidad en Enfermería Comunitaria

FLORENCIA

2011

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de identificar las características clínico epidemiológicas de las Infecciones Respiratorias Agudas en los pacientes pertenecientes al Círculo infantil de Florencia en el período comprendido entre agosto de 2009 y julio de 2010. El universo estuvo constituido por los pacientes de 1 a 5 años con afecciones respiratorias y la muestra fueron 47 pacientes según criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó una encuesta a los padres al inicio de la investigación obteniéndose un diagnóstico previo en cuanto a las variables edad, sexo, lactancia, peso al nacer, estado nutricional, inmunización, enfermedades crónicas, factores ambientales, escolaridad de los padres, contaminación ambiental, meses del año con presencia de IRA y cantidad de episodios de IRA que detectó las necesidades sobre el tema. Se evaluó el nivel de conocimiento de la familia en cuanto a la morbilidad por IRA y se obtuvo información que caracterizó a los niños con edades de 1 a 2 años, sexo masculino, lactancia artificial o mixta, con presencia de enfermedades crónicas, con problemas determinantes en el hogar, con padres con estudios universitarios, presencia de contaminación ambiental, en los meses de octubre a febrero y de 2 a 4 episodios. Se expresó el contenido de tablas de distribución de frecuencias, aplicando el número y porcentaje y los datos fueron procesados por una computadora Pentium IV, como procesador de texto el Microsoft Word del office XP. Se discutió tomando unas referencias bibliográficas y MEDLINE.

Palabras claves: IRA y Factores de riesgo.

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	1-7
MARCO TEÓRICO.....	8-26
OBJETIVOS.....	27
MÉTODO.....	28-34
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	35-43
DISCUSIÓN.....	44-45
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48-50
---------------------------------	-------

ANEXOS.....	
-------------	--

INTRODUCCIÓN.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) altas y bajas, en correspondencia con su localización en las vías aéreas, constituye un complejo sindrómico que agrupa entidades clínicas con gran diversidad en sus características epidemiológicas y de agentes causales, lo cual hace difícil su prevención y control. (1)

Un factor de riesgo es aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del niño. Así como todos aquellos elementos o circunstancias desencadenantes de morbilidad relacionados con las IRA, la esfera psíquica y en el contexto social.

El sistema respiratorio es uno de los más importantes para la vida, pues permite el intercambio gaseoso entre la sangre y la atmósfera.

La enfermedad gripal conocida ya en tiempos de Hipócrates se presenta en forma de epidemias explosivas y pandemias que afectan a gran parte de la población. La primera pandemia, de que se tiene conocimiento, data de 1580 y afectó toda Europa. Desde entonces hasta nuestros días se han producido al menos 32 pandemias importantes y numerosos brotes de menor extensión. (2)

En 1980 el número de niños por debajo de cinco años fue de 554 millones y UNICEF estima que diez millones de ellos fallecen en el primer año de la vida y otros 4 a 6 millones fallecen en las edades de 1 a 4 años, con una tasa de 120 por mil nacidos vivos. En 1997, según Mulholland la tasa disminuye a 88 por mil nacidos vivos en estas edades, lo que aparentemente es un progreso. Sin embargo, la población de 554 millones en el 80 pasa a ser de 610 millones en ese año 1997, por lo que el número total de fallecidos se mantiene en cifras similares a las del 1980. (4)

Se ha comprobado en estudios que en América Latina las principales IRA que amenazan la vida de los niños lo constituyen en primer lugar las neumonías, causando un 70 % de las defunciones, seguido de las Bronconeumonías con un 15 %, la Tosferina un 10 % y la Bronquiolitis y Síndromes Crupales en un 5 %. (5)

Al presente la OMS estima que la tercera parte de estos fallecimientos de menores de 5 años son causados por las IRA como puede observarse, el reconocimiento de la importancia de las IRA como problema de Salud en el mundo es un hecho prácticamente reciente, con menos de 25 años de existencia.(6)

Según la Organización Mundial de la Salud el Virus Sincitial Respiratorio (RSV) y el virus tipo 3 de la Parainfluenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y la niñez temprana, causando del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45% al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados. (6)

En países como Haití y los del Continente Africano las IRAs en niños alcanzan tasas incontables y la mayoría de estos mueren producto de la mala información y los escasos recursos humanos del personal médico, todo esto unido a los grandes niveles de pobreza existentes y a una mala prevención. (7)

Se estima que en el mundo mueren anualmente de 3 – 5 millones de niños por IRA con un promedio de 12000 por día, de la tercera a la cuarta parte de estas defunciones son en pacientes menores de un año. La magnitud de este problema es también evidente a partir de las estadísticas mundiales de los servicios de salud, que señalan que las IRA se mencionan como la razón principal de consultas en un 30 – 60 % de las visitas pediátricas de pacientes externos o ambulatorios. Así

mismo, las IRA representan entre el 30 – 40 % de los ingresos pediátricos en hospitales. (8)

De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Neumonía causa anualmente más de 100 000 decesos en niños menores de 1 año, lo que se traduce en un promedio de unas 300 muertes diarias. Aproximadamente cada año el 15% de los niños menores de 5 años en los países subdesarrollados padece Neumonía. (6 y 8)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) nos informa que las tasas de morbilidad por IRA es menor en zonas urbanas que la rural, particularmente en los niños menores de 1 año; y en algunos países en desarrollo es de un 40 % mayor en zonas rurales que en las urbanas .(9)

La morbilidad y sobre todo la mortalidad por IRA han tenido variaciones importantes en nuestro país en los últimos 30 años de tal forma que nos coloca con cifras similares a las de los países más desarrollados. En América solo Canadá y los Estados Unidos nos superan ligeramente en algunos rubros, siendo nuestras cifras muy similares a las de ambos países. (11)

En Cuba el desarrollo de la salud pública ha ascendido vertiginosamente después del Triunfo de la Revolución, alcanzando grandes logros en esta esfera. Se han creado programas para mejorar e incrementar los indicadores de salud de nuestra población; a pesar de que las IRA tienen una alta morbilidad en nuestro medio, las tasas de morbilidad por estas afecciones son inferiores a las halladas en los países en desarrollo, sin embargo, todavía son mayores que la de los países desarrollados.(12 y 13)

La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por IRA muestra un promedio anual de 4 000 000 atenciones, que constituyen entre el 25 y el 30% de las consultas externas y alrededor del 30% de las hospitalizaciones. (14)

Los virus de Influenza, sobre todo los del tipo A y B y los Virus Sincitial respiratorio son los principales responsables de las alzas epidémicas que se observan en los meses de Septiembre- Noviembre y Febrero- Abril de cada año con mayor magnitud del problema cada tres ó cuatro años. (15)

En el pasado año, 1999, se produjo una situación epidémica estacional con una incidencia al cierre de la semana 52, de 80 136 atenciones, para un acumulado de 5 182 246 atenciones y una tasa nacional de 46508.0 x 100 000 hab. Como se ha señalado a través de la Vigilancia este ha sido un año de gran actividad epidémica en todas las provincias del país, con afectación en todos los grupos de edades, similar a lo registrado internacionalmente. (16)

En los últimos años ha ido en ascenso las IRAs aparejadas al desarrollo socio-económico del país, pues el incremento de las industrias, vehículos los cuales derraman gases que atentan a favor de la contaminación ambiental, por el uso de productos indiscriminadamente produciendo un ambiente desfavorable para el ser humano, que mediante el sistema respiratorio inhala una serie de partículas que actúan como factor causante de afecciones respiratorias, además del incremento de una serie de virus colonizadores de las vías respiratorias. (16 y 17)

En nuestro país el promedio de notificaciones anuales oscila en alrededor de 5 millones de casos. En el acumulado del año actual (hasta el 27 de noviembre del 2010) se han reportado un total de 4 289 539 atenciones. Las mayores afectaciones se detectan en las provincias de Cienfuegos, Villa Clara, La Habana, Sancti-Spiritus, Ciudad de la Habana, Matanzas y

el municipio especial Isla de la Juventud, alcanzando tasas de incidencia por encima de la media nacional. La morbilidad se encuentra en la zona de alarma del canal Endémico pero dentro de los límites pronósticos estimados para la temporada. (16 y 17)

Nuestro municipio no queda exento de las IRA por lo que se hace evidente la necesidad de realizar estudios clínico-epidemiológicos de estas en la localidad, debido a que existe una gran variabilidad de estas afecciones en diferentes partes del mundo. Asociados a diferentes aspectos tales como: grupos de edad y sexo, tipo de lactancia, mes del año. Razones por las cuales nos motiva a realizar nuestra investigación para conocer el comportamiento de algunos elementos clínico- epidemiológicos relacionados con la aparición de las IRA en el Círculo Infantil del municipio de Florencia, provincia Ciego de Ávila en el período comprendido entre agosto 2009 y julio de 2010.

Las enfermedades respiratorias pulmonares son frecuentes por lo que su prevención, diagnóstico y tratamiento son de gran importancia y se hace necesario que el personal de enfermería esté actualizado en cómo cuidar estos pacientes para reducir su morbilidad.

El índice de niños con IRAs se ha comportado de acuerdo con consideraciones clínico-epidemiológicas al efecto. Así, los datos son los siguientes: entre agosto 2009 y julio del 2010 se registraron 47 niños con Infecciones Respiratorias Agudas, lo cual representa el 33,6% de los niños del Círculo Infantil. Como se puede apreciar, estadísticamente, fue significativo, y también socialmente, pues, en nuestro proyecto socioeconómico cubano, el ser humano es lo primero, unido a una calidad de vida cada vez más elevada. De aquí que, un solo caso merecería la máxima atención como problema ineludible de salud.

De aquí, que se haya determinado el siguiente problema científico:

¿En qué consisten los factores predisponentes a las Infecciones Respiratorias Agudas en el Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio de Florencia?

La originalidad está dada por ser un estudio realizado en un Círculo Infantil. La importancia y actualidad del tema es que este es un problema no resuelto ni en el mundo, ni en Cuba, ni en Florencia y todo esfuerzo científico-profesional encaminado, fundamentalmente, a conocer el comportamiento de las IRA es de vital importancia por el carácter social y preventivo de nuestro sistema de salud pública.

Tiene, como aporte práctico, elevar el nivel de conocimientos acerca de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas en niños de 1 a 5 de edad.

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades agudas en el aparato respiratorio se presentan en su inmensa mayoría como infecciones, por lo cual en la actualidad se prefiere referirse a ellas como infecciones respiratorias agudas (IRA).

Las IRAs han constituido a través de los años un azote para la humanidad. En la actualidad continúan como uno de los más grandes problemas de salud a nivel mundial, son junto a las enfermedades diarreicas y la malnutrición por defecto las principales causas de morbilidad y mortalidad sobre todo en los países del tercer mundo.

La incidencia de las IRA supera con creces todas las demás enfermedades infecciosas tomadas en conjunto, se caracteriza por su aparición masiva en la población y el amplio espectro de agentes causales. (1)

El más antiguo de los libros hindúes, el Ayur Veda, describe el tratamiento de enfermedades que pueden afectar a los niños, entre ellas, enfermedades de la nariz y los oídos. En el año 256 a.n.e. en la dinastía Tsin (China), el científico médico Huang Fu Mi, escribió un libro donde se hablaba del tratamiento del Asma Bronquial y de enfermedades de los oídos, garganta y nariz mediante la Acupuntura y la Moxibustion. La edad media vio desarrollarse más de doce enfermedades distintas, la naturaleza contagiosa de la forma epidémica y algunos como verdaderas pandemias entre ellas como la Influenza y la Tuberculosis Pulmonar. En 1594 Juan Fernel en un tratado sobre medicina describió la epidemia de Influenza. (2)

La palabra gripe, incorporada al léxico castellano por la Real Academia Española, en 1809, procede del vocablo francés—grippe—nombre que había dado Sauvage a

esta enfermedad en 1772, significa acurrucarse, temblar de frío. La enfermedad gripal conocida ya en tiempos de Hipócrates se presenta en forma de epidemias explosivas y pandemias que afectan a gran parte de la población. La primera pandemia, de que se tiene conocimiento, data de 1580 y afectó toda Europa. Desde entonces hasta nuestros días se han producido al menos 32 pandemias importantes y numerosos brotes de menor extensión. (2)

Estudios realizados por expertos del Colegio de Medicina de Baylor, Houston, el cual reveló que mientras, de forma general, han descendido las tasas de hospitalización, los ingresos por infecciones agudas del tracto respiratorio inferior se han incrementado continuamente desde 1980. Los autores del estudio hallaron que el 93% de los pacientes mayores de 5 años tenían un estado subyacente crónico, comúnmente una enfermedad pulmonar crónica. Este trabajo, entre otros hallazgos, señaló que la Influenza, la Parainfluenza y el Sincitial Respiratorio fueron los responsables del 75% de todas las infecciones por virus. (3)

En 1980 el número de niños por debajo de cinco años fue de 554 millones y UNICEF estima que diez millones de ellos fallecen en el primer año de la vida y otros 4 a 6 millones fallecen en las edades de 1 a 4 años, con una tasa de 120 por mil nacidos vivos. En 1997, según Mulholland la tasa disminuye a 88 por mil nacidos vivos en estas edades, lo que aparentemente es un progreso. Sin embargo, la población de 554 millones en el 80 pasa a ser de 610 millones en ese año 1997, por lo que el número total de fallecidos se mantiene en cifras similares a las del 1980. (4)

Se ha comprobado en estudios que en América Latina las principales IRA que amenazan la vida de los niños lo constituyen en primer lugar las neumonías,

causando un 70 % de las defunciones, seguido de las Bronconeumonías con un 15 %, la Tosferina un 10 % y la Bronquiolitis y Síndromes Crupales en un 5 % .(5)

Al presente la OMS estima que la tercera parte de estos fallecimientos de menores de 5 años son causados por las Infecciones Respiratorias Agudas Como puede observarse, el reconocimiento de la importancia de las IRA como problema de Salud en el mundo es un hecho prácticamente reciente, con menos de 25 años de existencia. (6)

Según la Organización Mundial de la Salud el Virus Sincitial Respiratorio (RSV) y el virus tipo 3 de la Parainfluenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y la niñez temprana, causando del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45% al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados. (6)

En países como Haití y los del Continente Africano las IRAs en niños alcanzan tasas incontables y la mayoría de estos mueren producto de la mala información y los escasos recursos humanos del personal médico, todo esto unido a los grandes niveles de pobreza existentes y a una mala prevención. (7)

Se estima que en el mundo mueren anualmente de 3–5 millones de niños por IRA con un promedio de 12000 por día, de la tercera a la cuarta parte de estas defunciones son en pacientes menores de un año. La magnitud de este problema es también evidente a partir de las estadísticas mundiales de los servicios de salud, que señalan que las IRA se mencionan como la razón principal de consultas en un 30 – 60 % de las visitas pediátricas de pacientes externos o ambulatorios. Así mismo, las IRA representan entre el 30 – 40 % de los ingresos pediátricos en hospitales. (8)

De acuerdo con estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Neumonía causa anualmente más de 100 000 decesos en niños menores de 1 año, lo que se traduce en un promedio de unas 300 muertes diarias. Aproximadamente cada año el 15% de los niños menores de 5 años en los países subdesarrollados padece Neumonía. (6 y 8)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) nos informa que las tasas de morbi - mortalidad por IRA es menor en zonas urbanas que la rural, particularmente en los niños menores de 1 año; y en algunos países en desarrollo es de un 40 % mayor en zonas rurales que en las urbanas. (9)

La brecha existente entre los países desarrollados y subdesarrollados está dada por las cifras de mortalidad. Las condiciones del paciente y su medio son los que determinan esta diferencia. (10)

La morbilidad y sobre todo la mortalidad por IRA han tenido variaciones importantes en nuestro país en los últimos 30 años de tal forma que nos coloca con cifras similares a las de los países más desarrollados. En América solo Canadá y los Estados Unidos nos superan ligeramente en algunos rubros, siendo nuestras cifras muy similares a las de ambos países. (11)

En Cuba el desarrollo de la salud pública ha ascendido vertiginosamente después del Triunfo de la Revolución, alcanzando grandes logros en esta esfera. Se han creado programas para mejorar e incrementar los indicadores de salud de nuestra población; a pesar de que las IRA tienen una alta morbilidad en nuestro medio, las tasas de morbilidad por estas afecciones son inferiores a las halladas en los países en desarrollo, sin embargo, todavía son mayores que la de los países desarrollados.(12 y 13)

La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por Infección Respiratoria Aguda (IRA) muestra un promedio anual de 4 000 000 atenciones, que constituyen entre el 25 y el 30% de las consultas externas y alrededor del 30% de las hospitalizaciones. (14)

Los virus de Influenza, sobre todo los del tipo A y B y los Virus Sincitial respiratorio son los principales responsables de las alzas epidémicas que se observan en los meses de Septiembre-Noviembre y Febrero-Abril de cada año con mayor magnitud del problema cada tres ó cuatro años. (15)

En el pasado año, 1999, se produjo una situación epidémica estacional con una incidencia al cierre de la semana 52, de 80 136 atenciones, para un acumulado de 5 182 246 atenciones y una tasa nacional de 46508.0 x 100 000 hab. Como se ha señalado a través de la Vigilancia este ha sido un año de gran actividad epidémica en todas las provincias del país, con afectación en todos los grupos de edades, similar a lo registrado internacionalmente. (16)

En los últimos años ha ido en ascenso la Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) aparejadas al desarrollo socio-económico del país, pues el incremento de las industrias, vehículos los cuales derraman gases que atentan a favor de la contaminación ambiental, por el uso de productos indiscriminadamente produciendo un ambiente desfavorable para el ser humano, que mediante el sistema respiratorio inhala una serie de partículas que actúan como factor causante de afecciones respiratorias, además del incremento de una serie de virus colonizadores de las vías respiratorias. (16 y 17)

En nuestro país el promedio de notificaciones anuales oscila en alrededor de 5 millones de casos. En el acumulado del año actual (hasta el 27 de noviembre del 2010) se han reportado un total de 4 289 539 atenciones. Las mayores afectaciones se detectan en las provincias de Cienfuegos, Villa Clara, La Habana, Sancti-Spiritus, Ciudad de la Habana, Matanzas y

el municipio especial Isla de la Juventud, alcanzando tasas de incidencia por encima de la media nacional. La morbilidad se encuentra en la zona de alarma del canal Endémico pero dentro de los límites pronósticos estimados para la temporada. (16 y 17)

Nuestro municipio no queda exento de las IRA por lo que se hace evidente la necesidad de realizar estudios clínico-epidemiológicos de estas en la localidad, debido a que existe una gran variabilidad de estas afecciones en diferentes partes del mundo. Asociados a diferentes aspectos tales como: grupos de edad y sexo, tipo de lactancia, mes del año. Razones por las cuales nos motiva a realizar nuestra investigación para conocer el comportamiento de algunos elementos clínico– epidemiológicos relacionados con la aparición de las IRA en el Círculo Infantil del municipio de Florencia, provincia Ciego de Ávila en el periodo comprendido entre agosto 2009 y julio de 2010.

La morbilidad se ha mantenido inalterable en todas las edades. Alrededor de 4 millones de atenciones médicas por IRA se reportan anualmente a pesar de que muchas por ser autolimitadas no acuden al médico. El 25 % del total de consultas y al menos el 20 % de las hospitalizaciones son por IRA. (18)

Hay muchos microorganismos distintos (virus principalmente) que son capaces de causar una enfermedad primaria de las vías respiratorias. Los mismos microorganismos pueden producir una infección subclínica o síntomas evidentes de distinta intensidad e importancia de acuerdo con ciertos factores del huésped como la edad, el sexo, el contacto previo con el agente, la alergia y el estado de nutrición .(18)

Desde el punto de vista etiológico vemos que la mayoría de las IRA están causadas por virus y micoplasma siendo las causantes del 90 % de las infecciones altas, en

cambio las vías respiratorias bajas son infectadas en igual frecuencia por virus y bacterias. (17 y 18)

Dentro de la IRA se enmarcan múltiples entidades en las que de forma general actúan varios factores predisponentes, los cuales contribuyen al desarrollo de las mismas, considerándose la etapa pre-escolar la más susceptible a contraer este tipo de afección en el contexto de la institución pedagógica. (18)

Se han identificado un número de factores predisponentes o de riesgo, los que pueden agruparse de acuerdo a su relación con el huésped, el medio ambiente que los rodea y el agente infeccioso; dentro de los primeros se encuentran la corta edad, el sexo, la no lactancia materna, el bajo peso al nacer, el déficit de micronutrientes, la falta de inmunizaciones y la presencia de enfermedades crónicas; dentro de los relacionados con el medio ambiente que lo rodean se encuentran el nivel socioeconómico de la familia y la contaminación ambiental, y con el agente infeccioso podemos mencionar la alta prevalencia de portadores, hospitalizaciones recientes y antibióticoterapia reciente. (19)

En la mayoría de los niños fallecidos por IRA pueden encontrarse más de un factor predisponente, siendo los factores socioeconómicos el denominador común que favorece el bajo peso al nacer, la desnutrición, la falta de inmunizaciones y las condiciones ambientales desfavorables. (19)

Corta edad: La mayoría de los fallecimientos por IRA ocurren en el primer año de vida y sobre todo en los primeros 6 meses, debido a la inmadurez de las vías respiratorias y sus mecanismos defensivos, lo que favorece la mayor gravedad y la predisposición a la insuficiencia respiratoria aguda. (19)

Sexo: El sexo masculino es el más afectado producto de la presencia del cromosoma Y, según estudios realizados que refieren que en las infecciones respiratorias agudas juega un papel fundamental el cromosoma X como factor protector. (19)

No administración de lactancia materna: La leche materna es el alimento ideal de la especie y garantiza las necesidades del lactante. Contiene además anticuerpos, lactoferrina, células y productos celulares que impiden la colonización del tracto respiratorio superior por bacterias patógenas y protegen al niño pasivamente contra múltiples agentes infecciosos: virus sincitial respiratorio y virus de la influenza, estreptococo B, neumococo, hemófilus influenzae y otros. (15, 16, 17)

La leche materna contiene elementos de protección contra agentes infecciosos como componentes del complemento, interferón, lisozimas, lactoperoxidasas, transferrinas y lípidos asociados, que crean una resistencia contra el estafilococo, contiene además células como macrófagos, polimorfo nucleares, también entran en su composición inmunoglobulinas (A, G y M) y anticuerpos contra algunos virus sincitial respiratorio y rotavirus. (19)

Cunnigham nos informa que la leche humana es insustituible y actúa al evitar las adherencias de microbios al epitelio de las vías respiratorias por la presencia de IgA y otros factores que no están en la leche artificial como las concentraciones relativamente altas de anticuerpos antibacterianos y antivirales; y macrófagos capaces de sintetizar lisozimas y lactoferrina (18). Fernández, manifestó que el índice de consulta a nivel de los consultorios fue 4 veces mayor en niños no lactados.

En diversos estudios que comparan niños pequeños, de acuerdo a la alimentación recibida, se ha reportado doble incidencia de hospitalizaciones por IRA, así como un alto incremento de la mortalidad en lactantes que no recibieron leche materna.(19)

El bajo peso al nacer, sobre todo en los nacidos antes del término constituye uno de los dos factores de riesgo más importantes según la OMS incrementando más de siete veces el riesgo de muerte. (6 y 20)

Bajo peso al nacer: En niños nacidos antes del término y/o con bajo peso para la edad gestacional hay mayor grado de inmadurez y menos capacidad defensiva del sistema respiratorio que sus congéneres que nacieron con un peso mayor de 2500 gramos, estos niños también tienen una función respiratoria más restringida, con tendencia a la apnea y los desequilibrios ácido-básicos. (20, 21, 24)

El estado nutricional de los niños es de vital importancia que se mantenga dentro de los parámetros normales, puesto que, un estado nutricional deficiente favorece la aparición de IRAs y de futuras complicaciones. (21 y 24)

La presencia de Enfermedades Crónicas en niños como los Inmunodeprimidos y con Asma Bronquial entre otras propician la aparición de IRA y en la mayoría de los casos aparecen complicaciones. (23 y 24)

Nivel socioeconómico de la familia: Se ha demostrado que las condiciones de vida inadecuadas favorecen las IRA graves interactuando varios factores: condiciones deficientes de ventilación y hacinamiento en las viviendas que favorecen la transmisión de las IRA, baja escolaridad de los padres y bajo per cápita familiar, con un cuidado inadecuado y deficiente alimentación del niño e inestabilidad familiar.

Además sus autores especularon en torno a que las hospitalizaciones por tales infecciones podrían potencialmente reducirse en al menos el 50% con el apoyo de vacunas efectivas. Sin embargo, reconocieron que el desarrollo de las mismas para combatir estos virus no será suficiente, debido a que es esencial el perfeccionamiento en el suministro de las vacunas a pacientes en riesgo. (24)

Una conveniente forma de prevención es a través de la vacuna neumocócica. Las personas que reciben esta vacuna están protegidas contra casi todas las bacterias causantes de Neumonía por neumococos y otras enfermedades neumocócicas

Esta vacuna usualmente es suministrada a personas con alto riesgo de padecer la enfermedad y sus complicaciones.

La experiencia acumulada con la vacunación contra la influenza, muestra una eficacia entre el 70 y el 90%, con una reducción de hasta el 70% de las hospitalizaciones.

Después de los períodos neonatales la falta de anticuerpos frente a patógenos virales comunes provoca una mayor incidencia de IRA, lo cual también se eleva, durante la permanencia en guarderías debido a mayor exposición a infecciones respiratorias contra las cuales no han desarrollado inmunidad específica. (8) Coinciden también otros autores con nuestros resultados al señalar al catarro común como el proceso infeccioso más frecuente en los niños. (25)

En el menor de 1 año de vida se ve con más frecuencia la IRA por factores anatómicos como inmadurez o fallos de los mecanismos de defensa. Entre los factores anatómicos está el mayor calibre relativo de las vías mayores lo que facilita el ascenso de las bacterias y otros agentes, al contrario de las más periféricas que son de menor calibre, lo que favorece

la oclusión, además está el pobre esfuerzo tusígeno por debilidad y tendencia a la fatiga del diafragma. (25)

Desde luego que la mejor manera de evitar el catarro común o resfriado es a través de mantenimiento de un sistema inmunológico fuerte, lo cual se logra a través de una dieta balanceada, la realización de ejercicios físicos y el control del estrés. Es válido también el consumo de vitamina C, tanto en los alimentos que la contengan como en tabletas, así como tomar diariamente multi-vitaminas/minerales con el fin de estimular la inmunidad del organismo. (19 y 25)

Contaminación ambiental: El hogar es el lugar donde el niño permanece la mayor parte del tiempo, resultando muy irritante la presencia de contaminantes en este medio. (19)

El temprano reconocimiento y tratamiento de una pequeña infección de las vías respiratorias en los fumadores, combinado con el abandono del hábito de fumar son factores importantes para prevenir el progreso de esta enfermedad. También se recomienda para este tipo de personas recibir anualmente la vacuna contra la Influenza. (19 y 25)

El humo del cigarro es el más importante de ellos, sobre todo cuando es la madre o la figura que la sustituye la persona que fuma. El humo del cigarro puede permanecer varias horas en una habitación y su inhalación en la edad pediátrica, es mucho más tóxica y nociva que en el adulto. En niños nacidos de madres que fumaron durante el embarazo, se han descrito alteraciones estructurales en los pulmones y tienen como promedio 180-200 gramos menos de peso.

La contaminación exterior dada por los gases liberados de las industrias o la combustión de los vehículos automotores es menos importante pero debe tenerse en cuenta sobre todo en las grandes urbes. (26)

Este estudio coincide con revisiones que señalan el efecto nocivo de los combustibles empleados en la cocina doméstica fundamentalmente kerosene y otros hidrocarburos y la biomasa referida a la leña, estiércol. (26)

Algunas publicaciones señalan que la contaminación ambiental en el hogar ocasionada por la combustión de las cocinas de humo (leña, carbón, estiércol, residuos de cultivos, productos derivados del petróleo) producen elevadas concentraciones de partículas y sustancias tóxicas como hidrocarburos poli aromáticos, dióxido, monóxido de carbono y formaldehído que son irritantes de la mucosa respiratoria e inactiva los mecanismos de defensa y por tanto aumentan la incidencia de IRA. (26)

Los contaminantes atmosféricos agravan así mismo las enfermedades pulmonares preexistentes y deterioran la función pulmonar en los niños. Se han descrito sibilancias y neumonías ocasionales en niños expuestos a la quema de leñas dentro de la vivienda, en estudios realizados el 84 % de los niños expuestos a estos humos contaminantes presentaron al menos un síntoma respiratorio grave. (27)

Asistencia a Instituciones Infantiles: Cuando el niño asiste a un círculo infantil o guardería, se incrementa el riesgo de transmisión de IRA virales, así como de colonización nasofaríngea con bacterias patógenas a partir de portadores. Similar riesgo tienen los niños que son cuidados en una casa, cuando el número de niños es mayor de 3 o 4. En las familias numerosas, en las cuales conviven niños pequeños con niños de edad preescolar y escolar, el riesgo de transmisión de IRA y colonización nasofaríngea puede ser también mayor. (27)

Alta prevalencia de portadores nasofaríngeos. La prevalencia de bacterias productoras de neumonía se incrementa debido al hacinamiento, las condiciones de vida y los altos índices de desnutrición. Las hospitalizaciones recientes, de menos de 1 mes y que algunos autores extienden hasta 3 meses también favorecen esta colonización. (27)

Aunque de forma general, la OMS señala al bajo peso al nacer y la desnutrición como los dos factores de riesgo más importantes, no hay dudas de que pueden existir variaciones según el lugar donde se encuentre. (6 y 27)

Las IRAs están constituidas por un variado grupo de enfermedades causadas por diversos agentes que afectan una u otra zona de las vías respiratorias, cuyas manifestaciones clínicas son bastante evidentes y de alguna forma se repiten en cada una de ellas. Estos signos o síntomas frecuentemente están dados por tos de menos de 15 días de duración, dificultad para respirar, estridor (ronquido), dolor o enrojecimiento faríngeo, otalgia, otorrea, rinorrea, obstrucción nasal. (28)

Entre las IRA se encuentran aquellas infecciones leves como Resfrío o catarro, Faringitis, Amigdalitis, Bronquitis, Otitis o enfermedades graves como la Neumonía.

Algunas afecciones como la Bronquiolitis aparecen con frecuencia en el invierno y principios de la primavera, en las laringitis también se observa un predominio estacional con un incremento al comienzo del otoño que continúa en los meses de invierno (10 y 28).

En las IRA el término "aguda" no necesariamente significa gravedad, lo que quiere decir es que la dolencia se ha iniciado recientemente, es decir, hace unos pocos días, en todo caso, menos de quince.

Generalmente (aunque no siempre), se manifiesta con fiebre y se localiza en el aparato respiratorio. Este está formado por una porción alta y una baja. Las IRA altas y bajas, en correspondencia con su localización en las vías aéreas, constituyen un complejo síndrome que agrupa entidades clínicas con gran diversidad en sus características epidemiológica y de agentes causales, lo cual hace difícil su prevención y control. Establecido su clasificación según anexo 5 (28).

Los agentes causales más frecuentes son:

Los Virus que son responsables del 90 % de las IRA, principalmente el Sincitial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Adenovirus, Rinovirus y Coronavirus (9, 12 y 21). La etiología bacteriana son causantes el 70% de estos, principalmente por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, entre otros. (15, 16, 17 y 28)

La fiebre es un síntoma común de infecciones víricas, bacterianas y parasitarias en niños pequeños; a menudo se manifiestan en los niños con IRA incluso en quienes tienen neumonía, sin embargo muchas otras enfermedades cursan con fiebre y es posible que los niños con desnutrición grave, recién nacidos y lactantes menores de 2 meses no puedan controlar bien la temperatura corporal y puedan estar gravemente enfermos sin tener fiebre, lo que generalmente evidencian es hipotermia. (29)

Se reporta en la literatura que la Bronquiolitis es una enfermedad propia de los lactantes, siendo su incidencia máxima a los 6 meses de vida, mientras que las Laringitis son propias en los niños de 6 meses a 6 años, con un pico de incidencia a los 18 meses de vida y en las Amigdalitis con exudados y membranas,

generalmente de etiología estreptocócica, la edad del niño es entre 5 y 8 años con otro pico de incidencia a los 13 años. (26 y 29)

Muchos han sido los especialistas que han investigado la eficacia de múltiples tratamientos y ejemplo de ello son Maureen C. Van Dinter, especialista del Centro de Medicina Familiar de la Universidad de Wisconsin, Carol S. Johnston, Ph. D, Profesora Asistente de la Universidad de Arizona, Katherine Sherif, M. D., Instructora de Medicina en la Universidad de Ciencias de la Salud de Allegheny y Asesora del Instituto de Ciencias de la Salud, ambos en Filadelfia, entre otros. (28 y 29)

Actualmente se encuentra bajo investigación un tratamiento experimental contra la gripe como es el caso de un aerosol nasal que contiene un compuesto genéticamente diseñado denominado tremacamra, el cual es muy semejante a una molécula natural llamada ICAM-1. Esta molécula está localizada en las células humanas y se adhiere a los rinovirus presentes en las fosas nasales. La molécula tremacamra engaña al virus al propiciar que este se adhiera a ella y no a la célula receptora ICAM-1, por lo que previene que el virus afecte a las células humanas. Un estudio reciente reportó que este compuesto redujo los síntomas del resfriado a un 23%, sin embargo, aún no están claros cuales serán sus verdaderos beneficios. Otros medicamentos como el pleconaril, inhibidor de la adherencia viral, están también mostrando resultados promisorios. (29 y 30)

Un estudio al respecto reportó que se prescriben antibióticos para cerca de la mitad de los niños que visitan al médico por un resfriado común. La prescripción de antibióticos en muchas personas que no lo necesitan es un asunto bien preocupante para los profesionales de la salud. Por tal motivo, es muy importante que los pacientes y los familiares de los niños con infecciones respiratorias leves, entiendan que aunque este tipo de fármaco suele aportar cierta sensación de seguridad, no provee un beneficio significativo y el abuso de

éstos puede contribuir a acrecentar los problemas de resistencia bacteriana a los medicamentos. (26 y 30)

En el acumulado del año se reportan 41 brotes con un total de 1891 afectados, el 100% en instituciones cerradas como escuelas, Círculos Infantiles, Hogares de Ancianos e Instituciones de Salud, en personal no inmunizado.(30)

Las IRA, como situación de salud del Círculo Infantil “Hipólito Delgado” del Municipio de Florencia , data desde su fundación por cuanto concurren factores predisponentes relacionados con el medio ambiente y con el manejo, no siempre adecuado por parte de los adultos, de la aparición de las distintas enfermedades asociadas a la entidad. De aquí que constituya un problema de salud que demanda una atención multifactorial, multidisciplinario e interdisciplinario en su conocimiento y posterior seguimiento por tratarse de una realidad incidente y prevalente en la calidad de vida de una población que crece y se desarrolla en un medio con especificidades asociadas de tipo socioeconómica, demográfica, educacional y cultural irrepetibles desde el punto de vista de las creencias, representaciones y percepciones con las que el hombre y mujer asumen la atención a los niños en el territorio y en la que el servicio de enfermería desempeña un importante papel.

OBJETIVOS

General:

Identificar, desde el servicio de enfermería, las regularidades clínico epidemiológicas de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio de Florencia en el período comprendido entre el 15 de agosto de 2009 y 15 de julio de 2010.

Específicos:

- 1- Sistematizar conocimientos sobre las IRA a nivel internacional, nacional y local.
- 2- Diagnosticar el estado actual de las IRA en el Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio de Florencia atendiendo a las variables edad, sexo, lactancia, peso al nacer, estado nutricional del niño, inmunización, enfermedades crónicas, factores ambientales, escolaridad de los padres, contaminación ambiental, meses del año con presencia de IRA y cantidad de episodios de IRA.
- 3- Describir las características clínico epidemiológicas de las IRA en el Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio de Florencia atendiendo a las variables edad, sexo, lactancia, peso al nacer, estado nutricional del niño, inmunización, enfermedades crónicas, factores ambientales, escolaridad de los padres, contaminación ambiental, meses del año con presencia de IRA y cantidad de episodios de IRA.

MÉTODO

Se realizó una investigación observacional descriptiva, para identificar el comportamiento de la morbilidad relacionada con las IRA en los niños del Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio de Florencia en el período comprendido entre el 15 de agosto de 2009 y 15 de julio de 2010.

El universo de estudio estuvo constituido por 140 niños del Círculo Infantil. La muestra fue probabilística aleatoria simple teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, por cuanto todos los niños tuvieron la misma posibilidad de ser estudiados. Se partió de los listados controlados en el consultorio del círculo infantil. La muestra en cuestión (47) quedó definida de la siguiente forma:

Los criterios de inclusión son:

- Estar dispensarizado en Círculo Infantil Hipólito Delgado.
- Voluntariedad de los padres.

Los criterios de exclusión son:

- Que los padres estén en desacuerdo con que su hijo participe en el estudio.
- Que no se encuentre en el Círculo Infantil.

En el Estudio se utilizaron Métodos Empíricos, Científicos y Estadísticos.

En los Empíricos se trabajó con:

Encuesta, para obtener información, atendiendo a las variables edad, sexo, lactancia, peso al nacer, inmunización, enfermedades crónicas, factores ambientales, escolaridad de los padres, contaminación ambiental, meses del año con presencia de IRA y cantidad de episodios de IRA.

Entrevista, para determinar aspectos relacionados con las variables edad, sexo, lactancia, peso al nacer, inmunización, enfermedades crónicas, factores ambientales, escolaridad de los padres, contaminación ambiental, meses del año con presencia de IRA y cantidad de episodios de IRA.

Observación, como percepción, especialmente dirigida al modo de actuación del objeto de investigación, tanto durante la aplicación de entrevistas, encuestas como en los procedimientos relacionados con la interacción con pacientes, familiares y/o especialistas y aquella parte de la comunidad que pudo ser, también, objeto de información en cuanto a los salarios existentes en el hogar y el estado nutricional del niño.

En los Científicos

1-. Análisis –Síntesis: El cual permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada, extraer lo necesario para la solución del problema y la valoración del estado nutricional del niño.

2-.Análisis histórico – lógico: se estudió la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia.

En los Estadísticos con

1-. Estadística Descriptiva

Técnicas y procedimientos de recolección.

La técnica de procesamiento de la información y recolección de datos fue mediante de análisis de documentos y formularios, por encuesta a familiares (fuentes activas o primarias), (Anexo I y 4). La obtención de datos fue en relación a las variables edad, sexo, lactancia, peso al nacer, estado nutricional del niño, inmunización, enfermedades crónicas, factores ambientales, escolaridad de los padres, contaminación ambiental, meses del año con presencia de IRA y cantidad de episodios de IRA.

Ética: Se aplicó la declaración del consentimiento informado de los pacientes y, también, de aquellos especialistas que aportaron información sobre determinados niños tratados, clínicamente, por ellos.

La encuesta fue precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por los encuestados y también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el cumplimiento de los requerimientos éticos y se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los familiares incluidos en el estudio. (Anexo I)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Dimensiones	Variables	Indicadores
- Edad	-De 1 año. -De 2 año. -De 3 año. -De 4 año. -De 5 año.	Según la edad del niño.
-Sexo	-Femenino -Masculino	Según el sexo presente.

-Lactancia	- Lactancia Materna Exclusiva. - Lactancia artificial. (Evaporada, vaca, chiva, ecil y leche en polvo). - Lactancia mixta (leche materna y otra leche).	Según la leche administrada.
-Peso al nacer.	-Menor de 2500 gr. -De 2500 gr y más.	Según el peso al nacer.
-Estado nutricional del niño. -Inmunización.	-Por el percentil alcanzado. -Actualizada. -Desactualizada.	Bajo peso. Normo peso. Sobre peso. Según la vacunación realizada.
-Enfermedades crónicas.	-Inmunodeprimidos. -Asma Bronquial. -Enfermedades Cardiovasculares. -Alergias a sustancias del medio ambiente. -Ninguna.	Según la presencia de enfermedades: Si_____ No_____

	-Ninguno.	
-Meses del año con presencia de IRA.	-Enero. -Febrero. - Marzo. - Abril. - Mayo. - Junio. - Julio. - Agosto. - Septiembre. - Octubre. - Noviembre. - Diciembre.	Teniendo en cuenta los mes de mayor incidencia.
-Cantidad de episodios de IRA.	- De 2 a 4 episodios. - Más de 4 episodios.	Según el número de episodios presentados.

Tratamiento estadístico de los datos.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y los datos se procesaron utilizando una microcomputadora. Empleo de una computadora

Pentium IV, como procesador de texto el Microsoft Word del office XP. Mediante un software estadístico: EPINFO. Además se realizó la revisión y validación de la misma. Para el tratamiento estadístico de los datos de la información se usaron las medidas: frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados se presentan en las tablas de distribución de frecuencia absoluta para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

La encuesta constó de 12 ítems al igual que la entrevista y esta constituyó el sustento informativo de parte del trabajo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados más relevantes de la investigación relacionada con la morbilidad por IRA en niños de 1 a 5 años en el Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio de Florencia.

Tabla No.1. Distribución de niños según la edad.

N= 47

Edad	Número	%
De 1 año	20	42,6
De 2 año	14	29,8
De 3 año	6	12,8
De 4 año	4	8,5
De 5 año	3	6,3
Total	47	100

Fuente. Encuesta, entrevista

En la Tabla No.1 se puede apreciar que los 20 niños con edades de 1 año, que representó el 42,6% de la población en estudio, seguidos de los 14 niños, que representaron el 29,8%. Según los resultados de esta tabla existe un predominio de los niños de edades comprendidas entre 1 y 2 años en número 34 para un 72,3% Estos resultados corresponden con la mayoría de la literatura consultada. (19)

Tabla No.2. Distribución de niños según el sexo.

N= 47

Sexo	Número	%
Femenino	20	42,6
Masculino	27	57,4
Total	47	100

Fuente. Encuesta, entrevista

En la Tabla No.2 se observa que existe un predominio del sexo masculino en número de 27, que representa un 57,4%. Coincidiendo con estudios realizados anteriormente. (9)

Tabla No.3. Distribución de los niños según la lactancia administrada en los primeros 6 meses de vida.

N= 47

Lactancia	Número	%
Lactancia Materna Exclusiva	10	21,3
Lactancia artificial. (Evaporada, vaca, chiva, ecil y leche en polvo).	21	44,6
Lactancia mixta (leche materna y otra leche).	16	34,1
Total	47	100

Fuente. Encuesta, entrevista.

En la Tabla No.3 se puede apreciar que predominaron los 21 niños con lactancia artificial y 16 niños con lactancia mixta, para un 78,7%. En los términos mundiales se reporta que los niños con lactancia artificial padecen el doble de episodios de IRA que los niños con lactancia materna exclusiva, producto que la leche materna contiene anticuerpos, lactoferrina, células y productos celulares que impiden la colonización del tracto respiratorio. (15, 16, 17 y 19)

Tabla No.4. Distribución de los niños según el peso al nacer.

N= 47

Peso al nacer	Número	%
Menor de 2500 gr.	1	2,1
De 2500 gr y más.	46	97,9
Total	47	100

Fuente. Encuesta, entrevista

En la Tabla No.4 se muestran el predominio de los 46 niños a no presentar bajo peso al nacer, que representa un 97,9%. Estos resultados no coinciden con la bibliografía consultada donde se plantea que mientras más prematuro sea el nacimiento del niño mayor será el grado de inmadures del Aparato Respiratorio y mayor el riesgo de adquirir IRAs y en este estudio solo 1 niño presento bajo peso. (6, 20, 21 y 24)

Tabla No.5. Distribución de los niños según el estado nutricional.

N= 47

Estado nutricional de niño	Número	%
Bajo peso	1	2,1

Normo peso	45	95,8
Sobre peso	1	2,1
Total	47	100

Fuente. Encuesta, entrevista

En la Tabla No. 5 se aprecia que existen 45 niños con tendencia al normo peso, para un 95,8%. No siendo significativo este valor para el estudio realizado ya que la bibliografía consultada refiere que el estado nutricional deficiente de los niños predispone a la aparición de IRA. (21 y 24)

Tabla No.6. Distribución de los niños según la inmunización.

N= 47

Inmunización	Número	%
Actualizada.	45	95,8
Desactualizada.	2	4,2
Total	47	100

Fuente. Encuesta, entrevista

Como se puede apreciar en la tabla anterior, solo 2 casos presentaron Inmunización desactualizada 1 por estar enfermo y con fiebre en el momento de la vacunación y el otro por encontrarse fuera de la Provincia. Sencillamente, según la bibliografía consultada, se confirma que los niños inmunizados presenten menos posibilidades de presentar IRA. Los 45 niños inmunizados detectados en este estudio presentaban un menor riesgo. (24 y 25)

Tabla No.7. Distribución de niños según la presencia de enfermedades crónicas.

N= 47

Enfermedades crónicas	Número	%
Inmunodeprimidos.	0	0
Asma Bronquial.	8	17,1

Enfermedades Cardiovasculares.	1	2,1
Alergias a sustancias del medio ambiente.	21	44,7
Ninguna.	17	36,1
Total	47	100

Fuente. Encuesta, entrevista

En la Tabla No.6 se observó que existió un predominio de los 30 niños que presentaron enfermedades crónicas, para un 63,8%. Coincidiendo con la bibliografía consultada. (23 y 24)

Tabla No.8. Distribución de los niños según los determinantes del hogar.

N= 47

Determinantes del Hogar	Número	%
Habitación sin estructuras para la ventilación.	10	21,3
Más de 3 personas por habitación.	15	31,9
Percápita salarial de la familia menor de 150 pesos.	2	4,2

Fuente. Encuesta, entrevista

En la Tabla No. 7 se muestran como resultado que dentro de las determinantes del hogar más significativas encontramos 10 niños con habitaciones sin estructuras para la ventilación y 15 niños que duermen más de 3 personas por habitación, para un 53,2% entre ambos. Estos datos son significativos teniendo en cuenta que el total de los niños sin estructuras para la ventilación coinciden en su totalidad con los que tienen hacinamiento. Constituyendo un factor importante a vigilar en nuestra comunidad. (27)

Tabla No.9. Distribución de los padres según el nivel educacional terminado.

N= 47

Nivel Educativo	Número	%
Estudios secundarios concluidos	3	6,4
Estudios preuniversitarios concluidos	10	21,3
Estudios universitarios concluidos	34	72,3
Total	47	100

Fuente. Encuesta, entrevista

En la Tabla No. 8 se muestran como resultado los 34 padres que terminaron estudios universitarios, para un 72,3%. Esto demuestra el alto nivel educativo de los padres con niños en nuestro Círculo Infantil y la posibilidad de una mayor preparación, aunque la realidad es que se comporta como un factor desfavorable para nuestros niños ya que tenemos una alta incidencia de IRA en los mismos. (24)

Tabla No.10. Distribución de la muestra según la presencia de contaminantes ambientales.

N= 47

Contaminación ambiental	Número	%
Familiares fumadores	10	21,2
Gases de vehículos automotores.	45	95,7
Gases de Industrias.	10	21,2
Cocinas domésticas con Keroseno.	3	6,3
Cocinas de leñas.	1	2,1
Ninguna.	5	10,5

Fuente. Encuesta, entrevista

En la Tabla No. 9 se muestran como resultado la alta incidencia de contaminación ambiental con predominio de los 45 niños expuestos a gases de vehículos automotores que representa el 95,7%, esto incluye a los 10 niños con familiares fumadores y a 7 de los niños sometidos a gases de las Industrias. Coincidiendo esto con la bibliografía consultada. (19, 26 y 27)

Tabla No 11. Distribución de pacientes de 1 a 5 años del CI Hipólito Delgado de Florencia afectados por IRA, según meses del año.

N=47

Mes del año	No	%
Agosto	5	10,6
Septiembre	7	14,8
Octubre	18	38,2
Noviembre	23	48,9
Diciembre	40	85,1
Enero	36	76,5
Febrero	18	38,2
Marzo	4	8,5
Abril	2	4,2
Mayo	3	6,3
Junio	3	6,3
Julio	0	0

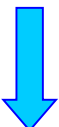
Fuente: Las historias clínicas más las hojas de cargo del centro

Al relacionar el comportamiento de las IRA, según los meses del año, se observó que existía un menor porcentaje de casos en los meses de marzo hasta septiembre, elevándose el número de casos a partir de octubre a febrero, alcanzando el mayor número de casos en diciembre con un 85,1%.

Este estudio coincide con los resultados emitidos por la OMS que plantea que en los meses de lluvia y en meses frío en el Hemisferio Norte (diciembre-enero) se elevan los casos por IRA teniendo menor incidencia los meses de marzo-septiembre (15)

Algunas afecciones como la Bronquiolitis aparecen con frecuencia en el invierno y principio de la primavera, en las laringitis también se observa un predominio estacional con un incremento al comienzo del otoño que continúa en los meses de invierno (15).

Tabla No 12. Distribución de pacientes del CI Hipólito Delgado de Florencia afectados por IRA, según el número de episodios y lactancia recibida en los primeros 6 meses de edad.

Número de IRA 	Tipo de lactancia							
	L. M. E		L. A		L. M		Total	
	No. Niños	%	No. Niños	%	No. Niños	%	No. Niños	%
De 2 – 4 episodios	7	14.9	12	25.5	10	21.3	29	61.7
Más de 4 episodios	3	6,4	9	19,1	6	12.7	18	38.3

Fuente. Encuesta, entrevista

El 61.7% de los niños menores de un año en el período investigado, de ellos el 25.5% se alimentaba con lactancia artificial (LA), de los niños alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) 14.9% tuvieron de 2 a 4 episodios de IRA,

mientras que fueron afectados un 6,4% con (LME) y un 19,1% con (LA) con más de 4 veces. Queda demostrado una vez más los efectos beneficiosos de la lactancia materna exclusiva. La leche materna contiene elementos de protección contra agentes infecciosos como componentes del complemento, interferón, lisozimas, lactoperoxidasas, tranferrinas y lípidos asociados, que crean una resistencia contra el estafilococo, contiene además células como macrófagos, polimorfonucleares, también están en su composición inmunoglobulinas(A,G y M)y anticuerpos contra algunos virus sincitial respiratorio y rotavirus(15, 16, 17 y 19)

DISCUSIÓN.

A continuación se describen los aspectos más relevantes del estudio realizado sobre la morbilidad por IRA en niños de hasta 5 años en el Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio Florencia que han presentado episodios de IRA en el período comprendido entre agosto de 2009 a julio de 2010

Las IRAs son una prioridad a resolver en el banco de problemas del Municipio de Florencia a partir del hecho de que es una de las principales causas de morbilidad- en Florencia y, principalmente, en el Círculo Infantil. Nuestro personal médico y de enfermería, como tarea fundamental, hace un esfuerzo extraordinario por lograr en la comunidad, un aumento en lo referente a cultura sanitaria sobre los factores de riesgo y la enfermedad, así como en la actividad conjunta con la familia que se realiza, mensualmente, en el Círculo Infantil con un objetivo educativo y preventivo.

Queda mucho camino por recorrer en materia de prevención y educación. Es usual que al presentarse en los niños episodios de IRA, se constaten evidentes factores de riesgo como son, edades de 1 a 2 años, sexo masculino, lactancia artificial o mixta, con presencia de enfermedades crónicas, con problemas determinantes en el hogar, con padres con estudios

universitarios, presencia de contaminación ambiental, en los meses de octubre a febrero y de 2 a 4 episodios.

El médico y la enfermera del consultorio de la institución tienen una difícil tarea, esta es la de educar a su población en cuanto a las medidas higiénico-sanitarias que se deben extremar en los hogares, específicamente con los niños y así de esa forma poder evitar episodios de IRA o prolongar el tiempo entre uno y otro .

Detectar precozmente los síntomas y signos de las IRA es fundamental para evitar una complicación. Si bien es cierto que la educación de la familia es de vital importancia, también, se puede correr el riesgo de la valoración superficial de algunos síntomas y signos.

Se considera, por la autora de este trabajo, que la morbilidad por IRA en niños de hasta 5 años en el Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio Florencia, no se le puede restar importancia debido a las complicaciones que puede traer consigo un mal manejo de las IRA y un diagnóstico equivocado, que puede traer como consecuencia, el agravamiento del niño e incluso puede llegar a un desenlace fatal.

Es importante recordar que todo niño con IRA, con la debida prevención y atención, siempre tendrá mayores probabilidades de evitar el contagio y repetición de episodios.

CONCLUSIONES

1. Lo relacionado con la morbilidad por IRA es reportado en la literatura científica como un problema de salud universal no resuelto. La mayor incidencia y prevalencia se presenta en los países subdesarrollados. En Cuba y, en particular en Florencia, es una situación de salud pendiente de resolver.
2. El estado actual de la morbilidad por IRA que influyen en los niños de hasta 5 años en el Círculo Infantil Hipólito Delgado del Municipio Florencia están relacionados con edades de 1 a 2 años, sexo masculino, lactancia artificial o mixta, con presencia de enfermedades crónicas, con problemas determinantes en el hogar, con padres con estudios universitarios, presencia de contaminación ambiental, en los meses de octubre a febrero y de 2 a 4 episodios.
3. Las características más influyentes en la morbilidad por IRA que influyen en los niños de 1 a 5 años del Círculo Infantil Hipólito Delgado, de acuerdo con el estudio realizado están relacionadas con edades de 1 a 2 años, sexo masculino, lactancia artificial o mixta, con presencia de enfermedades crónicas, con problemas determinantes en el hogar, con padres con estudios universitarios, presencia de contaminación ambiental, en los meses de octubre a febrero y de 2 a 4 episodios.

RECOMENDACIONES

- Valorar la inclusión de los resultados de este trabajo como base material de estudio para la Carrera de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996.
2. Curso de la Historia de la Medicina, 1961.
3. Programa de control de enfermedades respiratorias agudas. Argentina. En: <http://www.santafe.gov.ar/msyma/respi.htm>.
4. CDC. Pneumonia among children in developing countries. http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/pneumochilddevcount_t.htm
5. Capítulo IX - Como atender al niño con infecciones respiratorias agudas y que hacer para prevenirla. <http://media.payson.tulane.edu:8086/spanish/aps/aps18s/ch09.htm>
6. OMS. Influenza Vaccines. <http://www.who.int/vaccines.-diseases/research>.
7. Glezen PW. Patients hospitalized for respiratory infections often have chronic illnesses. JAMA, jan 25 2000.
8. Cold, flu or neumonia. Mayo Clinic Health Letter. Nov. 1993. <http://www.mayohealth.org/mayo/9311/htm/coldflu.htm>
9. Colds. En: <http://www.healthyideas.com/healing>
10. What are the treatments for more severe upper respiratory tract infections ? En: [http:// www.lycos.com](http://www.lycos.com)
11. National Jewish Medical & Reasearch Center. Upper respiratory infections (Colds) and acute bronquitis. En: [http:// www.medfacts.com](http://www.medfacts.com)
12. Bronchitis. Prevention. Medical Encyclopedia. En [http:// www.medlineplus.adam.com/ency/article/001087prv.htm](http://www.medlineplus.adam.com/ency/article/001087prv.htm)

13. Pneumonia. America Lung Association. En: [http:// www.lungusa.org/diseases](http://www.lungusa.org/diseases)
14. Facts for patients about pneumococcal disease. En: <http://www.multiplan.com/healthwell/wellness/pneumonia.html>
15. CDC. Antiviral drugs for influenza. En: [http:// www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
16. OMS. Influenza. Fact Sheet No. 211 Feb. 1999. En: [http:// www.who.int](http://www.who.int)
17. Influenza: Introduction of the Neuraminidase Inhibitors. 2000. Medscape. <http://www.medscape.com/Medscape/ID/Treatment-Update/2000/tu02/tu02-02.html>
18. Vaccine experts anticipate coming influenza pandemic. Reuters 18 nov 2000
<http://id.medscape.com/prof/2000/10/10.18/20001017rglt004.html>.
19. ACIP. Practice guidelines: ACIP issues recommendations for the 2000-2001 influenza seasons.
20. Copyright ©Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. MINSAP. 1997
[mailto: webmaster@infomed.sld. cu](mailto:webmaster@infomed.sld.cu)
21. Benguigú Y. La situación del control de las Infecciones Respiratorias Agudas en America Latina. Noticias Sobre IRA. 1994.
22. Álvarez Sintés, Báster Moro Juan C, Hernández Cabrera Griselda, García Núñez Ruben D. Medicina General Integral. Segunda Edición, La Habana .Editorial Ciencias Medicas, 2008.
23. Bello Dávila Zoe, Cazales Fernández Julio Cesar. Temas de Enfermería Médico Quirúrgico. Segunda parte, La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2006.
24. Peraza Roque GJ, Gil Rivas Y, Arce Rojas A, Gil Colla J. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 2002.

25. Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo, Hernández Cabrera Jesús, Reyes Pérez Adriana. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006.
26. Carballoso Hernández M. *Bajo peso al nacer y tabaquismo. Rev. Cubana Med Gen Integr* 2005;25(28):64-9
27. Cruz M., Crespo M., Jiménez R. Compendio de Pediatría. Edición, 2006. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006. (39):40- 43.
28. Andrews BF. Small for date babies. *Pediatric Clin North Am* 2005; 17: (10): 185.
29. Haas JE et al. Relationship between epidemiologic risk factors and clinicopathologic findings in the sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 2005; 91(11):106-12.
30. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, García R.D. Medicina General Integral. Primera Edición, 2001. Tercera Reimpresión, 2007. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas;2007. Parte I(36):514-520