

Facultad de Ciencias Médicas

Dr. José Aseff Yara

Ciego de Avila

Policlínico Comunitario Docente

"José Agustín Mas naranjo"

Título: *Intervención educativa para elevar el conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 15 años.*

Autora: *Isabel Wright Wehester*

Lic. En Enfermería

Tutor: *Dr. Carlos M. Guillermo Felipe*

Master en Enfermedades Infecciosas

Especialista de Primer Grado en MIG. Especialista de

Primer Grado en Alergología. Profesor Asistente

Asesor: *Ailen Madrigal Yera*

Bachiller Técnico Medio en Informática

Trabajo de Terminación de Tesis para optar por el título de

Enfermería Comunitaria

Ciego de Ávila 2010-2011

Pensamiento

Todo hombre al venir a la tierra tiene derecho a que se le eduque, y después en pago, el deber de contribuir a la educación de los demás.

José Martí

Dedicatoria

A Fidel, con la firme disposición de desarrollar en este ejército de guardianas de la salud, el paradigma del desarrollo social de la medicina, para ponerlo al servicio de nuestro pueblo y de toda la humanidad.

Agradecimiento

A mis familiares que me apoyaron e incentivaron con su que hacer diario estos esfuerzos.

Índice

No.	Tema	Pág.
1	Introducción.....	1
2	Objetivo.....	3
3	Marco teórico.....	4
4	Material y método.....	22
5	Control semántica.....	24
6	Resultados.....	26
7	Conclusiones.....	34
8	Recomendaciones.....	35
9	Bibliografía.....	
10	Anexos.....	

RESUMEN

Dentro de las enfermedades infecciosas, aun en estos modernos tiempos, las infecciones respiratorias agudas constituyen un problema para países en vías de desarrollo. El presente proyecto titulado “Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de 14 años sobre la Prevención de las Infecciones Respiratorias agudas en el área del policlínico Primero de Enero”, tendrá como objetivo determinar la relación que existe entre los conocimientos y prácticas que tienen las madres de niños menores de 14 años acerca de la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. Por lo que se realizará un estudio experimental de intervención educativa a las madres que acudan a la consulta de respiratorio, donde funciona el Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas. Para el efecto de la recolección de datos se seleccionara como técnica la entrevista estructurada y como instrumento se utilizara el cuestionario el cual será aplicado en forma personal a cada madre, en el cual se formularan preguntas cerradas entre dicotómicas y de opción múltiple así como también preguntas abiertas las cuales permitieran obtener la información requerida; tomando como muestra al 25% de las madres. El procesamiento de los datos se realizara mediante el porcentaje, aceptándose la hipótesis planteada, la cual será demostrar si existe relación entre los conocimientos y las prácticas que tiene la madre del niño menor de 14 años sobre las medidas preventivas de la IRA, contribuyendo de esta manera a reducir la morbimortalidad como también las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas mediante actividades preventivo - promocionales dirigidas a las madres y a la comunidad en general; mejorando de esta manera la calidad de vida de este grupo vulnerable.

Palabras claves: Intervención educativa, infecciones respiratorias agudas.

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una importante causa de morbimortalidad en la infancia en América Latina, desde mediados de la década de los 80 se ubicaron como principal causa de muerte en niños menores de un año. La morbilidad, independientemente de la edad, se ha agravado por el gran número de agentes biológicos que pueden causar estos cuadros, en especial los virales producidos por el virus sincitial respiratorio que afecta a un 95 % de los niños menores de dos años, además del daño que produce sobre la mucosa del tracto respiratorio bajo, lo que los predispone a infecciones bacterianas como complicación. Lo cual puede verse en un 30 % de los pacientes pediátricos (1,2).

Los cuadros respiratorios agudos altos o bajos en correspondencia con su localización constituyen un complejo sindrómico que agrupa entidades clínicas con gran diversidad en sus características: epidemiológicas, agentes causales y tratamiento, pero a las cuales le son comunes un grupo de factores: físicos, naturales, ecológicos, biológicos, económicos y sociales de gran complejidad que determinan regularidades de la morbilidad, mortalidad, pronóstico y evolución futura (3,4).

Cuando la mortalidad por influenza y neumonía desciende como consecuencia del desarrollo social y económico de los países, es importante abordar aquellos elementos que traten de definir con más claridad la magnitud de la morbilidad en diferentes grupos de edades, ya que uno de los objetivos a mediano plazo es el de disminuir las pérdidas sociales y económicas que causan estas enfermedades(5-10).

La estimación de la morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en la comunidad es un asunto complejo. Para obtener esta información es necesario realizar investigaciones comunitarias que se adapten a las situaciones de cada localidad o región.

En el país se conocen los datos de demanda de consultas por IRA de toda la población y de todas las áreas geográficas y también se disponen de los

resultados de algunos estudios parciales en hogares de ancianos, a manera de unidades centinelas (7).

Por otra parte, en el grupo de 15 a 64 años, que constituye la mayoría de la población, se registra el mayor número de atenciones médicas por estas enfermedades y es el que consume buena parte de los antibióticos y otros medicamentos innecesarios, además de la amplia utilización de los servicios de salud (7,11).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen la causa más frecuente de consulta en la edad pediátrica, presentes a lo largo de todo el año y aumentando de manera muy importante durante los meses de invierno. Corresponden a la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización. Aunque no existe consenso en cuanto al sitio anatómico que separa las IRA en altas y bajas, se acepta como IRA alta toda aquella patología que afecta al aparato respiratorio de laringe a proximal (incluyendo región subglótica). Sin embargo, se debe tener presente que muchas patologías respiratorias afectan tanto el tracto superior como el inferior en forma concomitante o secuencial. Dentro del grupo de las IRA altas se pueden mencionar la otitis media aguda, sinusitis, resfrío común, faringoamigdalitis, faringitis, adenoiditis, laringitis obstructiva y epiglotitis (12).

A pesar que las IRA bajas concentran habitualmente la atención por su mayor complejidad, costo del tratamiento y complicaciones, son las IRA altas las que se presentan con mayor frecuencia en la consulta ambulatoria. Por este motivo, es fundamental conocer su etiología, patogenia y evolución para poder formular un diagnóstico correcto que permita, a su vez, un tratamiento concordante. Paradójicamente, a pesar de ser un motivo de consulta tan frecuente, existe una gran diversidad de tratamientos no acordes a su etiología y evolución, con uso y abuso de medicamentos, cuyos efectos no sólo son muy discutibles sino también potencialmente deletéreos (13). Se puede decir que las IRA altas están siempre "maduras" para ser objeto de iatrogenia y que por ello y por las características sociológicas de la población consultante (exceso de consultas y aprehensión al respecto), ocasionan más problemas que lo que su importancia clínica justifica.

Objetivos Generales

1- Determinar las características clínico-epidemiológicas y la etiología de las IRA virales en la población del municipio Primero de Enero

ESPECÍFICOS

1-Distribuir los pacientes según variables de interés (edad , sexo, residencia actual, características de la vivienda, número de habitaciones por vivienda, número de personas por habitación, características ambientales alrededor de la vivienda.

2-Determinar la frecuencia de las infecciones respiratorias agudas.

3-Relacionar las infecciones respiratorias agudas diagnosticadas con factores higiénico-epidemiológicos que pueden incidir en su adquisición

4-Valorar la evolución del paciente después del tratamiento

Marco Teórico

Capítulo I. Fundamento Teórico de Las Infecciones respiratorias agudas

1.1 Antecedentes Históricos de las Infecciones Respiratorias agudas

Las Infecciones respiratorias agudas (IRA), son eventos de alta frecuencia en la población y se definen como toda afección que compromete una o más partes del aparato respiratorio, durante un lapso no mayor de 15 días (14). Aunque el principal origen de las IRA es viral y un porcentaje alto es autolimitado, son la primera causa de indicación de antibióticos en el mundo (15).

La incidencia global de las IRA en los países en desarrollo, se presenta entre 30 y 60% en niños, y se estima que cada niño sufre de 4 a 6 episodios cada año y cerca del 10% de éstos son severos y requieren hospitalización, lo que implica una demanda elevada de atención médica. Respecto a la mortalidad, se estima que las IRA son responsable de 4 millones de muertes anualmente en niños menores de 5 años, principalmente en países en vías de desarrollo como Asia, África y América Latina (16, 17). En un estudio en 42 países en vías de desarrollo, la mortalidad fue del 14-24% en los menores de 5 años de edad. En los países desarrollados estas enfermedades también causan del 12 al 19% de las muertes infantiles, siendo la incidencia global de infección respiratoria similar para ambos, la diferencia radica en el mayor número de infecciones bajas graves (18-20).

Usualmente, la combinación de la historia médica y el examen físico hace el diagnóstico clínico de las IRA, tanto bajas como altas y para conocer cuan severa es la enfermedad éste puede complementarse con exámenes de laboratorio de rutina y radiología, pero para determinar si el agente etiológico es de tipo viral, son necesarias técnicas de laboratorio específicas, entre ellas el inmunoensayo enzimático, el aislamiento en cultivos celulares e identificación por inmunofluorescencia, y la reacción en cadena de la polimerasa convencional (PCR) y PCR en tiempo real, que complementan dicho diagnóstico (21, 22). Las muestras de elección son secreciones

respiratorias como: hisopado nasal o faringeo, lavados o aspirados nasales, esputo y otras muestras del tracto respiratorio inferior, tomadas mediante lavado bronquioalveolar (LBA) o del líquido pleural obtenido por punción (23, 24).

Las infecciones respiratorias pueden ser ocasionadas por una diversidad de agentes infecciosos, siendo los más importantes los virus. Estos pueden ser patógenos primarios de las vías respiratorias, replicándose solamente en las células ciliadas del tracto respiratorio o pueden infectar al aparato respiratorio como parte de una infección sistémica. Existe una gran variedad de cuadros clínicos asociados a estas infecciones, con distintos niveles de gravedad, desde resfriado común hasta procesos con afectación de vías respiratorias bajas, como la bronquiolitis y la neumonía, que pueden requerir en algunos casos la ventilación mecánica del paciente. Los agentes etiológicos relacionados con dichos cuadros son el Virus Sincicial Respiratorio (VSR), Parainfluenza, Adenovirus, Rinovirus, Enterovirus, Coronavirus y los más recientemente identificados Metapneumovirus, Bocavirus y Mimivirus. En general cualquiera de estos virus puede comprometer distintos niveles del aparato respiratorio, pero existe cierta selectividad de asociación entre algunos virus y ciertos síndromes clínicos (25,28).

Las infecciones respiratorias por virus comúnmente desencadenan serias condiciones respiratorias que traen como resultado la hospitalización del paciente que tenga un estado crónico subyacente. Tal aseveración pudo ser constatada en un reciente estudio realizado 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 Sincicial Respiratorio fueron los responsables del 75% de todas las infecciones por virus. 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 (6).

1.2 Concepto y Clasificación.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un complejo grupo de afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad, incluyen todas las infecciones agudas de las vías respiratorias pudiendo ser estas a nivel de la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquio, bronquiolos o pulmones (29).

Las infecciones respiratorias agudas se dividen, por lo común, en dos grandes grupos, a saber: Las infecciones de las vías aéreas superiores y de las vías aéreas inferiores, cuyo límite anatómico es la epiglotis (30).

1.3 Fisiopatogenia de las infecciones respiratorias agudas.

El período de incubación de las IRA es corto, de 1 a 3 días. Esto se debe principalmente a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada. El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de Pflugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones (31). La infección se propaga por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre. La replicación viral en una puerta de entrada abierta hacia el exterior explicaría su alta contagiosidad (32,33).

1.4 Epidemiología.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año. Según estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre el 20% y 40% de las

hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo (34, 35).

Anualmente las infecciones respiratorias causan cerca de 3,6 millones de fallecidos entre niños menores de 5 años y son la principal causa de muerte en este grupo de edad. Según han revelado estudios casi el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias finalmente queda con secuelas, las cuales aumentan el riesgo de infecciones recurrentes (36).

A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, las IRA de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en las épocas frías en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable. Pueden producir infección inaparente o sintomática, de distinta extensión y gravedad dependiendo de factores del paciente como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergias y estado nutricional (34,37). Las IRA son más frecuentes en niños pequeños, especialmente en lactantes y preescolares que comienzan a concurrir a sala cuna o jardín infantil, pudiendo elevarse el número hasta 8 episodios por niño por año calendario entre el año y los 5 años de edad (34,38).

1.5-Etiología

La etiología de las Infecciones Respiratorias Agudas está dada tanto por agentes bacterianos como virales. Entre las bacterias que causan estas infecciones pueden citarse: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus B hemolyticus*. En cambio, entre los agentes virales más comunes se encuentran: Sincitial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Coxsackie, entre otros (39, 40).

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 (41).

El 80 a 90% de los cuadros de IRA son de etiología viral. Los grupos más importantes corresponden a rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, virus sincicial respiratorio (VRS) y algunos enterovirus (ECHO y coxsackie). Dentro de cada uno de ellos existen, a su vez, numerosos serotipos por lo que el número de posibles agentes patógenos para la vía respiratoria asciende al menos a 150, pudiendo incluso producir reinfección por reexposición. A pesar que todos pueden afectar varios niveles en la vía respiratoria, cada uno tiende a producir un síndrome característico lo que permite diferenciarlos clínicamente. La etiología bacteriana, de mucho menor frecuencia, está relacionada a algunos cuadros específicos de IRA alta, como otitis media aguda, sinusitis, adenoiditis y faringoamigdalitis (42).

1.6 Manifestaciones Clínicas.

En ocasiones es una tarea un tanto difícil identificar cuál de las infecciones respiratorias está padeciendo un paciente, pues los síntomas son similares y la confusión de una por otra podría significar una prolongada enfermedad y serias complicaciones.

Las Infecciones Respiratorias Agudas están constituidas por un variado grupo de enfermedades causadas por diversos agentes causales que afectan uno 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 (43). Entre las IRA se encuentran aquellas infecciones leves como Resfrío o catarro, Faringitis, Amigdalitis, Bronquitis, Otitis o enfermedades graves como la Neumonía.

Catarro común o resfriado

Una gripe o resfriado común ocurre cuando se presenta una inflamación del tracto respiratorio alto a causa de un virus. Aunque los virus de la gripe se encuentran en cualquier ambiente, la exposición es más probable en lugares cerrados en contacto con otras personas. Existen cerca de 200 virus diferentes

que pueden causar el catarro; entre los más comunes se encuentran los rinovirus, virus sincitial respiratorio, virus corona, parainfluenza e influenza.

La infección usualmente comienza con estornudos, dolor de garganta y tos no productiva. Lo que diferencia la gripe de otras infecciones virales es la ausencia de fiebre alta. Después de 3 ó 4 días (una semana generalmente) la gripe comienza a aliviarse (44).

Bronquitis Aguda

La Bronquitis aguda es una inflamación e irritación de los bronquios, causada generalmente por una infección viral o bacteriana. En los niños, los virus son la causa más común de bronquitis (44). Sus síntomas incluyen tos con mucus, molestias en el pecho, fiebre y cansancio extremo.

Neumonía

La Neumonía es una inflamación de los bronquios y los alvéolos pulmonares. Pueden existir alrededor de 30 causas diferentes, entre ellas, virus, bacterias, micoplasmas, hongos, agentes químicos (45). La infección típicamente sigue a un resfriado o a la Influenza, pero puede comenzar como una infección primaria en los pulmones.

Los síntomas típicos de una neumonía viral son tos seca con dolor de cabeza, fiebre, dolor muscular y fatiga. Ocasionalmente a la infección viral puede seguir una infección bacteriana (46).

Los síntomas de la neumonía bacteriana son fiebre alta y una tos que produce un esputo grueso, de color verde amarillento. Puede sentirse también escalofríos y dolor en el pecho al respirar (46).

La Neumonía constituye una de las principales y la más letal de las IRA. 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 (47).

Influenza

La influenza es una infección de las vías respiratorias superiores e inferiores causada por los virus de la influenza A y B.

La infección se caracteriza por la rápida aparición simultánea de fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y fatiga. Es típico el dolor muscular, especialmente en la espalda, brazos y piernas. La fiebre puede mantenerse alta alrededor de tres días (46)

1.7 Métodos de Laboratorios Utilizados

Rinofaringitis aguda

El antecedente epidemiológico actual contribuye a establecer el diagnóstico. Pero el cuadro clínico, que es característico y autolimitado, es la base del diagnóstico.

El diagnóstico específico y los exámenes auxiliares son innecesarios por lo autolimitado de la enfermedad, solo se emplearía con fines epidemiológicos.

A propósito del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que algunas enfermedades pueden empezar como resfriado común, entre ellas sarampión, tosferina, a los síntomas iniciales siguen rápidamente los síntomas propios de cada enfermedad (47,48).

Faringoamigdalitis

Un cuadro hemático completo puede ser útil para el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, un recuento de leucocitos de menos de 12.500/ mm³, es raro en niños con infección por estreptococo (beta hemolítico del grupo A). La presencia de más de 10% de linfocitos atípicos, puede ser signo de mononucleosis infecciosa.

La verdadera infección por Streptococcus (beta hemolítico del grupo A) se define como el aislamiento del microorganismo más un aumento en los títulos de anticuerpos antiexoenzimas estreptocócicas. Esto incluye antiestreptolisina

O (ASO), antiDNasa B, antihialuronidasa y otras. Los estudios clínicos demuestran que cerca de la mitad de los cultivos de secreción faringea no están asociados con un aumento en anticuerpos antiexoenzimas estreptocócicas, por lo tanto, representan aislamiento de organismos de portadores. La tasa de portadores varía de un lugar a otro y de un tiempo a otro. En general, aproximadamente 10% de los niños presentan estreptococos beta hemolíticos del grupo A en sus gargantas en un momento dado(48).

El estado de portador puede persistir por meses, particularmente después de una infección activa, de esta manera simula una infección «crónica».

Estos portadores representan un pequeño riesgo tanto para ellos mismos como para otros(47,48)

Otitis media

Frente a un cuadro clínico sospechoso, la otoscopia convencional sigue siendo el método diagnóstico de elección. Es aconsejable un otoscopio de luz halógena, con baterías nuevas, así como un conducto libre de cerumen para visualizar el tímpano.

Este procedimiento puede ser difícil en el niño, por el tamaño reducido del conducto auditivo externo y por las características propias de sujeción de los pequeños. A un grupo de médicos de nueve países se les indagó acerca de qué tan certeros eran en el diagnóstico de otitis media en niños pequeños. Se encontró únicamente 58% de aciertos en el grupo de 0-12 (49).

Neumonía

A los pacientes con neumonías graves o en quienes se sospeche complicaciones se les debe realizar idealmente radiografía de tórax AP y lateral para la confirmación del diagnóstico, observar las características del infiltrado o de la consolidación. La formación de cavidades en combinación con neumotórax y empiema son frecuentes en infecciones por *Staphylococcus aureus*, pero no exclusivas de este germen.

Otros estudios: hemograma, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva, pueden ser sugestivos de infección bacteriana pero no son contundentes, puesto que son marcadores inespecíficos de inflamación.

El diagnóstico de la etiología bacteriana es muy difícil en neumonía, por este motivo se recomienda el hemocultivo a pesar de que la positividad del estudio varía del 10% a 20%.

Los cultivos de punción y aspiración del área consolidada sólo se recomiendan en investigación, para estudios epidemiológicos y en pacientes inmunosuprimidos, se recomienda la punción pleural si hay evidencia de derrame pleural, no se recomienda la citología de esputo por la limitación de la edad, en pacientes pediátricos la punción transtraqueal está contraindicada por los puntos anteriormente mencionados, es claro y categórico que el diagnóstico de la neumonía es clínico (50,51).

1.8- Prevención

Los virus causantes de la Influenza varían cada año, lo cual posibilita que ellos fácilmente eludan el sistema inmunológico de su huésped, motivo por el cual se hace necesario cambiar anualmente la composición de la vacuna.

Los componentes para la vacuna de la temporada 2000-2001 fueron seleccionados por la OMS en febrero de este año: un virus semejante a A/Moscú/10/99 (H3N2), uno semejante a A (Nueva Caledonia/20/99 (H1N1) y un virus B/Beijing/184/93 (52).

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 (53).

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 (54,55).

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 (56).

Esta vacuna usualmente es suministrada a personas con alto riesgo de padecer la enfermedad y sus complicaciones. En este orden de cosas deberán ser inmunizadas las personas de 65 años en adelante, todas aquellos que sufran de enfermedades crónicas tales como: cardiopatías, insuficiencia renal, sicklemia o diabetes. Los pacientes recuperados de alguna enfermedad severa, así como los que viven en hogares de ancianos u otros centros donde habitan personas institucionalizadas. No se recomienda la vacunación para las embarazadas y los niños menores de dos años (17, 53).

Dado que la Neumonía aparece a menudo después de una infección respiratoria ordinaria, la medida preventiva más importante es estar alerta ante cualquier síntoma que como consecuencia de algún problema respiratorio se prolongue por más tiempo del habitual (55).

1.9 Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas

El tratamiento para el catarro común es básicamente simple, lo cual no quiere decir que no requiera de toda la atención que merece. Una adecuada dieta, el reposo y la ingestión de abundantes líquidos son factores importantes que contribuyen a la rápida recuperación (56).

Maureen C. Van Dinter, especialista del Centro de Medicina Familiar de la Universidad de Wisconsin, aconseja a aquellos pacientes que como consecuencia de la gripe presenten dolor de garganta, hacer gárgaras con una solución de sal común y agua templada, ya que los líquidos templados y la sal ayudan a las mucosas de las membranas a contraerse y deshumedecerse. Otro método eficaz para combatir el catarro son las vaporizaciones durante 15 minutos, este procedimiento disminuye la inflamación de las mucosas de las membranas en el tracto respiratorio alto y estimula el drenaje. Asimismo, las

fricciones en el pecho con cremas o pomadas mentoladas pueden descongestionar y mejorar el estado general del paciente (57).

Carol S. Johnston, Ph. D, Profesora Asistente de la Universidad de Arizona, asegura que la Vitamina C puede disminuir el resfriado, pues actúa como un antihistamínico natural que ayuda a descongestionar los fluidos de la nariz y el lagrimeo de los ojos. En este sentido, recomienda tomar 500 miligramos de Vitamina C en la mañana y otra dosis en la noche, ya sea tanto en tabletas como la que se encuentra en las frutas y vegetales. Hace énfasis además en el hecho de tomar diariamente un suplemento de esta vitamina C, aunque reconoce que no es saludable consumir más de 1200 miligramos al día (57).

Según 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, asegura que el zinc es un importante factor para las reacciones metabólicas del organismo, lo cual ayuda al sistema inmunológico. Es por eso que los pacientes con resfriados, con previa instrucción de un facultativo, deben tomar algún suplemento que lo contenga. Por otro lado, esta especialista sostiene que la medicina verde es bien útil en el tratamiento de esta común infección (57).

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 tramacamra 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 (58).

Estos medicamentos relajan, abren las vías respiratorias, aliviando así los síntomas y reduciendo la duración de la tos. El más común de ellos es el Salbutamol (58).

A pesar de las fuertes advertencias de los expertos acerca de que la gripe común no requiere antibióticos, muchos médicos suelen sentirse presionados por los pacientes o sus familiares a prescribirlos para las infecciones leves del tracto respiratorio alto. 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. Los expertos estimaron que fuera del hospital sólo la mitad de los antibióticos prescritos para las afecciones de la garganta; el 20% de los prescritos para bronquitis y casi ninguno para los resfriados eran necesario. Este tipo de medicamentos sólo deben ser empleado en niños y ancianos cuyas condiciones de salud los colocan en alto riesgo de complicaciones por infecciones respiratorias (59).

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 (58).

La Bronquitis Aguda o la tos persistente asociada con la gripe casi nunca necesitan de antibióticos, a excepción de la Tos ferina o la tos por más de 10 días en niños con enfermedad crónica de los pulmones (no asma). Los médicos podrían prescribir antibióticos en el caso de tos persistente si se sospecha que esta condición está causada por los organismos Mycoplasma o Clamidia, los cuales usualmente afectan

a niños mayores y adultos jóvenes (59).

Los medicamentos empleados para combatir la Neumonía están determinados por el germen causante de la enfermedad y el criterio médico. En tal sentido,

una vez que el paciente ha recuperado la temperatura normal, no debe suspenderse la medicación de acuerdo a las instrucciones del facultativo, de lo contrario la entidad puede recurrir y esta recaída puede ser más seria que el primer ataque.

Además de los antibióticos, los pacientes deben recibir un tratamiento de apoyo como pueden serlo, una dieta adecuada y condiciones de oxigenación apropiadas que garanticen el aumento del oxígeno en sangre cuando sea necesario. En algunos casos, es conveniente la utilización de medicamentos para aliviar el dolor en el pecho y la tos (21).

Las personas jóvenes y saludables que padecen la entidad pueden volver a tener una vida normal en el plazo de una semana después de haberse recuperado de la misma. Sin embargo, para aquellos pacientes de mediana edad pueden transcurrir semanas antes de recuperarse totalmente y volver a la normalidad (21).

La amantidina y la rimantadina son medicamentos que ofrecen cierta protección contra la Influenza A y pueden también acortar la duración y disminuir la severidad de la enfermedad, suministradas dentro de las 48 horas a partir del comienzo de los síntomas, aunque no son efectivos en el tratamiento de la Influenza B. Es importante señalar que estos medicamentos pueden causar efectos secundarios como alteraciones en el sistema nervioso central y desajustes gastrointestinales. Sin embargo, la incidencia de efectos colaterales en el sistema nervioso central (agitación nerviosa, ansiedad, dificultades en la concentración, etc.) es más alta entre aquellas personas que han tomado amantadina que entre los que han consumido la rimantadina. Además las dosis de ambos medicamentos deben ser bajas para las personas mayores y todos aquellos que padezcan insuficiencia hepática (59).

Otros fármacos como el Zanamivir, inhibidores de la neuramidasa, resultan más promisorios para combatir la Influenza, pues en estudios realizados se ha hallado que acortan la duración de la enfermedad de uno a tres días y reducen las complicaciones por Neumonía o Bronquitis. Incluso, contribuyen a prevenir el desarrollo de la Influenza. El medicamento es administrado como un aerosol

nasal o inhalante y bloquea la capacidad de los virus para escapar de las células que ya han infectado, de esta forma previenen la infección a partir de la propagación (54).

Mientras que la amantidina y la rimantadina, administrada a adultos saludables en los 2 primeros días del comienzo de la enfermedad puede reducir la severidad y duración de los signos, así como los síntomas de la enfermedad por Influenza A, el zanamivir y el oseltamivir puede reducir la duración de la enfermedad por Influenza A y B, no complicada, aproximadamente en un día. Para disminuir la emergencia de los virus resistentes a los medicamentos antivirales, debe ser discontinuado el tratamiento de la amantadina o rimantadina tan pronto como clínicamente se autorice, por lo general después de los 3-5 días o dentro de las 24-48 horas después de la desaparición de los síntomas. En cambio, el plazo recomendado para el tratamiento con zanamivir u oseltamivir es de 5 días (58,59).

Capitulo II. Aspectos Metodológicos sobre las infecciones respiratorias agudas.

2.1 Diseño metodológico de la investigación.

Se realizara un estudio prospectivo-descriptivo desde marzo de 2010 a septiembre de 2010 en el Municipio Primero de Enero, en pacientes que acudan al cuerpo de guardia. Los casos incluidos en el estudio, serán los que presente un cuadro clínico compatible con una IRA de posible etiología viral de menos de 72 horas de evolución. Se realizara un interrogatorio exhaustivo y examen físico completo a todos los pacientes seleccionados, con previa aprobación de los mismos. Los datos serán obtenidos directamente de la Historia clínica de los pacientes, los cuales serán resumidos en forma de tablas expresados en porcentaje.

El universo estará conformado por todos los pacientes que acudan al cuerpo de guardia con manifestaciones respiratorias, pertenecientes a dicha área de salud. Para la selección por grupos etarios se tendrá en cuenta la proporción de estos por edades.

Se elaborara un modelo de encuesta donde se incluirán aspectos generales y de la vivienda, socioeconómicos, biológicos, de comportamiento y ambientales, que se aplicará a las pacientes. Elaboraremos una ficha personal que abarcara datos relacionados con aspectos clínicos y epidemiológicos asociados a las infecciones respiratorias agudas (anexo 3 Ésta incluirán nombre, edad, sexo, residencia actual, características de la vivienda, número de habitaciones por vivienda, número de personas por habitación, características ambientales alrededor de la vivienda.

Edad: variable cuantitativa continúa.

- Se tendrá en cuenta:

De 1 a 10 años

De 11 a 19 años

De 20 a 29 años

De 30 a 39 años

De 40 a 49 años

De 50 a 59 años

De 60 y mas

-**Sexo:** variable cualitativa nominal dicotómica

Según sus dos variables biológicas

Masculino

Femenino

-**Escolaridad:** Variable cualitativa

-**Número de habitaciones por vivienda:** Variable cuantitativa continua

- **Síntomas presentes:** Variable cualitativa nominal politómica

- **Exámenes Complementarios:** Variable cualitativa nominal

Se incluirán: hemograma con diferencial

Dentro del examen físico se incluirán los siguientes síntomas y signos: cefalea, fiebre, náuseas y vómitos, anorexia, astenia, escalofríos, tos, expectoración, dolores osteomusculares.

Se darán charlas educativas sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas

Medidas generales para prevenir las infecciones respiratorias agudas (Charlas educativas)

Información a los pacientes sobre las características del estudio y su aprobación.

A los pacientes se les brindará información detallada sobre el estudio (anexo 1), así como se recogerá su consentimiento por escrito de participar en la investigación (anexo 2).

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudan al cuerpo de guardia con manifestaciones catarrales
- Pacientes pertenecientes al área del Policlínico Primero de Enero
- Pacientes que den su consentimiento de participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Los que residan fuera del área de Primero de Enero
- Pacientes que no den su consentimiento de participar en el estudio.

La estrategia metodológica del Trabajo se basará en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos que se aplicarán durante la investigación son:

Métodos del nivel teórico:

-Análisis – síntesis: El cual permitirá penetrar en lo fundamental de lo que se observe, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

-Análisis histórico –lógico: Se seleccionará con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo que se empleará para indagar sobre el tema.

-Inducción – deducción: Porque en la investigación se establecerá generalizaciones que confirmen empíricamente la hipótesis.

Métodos empíricos:

-La observación: Mediante la misma se conocerá la realidad del proceso, para así diagnosticar que logre resolver el objetivo general de la investigación.

-Encuesta (anexo 2): Se utilizará como técnica para la obtención de la información, dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicará al total del universo de estudio. La misma será validada en un pilotaje del 10 % del total de encuestados, es decir los primeros en encuestar para el pesquisaje de acuerdo a los objetivos propuestos, en el municipio y periodo de estudio antes mencionado.

-El procesamiento estadístico: Se utilizará para comparar los datos que se obtengan como resultado de la encuesta a aplicar; el procesamiento se realizará en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se utilizarán los programas Microsoft Word y Excel 2007. Como medida de resumen se usará frecuencia y porcentaje (%).

Se redactará un informe final utilizando el procesador de texto *Microsoft Word* para *Windows Xp* teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médica de Ciego de Ávila.

Material y Método

Planteamiento del problema práctico y científico

Las infecciones respiratorias agudas aun constituyen un problema de salud en los países en vía de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de 4.3 millones de niños menores de 5 años de edad mueren cada año en el mundo por infección respiratoria aguda.

En la región de las Américas, las Infecciones Respiratorias Agudas se ubican entre las primeras cinco causas de defunción de menores de 5 años y representa la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud.

Actualmente en nuestro municipio las infecciones Respiratorias Agudas constituyen una de las primeras causas de morbilidad en los menores de 5 años. Al respecto, el número de casos registrados de infecciones respiratorias agudas en menores de 14 años, según datos de estadística el, policlínico en el año 2009 fue ----- casos. Las IRA representa entre el 40 y 60% de las consultas a los servicios de salud y entre el 20 y 40% de las hospitalizaciones pediátricas, muchas de las cuales se asocian a complicaciones posteriores que afectan la salud y la relación social del niño.

Justificación del estudio

Puesto que las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas mayoritarias para el grupo vulnerable y que uno de los elementos reconocidos en los programas más avanzados del mundo, son los conocimientos, creencias, actitudes, prácticas que tienen las madres para reconocer sus necesidades y costumbres frente a la Infección Respiratoria Aguda; se considera de gran relevancia realizar el estudio en este campo de la salud, donde la enfermera contribuye directa y eficazmente en el cuidado de la salud infantil, desarrollando actividades preventivo-promocionales, teniendo en

cuenta para esto las características socio-culturales de la población, lo cual contribuirá a disminuir la morbi-mortalidad infantil y de esta manera mejorar la calidad de vida así como el nivel de salud de los mismos.

Formulación de Hipótesis y objetivos

a) Hipótesis de Investigación:

Cuando la madre del niño menor de 14 años tiene mayor conocimiento sobre las medidas preventivas de la infección Respiratoria Aguda; aplica prácticas preventivas según lo establecido en el sub.-Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas.

b) Hipótesis Estadística

1- No existe relación entre los conocimientos y las prácticas que tiene la madre del niño menor de 14 años sobre las medidas preventivas de la IRA.

2- Existe relación entre los conocimientos y las practicas que tiene la madre del niño menor de 14 años sobre las medidas preventivas de la IRA.

Objetivos:

a) General:

- Determinar la relación que existe entre los conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños menores de 15 años en la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas.

b) Específicos

- Identificar los conocimientos que tienen las madres de los niños menores de 14 años acerca de la prevención de las infecciones respiratorias agudas.

- Evaluar las prácticas que tienen las madres de niños menores de 14 años acerca de la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Control Semántico

Tipo y nivel de Investigación:

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos de nuestro estudio corresponde a una investigación aplicada ya que se concentrará en estudiar y contribuir a la solución de un problema práctico inmediato siendo del tipo descriptivo-correlacional de corte transversal ya que permitirá obtener información precisa sobre las variables a investigar, así como describir sistemáticamente la relación existente entre las variables de estudio para luego con los resultados a obtener proceder a identificar y determinar los conocimientos y prácticas que tengan las madres sobre la prevención de la infección respiratoria aguda.

Población y Muestra

Población

La población de estudio estará constituida por las madres de los niños menores de 14 años que asistan a la consulta de respiratorio del cuerpo de guardia del policlínico Primero de Enero.

La estimación cuantitativa de la población (# de niños que acudan a la consulta de respiratorios) permitirá obtener el promedio de niños que acudan por día, lo que corresponderá a los niños que asistan en un mes, este resultado permitirá obtener el tamaño de la muestra.

Para la selección de la muestra se tomarán en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión respectivamente.

Criterios de inclusión:

- Madres cuyos niños oscilan entre el 1 mes y los 14 años de edad.
- Madres que asistan a la consulta de respiratorio.
- Madres con niños aparentemente sanos y que hayan padecido por lo menos una vez de alguna infección respiratoria aguda durante ese año.

Criterios de Exclusión:

- Madres cuyos niños que sean menores de 1 mes o mayores de 14 años de edad
- Madres que no acudan a la consulta de respiratorio.
- Madres con niños enfermos y que presentan infección respiratoria aguda continuamente.

Resultados

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- a) **Conocimiento que tiene la madre del niño menor de 14 años acerca de la prevención de IRA:** Variable independiente.
- b) **Prácticas que tiene la madre del niño menor de 14 años acerca de la prevención de la IRA:** Variable dependiente:
- c) **Edad: Variable cuantitativa continua**

Se tendrá en cuenta grupos de edades (- de 1 año, de 1-4, de 5- 9 y 10- 14)

- d) **Sexo:** Variable cuantitativa nominal dicotómica según sus dos variables biológicas

Masculino y Femenino

- e) **Escolaridad:** variable cualitativa

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Prácticas que tiene la madre del niño menor de 5 años acerca de la prevención de la Infección Respiratoria Aguda.	Es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas que emplea la madre para prevenir la IRA y sus complicaciones, las cuales son adquiridas por medio de la experiencia, basada en cierto tipo de conocimiento sea este científico o empírico, que puede ser valorada a través de la observación o expresada por medio del lenguaje	• Habilidad y destreza.	<ul style="list-style-type: none"> • Control de Temperatura • Brindar alimentación balanceada • Aplicación de Lactancia Materna. • Utilización de remedios caseros. (inhalaciones, jarabes, de hierbas). • Aplicación de medidas caseros y/o tradicionales (inhalaciones, infusiones de hierbas). • Protección del enfriamiento (sotero adecuado). • Asistencia al control de CRED. • Asistencia a un establecimiento de salud. • Prevención del hacinamiento y contaminación ambiental en su vivienda (uso de tabaco, leña, combustible). • Automedicación. • Evitar las complicaciones de la IRA.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Conocimientos que tiene la madre acerca de la prevención de la IRA.</p>	<p>Es el conjunto de ideas, conceptos, hechos y principios que adquiere la madre por medio de una educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales, acerca de las medidas a tener en cuenta para evitar la presencia de IRA y sus complicaciones.</p>	<p>* Información que tiene la madre sobre los signos y síntomas de la IRA.</p> <p>* Información que tiene la madre sobre medidas preventivas de la IRA.</p>	<p>- Signos y síntomas de la IRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos con /sin expectoración verdosa o amarillenta • Dolor de garganta. • Secreción nasal transparente, verde o amarillenta. • Fiebre > 38.5 °C. • Respiración rápida. • Dolor en oído y/o secreción purulenta. • Alateo nasal. • Dificultad respiratoria. • Elevación de Costillas. • Cianosis. • Falta de Apetito. • Complicaciones de la IRA. <p>- Medidas de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a la vacunación del niño. • Lactancia materna. • Alimentación adecuada Carbohidratos, Grasas. • Proteínas. • Abrigo adecuado. • Condiciones adecuadas de vivienda y/o contaminación. • Ambiental. • Conocimiento de medicina casera y/o tradicional. • Conocimiento de medicamentos más usados.

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTOS LA MEDICIÓN	APROXIMACIÓN		ESCALA DE MEDICIÓN
			TECNICA	INSTRUMENTO	
a) Conocimiento alto. b) Conocimiento medio. c) Conocimiento bajo.	Cuando la madre luego de la aplicación del instrumento obtenga: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento alto: 22-15p - Conocimiento medio: 14-8p - Conocimiento bajo: 0-7p 	Dentro de los procedimientos para la medición de la variable de estudio que permitirá la recolección de datos, se tendrá en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Autorización del Centro de Salud para la realización del estudio. - Selección de la población y tamaño de la muestra. - Selección de método, técnica e instrumento. - Seleccionar la escala de medición. - Elaborar el instrumento a aplicar y validarlo. - Reproducir el instrumento. - Solicitar el consentimiento de la madre. - Informar a la madre acerca de la aplicación del instrumento. - Aplicación del instrumento. - Análisis los resultados obtenidos mediante pruebas estadísticas. 	Entrevista	Questionario	Razón

Definición Operacional de Variables

Conocimientos que tiene la madre del niño menor de 14 años acerca de la prevención de la infección respiratoria Aguda. Es el conjunto de información que posee la madre del niño menor de 14 años acerca de los signos y síntomas de la infección respiratoria aguda y las medidas preventivas de las mismas, valoradas como alto, medio y bajo, recogidos a través de la entrevista, utilizando como instrumento al cuestionario.

Prácticas que tiene la madre del niño menor de 14 años acerca de la prevención de la Infección Respiratoria Aguda.- Son el conjunto de habilidades y destrezas que son referidos y utilizados por las madre del niño menor de 15 años, basados en la experiencia y en el conocimiento, identificados a través de prácticas correctas/incorrectas, los cuales se llevan a cabo para prevenir la presencia y complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas en sus niños, recogidos a través de la entrevista, utilizando como instrumento el cuestionario.

Técnica e Instrumento de Recolección:

Para el efecto de la recolección de datos se seleccionara como técnica la entrevista y como instrumento se utilizara el cuestionario, el cual será aplicado en forma personal a cada madre por parte de la investigadora; considerándose a estos como medios efectivos para recolectar datos reales sobre el estudio siendo su objetivo el de obtener información acerca de los conocimientos y su relación con las prácticas que tengan las madres de los niños menores de 14 años acerca de la prevención de la infección respiratoria aguda.

La estructura del cuestionario (Anexo 1) constara de Las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales en relación a la madre, datos generales en relación al niño y el contenido propiamente dicho. Consta de 29 items entre los cuales se formularan preguntas cerradas entre dicotómicas y de opción múltiple así como también preguntas abiertas.

Para medir las variables se asignara un puntaje a las respuestas de las madres tanto para los conocimientos como para las prácticas. Para esto se elaborara un patrón de respuestas (libro de códigos-Anexo 2) que servirá como parámetro de evaluación, en el cual se asignara el puntaje correspondiente a cada una de las respuestas. La clasificación de los conocimientos y prácticas y su escala de medición será como a continuación se presenta:

a) Para los conocimientos: total 30p (15; items)

- Conocimiento alto: 30-21p. (100 – 70%)
- Conocimiento medio: 20-11p (69 – 36%)
- Conocimiento bajo: 10-0p. (35 – 0%)

b) Para las Prácticas: total 32p. (16 items)

- Prácticas Correctas. 32-16p (100 – 50%)
- Prácticas Incorrectas: 15-0p. (49 – 0%)

Validez y Confiabilidad

La validez del instrumento, se hará mediante el juicio de expertos, participando profesionales que laboren en la consulta de respiratorio, el área de Pediatría, y del área de Investigación; cuyas opiniones y recomendaciones servirán para mejorar el instrumento. Los puntajes serán sometidos a la prueba binomial.

La confiabilidad del instrumento se determinara a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizara en el mismo Centro de Salud, tomándose el 10% de la muestra establecida en una con similares características a la del estudio pero que no pertenezca a la población.

Los resultados que se obtengan permitirán reestructurar y/o discriminar items, garantizando su consistencia y coherencia interna así como reducir al máximo el margen de error.

Recolección y Procesamiento de Datos:

El proceso de recolección de datos se realizara previa autorización del Consejo Científico para la realización del estudio y aplicación del instrumento (antes sometido a prueba de validez y confiabilidad) así como coordinación con la Jefatura de Pediatría Enfermería y Enfermera encargada del programa.

El cuestionario será reproducido tomando en cuenta el número de la muestra los resultados de la prueba Piloto, así como la prueba de Validez y Confiabilidad y los datos serán recolectados en la consulta de respiratorio; informando y orientando la madre acerca del instrumento previa a su aplicación, el cual se realizara durante un periodo de 4 semanas (abril a mayo del 2010) todos los días.

Una vez que se obtenga la información y con la finalidad de facilitar el manejo de los datos a recolectar referente a los conocimientos y prácticas que tengan las madres de los niños menores de 15 años acerca de la prevención de la Infección respiratoria aguda se elaborara un libro de códigos u hojas de codificación o matriz la cual permitirá obtener información del total de la muestra seleccionada para luego clasificar los resultados mediante la escala de calificación o medición, los cuales serán procesados en forma manual mediante el sistema de tabulación por paloteo. Para la presentación de los hallazgos se realizaran cuadros estadísticos, utilizándose cuadros de una y dos entradas los cuales servirán de base para realizar el análisis e interpretación de la información que se obtenga.

Conclusiones

1. El 69.8% de los pacientes entendidos por enfermedades respiratorias en nuestro PPU se encontraban en el grupo de edad de menores de 15 años.
2. No hubo diferencias en ambos sexos en cuanto a la incidencia de las iras.
3. la mayoría de los pacientes atendidos provenían del área urbana.
4. Existieron diferencias en el tratamiento impuesto a los pacientes pues el 86.1% de ellos recibió algún tipo de tratamiento medico y el restante que es el 13.9% solamente requirió observaciones.

Recomendaciones

Continuar realizando investigaciones acerca de las enfermedades respiratorias agudas en nuestras áreas de salud.

Referencias Bibliográficas

- 1- Abreu Suárez G. Infecciones respiratorias agudas. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;7(2):129-40.
- 2-Goyenechea A, Bello M, Savón C, Valdivia A, Oropesa S. Determinación de anticuerpos fijadores de complemento al virus sincitial respiratorio. Estudio longitudinal en una población menor de un año en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Med Trop 1997; 46(2): 79-85.
- 3- Mulholland L, Weber M. Reconocimientos de causas y síntomas de la neumonía. Noticias sobre IRA 1999;25(2): 3-4.
- 4-Riverón RW, Rojo I, Gonzáles R. Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de 15 años en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol 1999;24(3):279-89.
- 5-Merson MH. Acute respiratory infections. Control Programme. Summary Overview-Progress and plans. Ninth of interested parties Geneva: OMS, 22-30 Jun 1989.
- 6-WHO. Programme for vaccine development and transdisease vaccinology. MIM/EXBUD/89-1. Geneva, 1989.
- 7- Miller DL. Acute respiratory infections. En: Epidemiology of disease. London: Blackwell Scientific, 1982.
- 8-Pio A, Leowskyi, Ten Dam. La magnitud del problema de las infecciones respiratorias agudas. En: OPS/OMS. Documentos básicos: control de infecciones respiratorias agudas. II Seminario Regional sobre infecciones respiratorias agudas en niños y supervivencia infantil; 1984 Oct 29-31; Rio de Janeiro. OPS/OMS, 1986:1-4.
- 9- Miller DL. Infecciones respiratorias agudas en la infancia: direcciones futuras y prioridades de investigación Bol UICTER 1991;65(4):11-8.

10- Benguigui Y. Investigaciones operacionales prioritarias en el control de las IRA. OPS/OMS. HPM/ARI/89.

11-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control de IRA en Cuadro Epidemiológico Nacional. 1991. La Habana: MINSAP, 1992.

12- Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia 1 (1), 1996. En:<http://www.sld.cu/instituciones/uats/RTV/>

13-Programa de control de enfermedades respiratorias agudas. Argentina. En:
<http://www.santafe.gov.ar/msyma/respi.htm>

14- **Infecciones Respiratorias Agudas** Disponible en: URL:
http://geosalud.com/enfermedades_infecciosas/IRA.htm.

15- **Razón B.** Prevención de las infecciones respiratorias agudas: Presente y futuro. Rev Cub **Pediatr** 2003; 75(4):3-51.

16-Aldana RS, Coria J, Bustos E, Espinosa L, Karam J. Infecciones Respiratorias agudas en menores de 5 años. 2001. *Práctica Médica Efectiva* 2001; 3(7): 1-5.

17-**Giachetto G, Martínez M, Montano A.** Infecciones Respiratorias Agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años. Posibles factores de riesgo de gravedad. *Arch Pediatr Urug* 2001; 72(3):206-210.

18- **Sodestrom M, Hovelius B, Prellner K.** Respiratory tract infections in children with recurrent episodes as preschoolers. *Acta Paediatr Scand* 1991; 80:688-695.

19- **Chonmaitree T, Mann L.** Respiratory infections. En: Rottbart HA. editor. *Human Enterovirus infections*. Washington: ASM Press. 1995. p 255-70.

20-**Rodríguez-Tamayo R, Sánchez-Tarragó N.** Infecciones Respiratorias Agudas: Aspectos clínicos y epidemiológicos. Reporte Técnico de Vigilancia 2000; 5(7):1028-1038.

21- **Weinberg GA, Erdman DD, Edwards KM, Hall CB, Walker FJ, Griffin MR.** Superiority of reverse-transcription polymerase chain reaction to conventional viral culture in the diagnosis of acute respiratory tract infections in children. *J Infect Dis* 2004; 189:706-710.

22- **Erdman DD, Weinberg GA, Edwards KM.** GeneScan reverse transcription- PCR assay for detection of six common respiratory viruses in young children hospitalized with acute respiratory illness. *J Clin Microbiol* 2003; 41:4298-303.

23- **Clements S, Spitzer E, Nomani NK, Musser JM.** Acute Respiratory Infection in the Developing World: strategies for prevention and treatment. *J Infection Diseases* 1999; 6:622-629.

24- **Johnston S, Siegel C.** Evaluation of direct immunofluorescence, enzyme immunoassay centrifugation culture, and conventional culture for the detection of respiratory syncytial virus. *J Clin Microbiol* 1990; 28(11):2394-2397.

25- **García-García, ML, Calvo-Rey C, Pozo-Sánchez F, Vázquez-Álvarez MC, González-Vergaza A, Pérez-Breña P, Casas-Flecha I.** Infecciones por Bocavirus humano en niños españoles: características clínicas y epidemiológicas de un virus respiratorio emergente. *An Pediatr* 2007; 67(3):212-219.

26- **Artiles-Campelo F, Pérez-González M, Caballero-Hidalgo A, Pena-López M.** Diagnóstico etiológico de las infecciones respiratorias agudas de origen vírico en un hospital pediátrico de Gran Canaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24 (9):556-561.

27- **Johnston SL.** Impact of viruses on airway diseases. *Eur Respir Rev* 2005; 14:57-61.

28- **Raoult D, La Scola B, Birtles R.** The discovery and characterization of Mimivirus, the largest known virus and putative pneumonia agent. *Clin Infect Dis* 2007; 45:95-102.

29-Salazar Lindo Eduardo. *Lecturas en Infección Respiratoria Aguda en Niños.* Lima - Perú. 1994.

30- Meneghello R. Julio. *Diálogos en Pediatría III.* Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago Chile. 1990.

31-López IM, Sepúlveda H, Valdés I. Acute respiratory illnesses in the first 18 months of life. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1997;1(1): 9-17.

32-Avendaño LF. Resfrío común, influenza y otras infecciones respiratorias virales. En: Meneghello J. *Pediatría.* 5TM Edición, Editorial Médica Panamericana 1997; 1264-8.

33-Arnold JE. Infections of the upper respiratory tract. En: Nelson W. *Textbook of Pediatrics.* 15th edition, W.B.Saunders Company 1996; 1187-93.

34-Pickering LK, Morrow AL. Child care and communicable diseases. En: Nelson W. *Textbook of Pediatrics.* 15th edition, W.B.Saunders Company 1996; 1028-30.

35-Kirkpatrick GL. The common cold. *Prim care* 1996; 23(4): 657-75.

36-Middleton DB. Pharyngitis. *Prim care* 1996; 23(4): 719-39.

37-Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997;314: 1526-9.

38-Rosenfeld JA, Clarity G. Acute otitis media in children. *Prim care* 1996; 23(4): 677-86.

39-López IM, Sepúlveda H, Valdés I. Acute respiratory illnesses in the first 18 months of life. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1997;1(1): 9-17.

40-Avendaño LF. Resfrío común, influenza y otras infecciones respiratorias virales. En: Meneghello J. Pediatría. 5TM Edición, Editorial Médica Panamericana 1997; 1264-8.

41-Arnold JE. Infections of the upper respiratory tract. En: Nelson W. Textbook of Pediatrics. 15th edition, W.B.Saunders Company 1996; 1187-93.

42-Pickering LK, Morrow AL. Child care and communicable diseases. En: Nelson W. Textbook of Pediatrics. 15th edition, W.B.Saunders Company 1996; 1028-30.

43-Kirkpatrick GL. The common cold. Prim care 1996; 23(4): 657-75.

44- What are the treatments for more severe upper respiratory tract infections ? En:<http://www.lycos.com>

45- National Jewish Medical & Research Center. Upper respiratory infections (Colds) and acute bronchitis. En:<http://www.medfacts.com>

46- Bronchitis. Prevention. Medical Encyclopedia. En:<http://medlineplus.adam.com/ency/article/001087prv.htm>

47-Cherry JD. Infecciones de las vías respiratorias superiores. Resfriado común. En Feigin RD, Cherry JD (eds). Tratado de infecciones en pediatría. 3a ed.. México: Interamericana McGraw - Hill; 1995.:157-162.

48- Turner RB. The epidemiology, pathogenesis and treatment of the common cold. Seminars in Pediatric Infectious Disease Journal 1995 ; 6: 57 - 61.

49- Davies Hd, Wang E, Manson D, Babyn P, et al. Reliability of the chest radiograph in the diagnosis of lower respiratory infections in young children. *Pediatric Infectious Diseases Journal* 1996; 15: 600 - 604.

50-. Nohynek H, Valkeila E, Leinonen M, Eskola J. Erythrocyte sedimentation rate, white blood cell count and serum C-reactive protein in assessing etiologic diagnosis of acute lower respiratory infections in children. *Pediatric Infectious Diseases Journal* 1995;14: 484 - 490

51- Walker TA, Khurana S, Tilden SJ. Virosis de vías respiratorias. *Clínicas Pediátricas de Norte América* 1994; 6: 1347 - 62

52- 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>)

53- OMS. Influenza Vaccines http://www.who.int/vaccines_diseases/research/virus1.htm

54 Influenza: Introduction of the Neuraminidase Inhibitors. 2000. Medscape. <http://www.medscape.com/Medscape/ID/Treatment-Update/2000/tu02/tu02-02.html>

55- Vaccine experts anticipate coming influenza pandemic. Reuters 18 nov 2000 (<http://id.medscape.com/prof/2000/10/10.18/20001017rglt004.html>).

56- ACIP. Practice guidelines: ACIP issues recommendations for the 2000-2001 influenza season.

57-Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997;314: 1526-9.

58-Rosenfeld JA, Clarity G. Acute otitis media in children. *Prim care* 1996; 23(4): 677-86.

59-Newton DA. Sinusitis. *Prim care* 1996; 23(4): 701-17.

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS Y SU RELACION CON LAS PRACTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Presentación : Sra. buenos días, en este momento me encuentro trabajando en la consulta de respiratorio en coordinación con los médicos encargados del programa con el objetivo de obtener información para un proyecto de investigación acerca de qué es lo que conoce y realiza para evitar que su niño presente resfrío, tos, bronquitis, entre otras.

Instrucciones : Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con una aspa (X), la respuesta correcta según crea conveniente. Este cuestionario es anónimo; solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de ante mano su sinceridad y colaboración.

A) Datos Generales en relación a la madre

a) Edad: 15 – 19 ()

20 – 35 ()

36 – 45 ()

46 a más ()

b) Número de hijos: _____

c) Procedencia:

Urbana ()

Rural ()

d) Grado de Instrucción:

Analfabeto ()

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Superior ()

e) Ocupación: Especifique_____

B) Datos Generales en relación al niño:

a) Edad:

Menor de 1 años ()

De 1 -4 años ()

De 5-9 años ()

de 10-15 años ()

b) Sexo: F () M ()

c) ¿Cuántas veces enfermo su niño de la gripe, resfrío, tos, en este año?

Ninguna ()

1 – 3 ()

4 – 7 ()

8 a más ()

C) Datos relacionados a los Conocimientos y Prácticas:

1) ¿Qué molestias reconoce UD. cuando su niño presenta problemas respiratorios?

a) tos/dolor de garganta ()

b) secreción nasal ()

- c) dolor de barriga ()
- d) dolor de oído ()

2) Los factores de riesgo para que las molestias anteriormente mencionadas, se presenten son:

- a) deficiente alimentación ()
- b) falta de vacunación ()
- c) desabrigarse ()
- d) cambio de clima ()

3) El acudir a la consulta de respiratorio ¿Evita los problemas respiratorios?

- a) Sí () b) No ()

4) ¿Asiste UD. a sus citas del control de respiratorio?

- a) Sí () b) No () c) A veces ()

5) El vacunar oportunamente a su niño ¿Evita los problemas respiratorios?

- a) Sí () b) No ()

6) ¿Qué vacunas ha recibido su hijo en forma completa?

- a) BCG ()
- b) Antipoliomielítica ()
- c) Antisarampionosa ()
- d) DPT (Triple) ()
- e) Ninguna ()

7) El darle lactancia materna exclusiva a su niño ¿Evita los problemas respiratorios?

- a) Sí () b) No ()

8) ¿Qué tipo de lactancia da (dio) a su niño desde que nació?

- a) Sólo leche materna ()
- b) Sólo leche artificial ()
- c) Sólo lactancia mixta ()

9) El brindar una alimentación balanceada a su niño ¿previene los problemas respiratorios?

a) Sí () b) No ()

12) Cuando su niño tiene tos, dolor de garganta, resfrío, UD.:

a) Aumenta el número de comidas ()

b) Lo alimenta normalmente ()

c) Disminuye el número de comidas ()

d) No le exige comer ()

13) El abrigar adecuadamente o proteger a su niño de cambios bruscos de temperatura ¿previenen los problemas respiratorios?

a) Sí () b) No ()

14) ¿Qué hace UD. cuando en un día lluvioso tiene que salir con su niño?

a) Lo abriga mucho ()

b) Lo abriga ()

c) No lo abriga mucho ()

d) No lo abriga ()

e) Otros ()

15) El mantener en condiciones higiénicas su vivienda ¿previene los problemas respiratorios en el niño?

a) Sí () b) No ()

16) ¿Cuántas personas viven en su vivienda?

a) De 1 a 4 personas () b) Más de 5 personas ()

17) ¿El niño en su habitación duerme sólo?

a) Sí () b) No ()

18) La habitación de su niño ¿tiene ventanas?

a) Sí () b) No ()

19) El humo de los cigarrillos y/o la contaminación ambiental en su vivienda ¿producen los problemas respiratorios en el niño?

a) Sí () b) No ()

20) ¿En casa fuman cigarrillos?

a) Sí () b) No ()

21) Acostumbra quemar la basura u otros desperdicios en su domicilio?

a) Sí () b) No ()

22) Si su niño tiene dolor de garganta, es por:

a) Infección ()

b) Ingesta de bebidas heladas ()

c) Desabrigarse ()

d) Frío ()

e) Otros () _____

23) ¿Qué hace UD. si su niño tiene tos y dolor de garganta?

a) Le da jarabes y/o antibióticos ()

b) Le frota el pecho ()

c) Le da infusiones de hierbas ()

d) Le da líquidos tibios/lo abriga ()

e) Otros () _____

24) Si su niño se pone morado al toser, es porque:

a) Le falta aire ()

b) Está muy enfermo ()

c) Esta mal de los bronquios ()

d) No sabe ()

e) Otros () _____

25) ¿Qué hace UD. si su niño no puede respirar bien o se ahoga?

a) Le frota el pecho ()

b) Inhalaciones ()

c) Lo lleva al C.S. u Hospital ()

- d) No sabe ()
- e) Otros () _____

26) ¿Cuáles son las complicaciones de los problemas respiratorios?

- a) Bronquitis ()
- b) Neumonía ()
- c) Otitis ()
- d) Todas las anteriores ()
- e) No sabe ()

27) Se considera fiebre cuando:

- a) Cuando la T° es menor de 37.5°C ()
- b) Cuando la T° es 37.5°C ()
- c) Cuando la T° es mayor de 37.5°C ()
- d) Cuando la T° es mayor de 38.5°C ()
- e) No sabe ()

28) Si su niño presenta fiebre, es porque:

- a) Tiene infección ()
- b) Está pasado de frío ()
- c) Está muy enfermo ()
- d) Se desabriga ()
- e) Otros () _____

29) ¿Qué hace UD. si su niño presenta fiebre?

- a) Le aligera la ropa ()
- b) Aplica pañitos con agua tibia ()
- c) Controla la temperatura ()
- d) Aumenta la ingesta de líquidos ()
- e) Todas las anteriores ()
- f) Otros () _____

30) ¿Cuál de los siguientes signos o síntomas considera UD. que son de peligro o alarma en el niño?

- a) Fiebre > 38.5°C ()

- b) Dificultad respiratoria ()
- c) Respiración rápida ()
- d) Elevación de costillas ()
- e) No sabe ()
- f) Todas las anteriores ()

31) ¿Dónde acude UD. primero, si su niño tiene tos, estornudos, moquito transparente, malestar general?

- a) Hospital ()
- b) Centro de Salud ()
- c) Farmacia ()
- d) Automedicación ()
- e) Hierbera ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2

a) Para los conocimientos: total 30p (15; items)

- Conocimiento alto: 30-21p. (100 – 70%)
- Conocimiento medio: 20-11p (69 – 36%)
- Conocimiento bajo: 10-0p. (35 – 0%)

b) Para las Prácticas: total 32p. (16 items)

- Prácticas Correctas. 32-16p (100 – 50%)
- Prácticas Incorrectas: 15-0p. (49 – 0%)

Validez y Confiabilidad

Anexo 3

Documento de consentimiento.

Policlínico Docente Primero de Enero.

Estudio de tratamiento

Nombre del paciente: -----

Edad: -----

Historia Clínica: -----

El siguiente documento es constancia de la información recibida sobre el objetivo de la investigación.

Firma del paciente: -----

Firma del medico: -----

Formas de divulgación

Conferencias, talleres, salida de maestrías, eventos científicos