

UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS
“JOSE ASEFF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO “BELKIS SOTOMAYOR”

Título: Intervención Educativa sobre las Infecciones Respiratorias Agudas, en madres de niños menores de 5 años.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Medicina General Integral.

Autora: Dra. Danairis de la Caridad Gavilán Betanzos

Ciego de Ávila

2019

UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS
“JOSE ASEFF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO “BELKIS SOTOMAYOR”

Título: Intervención Educativa sobre las Infecciones Respiratorias Agudas, en madres de niños menores de 5 años.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Medicina General Integral.

Autora: Danairis de la Caridad Gavilán Betanzos.

Aspirante a especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Dagmaris de la Torre Alvear.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Profesor auxiliar.

Ciego de Ávila

2019

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después, para evaluar la efectividad de la implementación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos relacionados con los factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en madres o tutores de niños menores de 5 años del consultorio no.2 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2018 a febrero de 2019. El Universo de estudio está constituido por 45 madres de niños menores de 5 años. Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades entre la tercera y cuarta décadas de la vida y el nivel de escolaridad preuniversitario. Se reportó una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos sobre generalidad de las infecciones respiratorias agudas, así como factores de riesgo, síntomas, influencia del medio ambiente y conducta a seguir frente a esta entidad, lo que provocó que se observaran diferencias significativas entre el nivel de conocimientos global sobre el tema en las madres evaluadas.

Palabras claves: Intervención comunitaria, Infecciones Respiratorias Agudas, Niños.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	7
▪ Marco teórico.....	8
▪ Método.....	25
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	32
▪ Conclusiones.....	42
▪ Referencias bibliográficas.....	43
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen la causa más frecuente en las consultas de pediatría, siendo las edades más vulnerables los menores de 5 años ^{1,2}.

Estas están presentes durante todo el año y se incrementan de manera significativa en los meses de invierno, con alta morbilidad. Corresponden a la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización, con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. Estas afecciones, conjuntamente con las enfermedades diarreicas agudas y la malnutrición, encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados. Históricamente, las infecciones respiratorias agudas han sido el azote de la población infantil. Cada año mueren entre 10 y 12 millones de niños menores de 5 años y más de 90 % de estas muertes se registran en países en desarrollo, de los cuales 4,3 millones (21,3% de todas las muertes) se atribuyen a esta causa. Entre estas afecciones se destaca la neumonía, con una incidencia muy elevada en la infancia y con variaciones según la edad (4 mil casos por 100 mil niños por año), principalmente en el grupo de 1 a 5 años. Los países más desarrollados de América, si bien consideran la neumonía entre las primeras causas de muerte en los menores de 1 año, sus tasas de mortalidad distan mucho de los que están en desarrollo ³.

Según la OMS en Abril del 2013 la neumonía es la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula que mata cada año a unos 1,1 millones de niños menores de cinco años, más que el SIDA, la malaria y el sarampión combinados, lo que supone el 18% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo. La neumonía afecta a niños y a sus familias de todo el mundo, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional ⁴.

Los países involucrados en la erradicación de los problemas antes mencionados han decidido plasmar este esfuerzo en actividades concretas por lo que muchos de ellos se encuentran en la implementación de estrategias de tratamiento estándar, orientadas por las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud, con el objetivo de aunar criterios respecto a diagnósticos, evaluación y tratamiento a pacientes con estas afecciones. Para

ello se establecieron lineamientos generales cuyas pautas se relacionan con la clasificación y aspectos conceptuales de las IRA, con lo cual se trata de lograr una evaluación clínica, causal y terapéutica integrada según la clasificación vigente en cada país ^{5,6}.

De hecho, existen múltiples clasificaciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que han sido adoptadas y adaptadas por los programas nacionales de control de las IRA en varios países, para las cuales se toman en cuenta aspectos causales, anatómicos, clínicos (según gravedad, complicaciones, tipicidad y topografía), entre otros, y se trata de abarcar la situación epidemiológica específica de cada localidad ^{1,4,5,7}.

La clasificación original de las IRA, propuesta por la OMS, comprendía 3 divisiones denominadas: IRA "graves" (exigían envío al hospital), "moderadas" (se recomendaba antibioticoterapia en el hogar) y "leves" (se trataban solo con medidas paliativas y sin antibióticos); sin embargo, algunos expertos consideraron que esta clasificación aparentemente sencilla motivó variadas objeciones por las madres y otras personas encargadas del cuidado de los niños, pues argumentaron que las neumonías, otitis media y presunta laringitis estreptocócica entre otras afecciones, si bien se incluyen en algunas de las 3 divisiones expuestas anteriormente, resultaba difícil al personal de salud vigilar por separado la frecuencia y calidad del tratamiento de cada una. Aunque los autores de este artículo consideran válidas estas objeciones, reconocen que esa clasificación permitía al menos, focalizar la atención en la gravedad del cuadro clínico, lo que resultaba un elemento de suma importancia en la lucha por disminuir las muertes por IRA en niños pequeños ⁵⁻⁸.

Al centrarse en el principal objetivo de la estrategia de tratamiento estándar de casos, es decir, reducción de la mortalidad por neumonía, se modifica la clasificación anterior y se adaptan términos clásicos tradicionales que fomentan una mejor comprensión, de manera que el niño con tos o dificultad para respirar se clasifica, según propuestas de la OMS, como "IRA sin neumonía", con "neumonía leve" o "grave" y también con los siguientes términos ^{9,10}:

El tratamiento de las sibilancias se incorpora dentro de cada una de estas clasificaciones, y los niños con problemas de oído o dolor de garganta son atendidos mediante un conjunto de lineamientos particularizados para estas

afecciones. Muchos países que habían asumido la clasificación de IRA leves, moderadas o graves adoptaron la nueva terminología al encontrarla más adecuada y señalar que el tratamiento de la neumonía en el hogar es básico para el éxito de los programas y depende, en gran medida, de la evolución según la gravedad ¹⁰.

Estas últimas clasificaciones enfatizan en la gravedad de las neumonías, así como en los síntomas y signos que las caracterizan, sobre todo en niños pequeños; sin embargo, aportan información muy escasa sobre las IRA altas y los problemas relacionados con los síndromes que las integran. De igual manera ocurre con aquellas afecciones que cursan con sibilancias (la bronquiolitis), y que tienen una morbilidad importante tanto en lactantes como en preescolares, las cuales no se ajustan totalmente a la nomenclatura de casos con neumonía, por lo que resulta desconcertante, sobre todo para estudiantes y médicos jóvenes, su inclusión en algunas de estas clasificaciones como un componente tácito de ellas ¹⁰.

En Cuba, vanguardia de los países que desarrollan acciones de atención integral a la salud del niño, se elaboró en 1970, un Programa Nacional de Control de Enfermedades Respiratorias Agudas que promueve la clasificación de estas. Este programa se modificó en el 2000 como Programa Integral de Atención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas aprobado por el Ministerio de Salud Pública y cuya piedra angular la constituye la atención estándar a pacientes, que proporciona las pautas básicas secuenciales necesarias para el perfeccionamiento de la calidad de esta atención, de manera que se produce una reducción gradual y sostenida de la mortalidad por neumonías en la población infantil, por lo cual se coloca al país, actualmente, entre los de más bajas tasas de mortalidad por esta causa. Cabe señalar que en el 2011 fallecieron 25 niños menores de un año por influenza y neumonía para una tasa de 0,2 por 1000 nacidos vivos, en tanto entre 1-4 años se notificaron 14 decesos, con tasa de 0,3 por 1000 habitantes de este grupo etario ¹¹.

Sin lugar a dudas, las estadísticas actuales avalan la importancia del tema, puesto que en Cuba de 25 a 30 % de los 4000 000 de consultas anuales así

como 30 % de las hospitalizaciones se producen por IRA, y se mantienen las neumonías entre las 5 primeras causas de muerte en todas las edades ¹¹.

Detrás de esas cifras, existe un esfuerzo mancomunado para reducir las muertes por estas afecciones en la población infantil; sin embargo, pese al desarrollo de acciones de control y la implementación de la clasificación modificada de Dennis y Clyde vigente en el país, la cual le confiere un enfoque predominantemente anatómico y clínico a las IRA, aún gravitan problemas que abarcan desde el uso excesivo e irracional de antibióticos en el curso de faringitis virales diagnosticadas como estreptocócicas a ultranza de los aspectos clínicos y epidemiológicos que permiten diferenciarlas; hasta los diagnósticos tardíos de influenza y neumonías graves con asociación de gran número de factores de riesgo modificables, en algunos casos, sin identificación ni control por salubristas de la comunidad ¹².

En el municipio Ciego de Ávila , según estudios previos realizados, por los datos obtenidos por estadísticas en los últimos 3 años se ha incrementado los casos de IRA ,principalmente en los niños menores de 5 años, siendo los principales factores de riesgos vinculados a la causa de las enfermedades respiratorias agudas, la falta de motivación por parte de las autoridades comunitarias para desarrollar actividades sanas que instruyan a la población, por lo que se ha demostrado que no existe un conocimiento adecuado de los factores de riesgo asociados a dichas enfermedades en la población, lo que evidencia la necesidad de implementar acciones preventivas y de control sobre sólidas bases científicas.

Problema científico: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas, en madres o tutores de niños menores de 5 años en el CMF# 2 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez en Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa sobre riesgo de infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años del consultorio médico de familia No. 2 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas antes de la aplicación del programa educativo en la muestra de estudio.
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada para elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de las infecciones respiratorias.
4. Determinar el nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

En los umbrales del siglo XXI los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples. De los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad ^{1,5,6}.

En la época actual donde las enfermedades emergentes y reemergentes reciben la mayor atención de la comunidad científica, por causa de la enorme trascendencia social en el mundo de hoy y su repercusión futura, las IRA se mantienen como un grupo importante de afecciones con una alta morbilidad. Las condiciones de vida en diferentes países o territorios dentro de un país determinan diferencias en la mortalidad y morbilidad de la población y esto se manifiesta de forma muy evidente en los niños menores de 5 años ¹¹.

El sector de la población más susceptible a enfermar o morir ante la exposición a condiciones de vida desfavorables son los niños. Se conoce además que la morbilidad en los niños está muy relacionada con sus estilos de vida, comportamiento, lo cual depende en gran medida de sus condiciones de vida. Para la disminución de la morbilidad de una población es imprescindible identificar los principales factores de riesgo que la determinan ^{7,8}.

La experiencia clínica indica que las enfermedades respiratorias constituyen la principal causa de consulta de morbilidad pediátrica (CP) en atención primaria de salud (APS). No obstante hay poca literatura que avale esta impresión pues, salvo excepciones, los estudios se limitan a un solo consultorio o centro de salud o no son actuales ¹¹.

Por otro lado, no hay información precisa sobre el comportamiento estacional de estas consultas. En todo caso, y con tales limitaciones, para las consultas pediátricas por causa respiratoria se han descrito cifras de promedio anual que oscilan entre 39,1% y 62,2% del total de visitas pediátricas ¹¹.

Es razonable pensar que la distribución de las consultas no debe ser la misma en las distintas franjas etarias de la niñez, como así también que la oferta de atención por parte del sistema público de salud tiene limitaciones que se hace más notorias en los períodos de alta demanda asistencial, cuando concurren

de forma simultánea factores de riesgo como las infecciones virales, el frío y la contaminación aérea ¹¹.

Referencia histórica.

La lucha del hombre contra las enfermedades infecciosas se remonta a la antigüedad, ya en el papiro de Ebers, 1500 año a.n.e., se menciona la utilización de la película de moho obtenida de las maderas de los barcos para la cura de heridas. También se conoce que los chinos utilizaban la cáscara enmohecida de la soya para el tratamiento del carbunco, los furúnculos y otras infecciones. Las bases del verdadero enfrentamiento científico del hombre a los gérmenes comenzó en el siglo XIX, con los grandes descubrimientos microbiológicos que fueron encabezados por las incansables investigaciones del sabio francés Louis Pasteur, favorecidas grandemente por los aportes que realizó el holandés Antonio Leewenhoe al desarrollo del microscopio. Según fueron aislándose nuevos gérmenes el hombre se fue interesando cada vez más por encontrar la forma de combatirlos, pero no fue hasta 1912 que aparece la primera sustancia creada por el hombre (el Salvarsán) capaz de erradicar una enfermedad infecciosa, derivado arsenobencénico creado por Paul Erlich con el cual logró curar la sífilis y tripanosomiasis ¹.

Es difícil establecer la antigüedad de las Infecciones Respiratorias Agudas ya que desde el año 412 A.C. Hipócrates y Livio describieron una epidemia que comenzó en diciembre después de un cambio climático y muchos enfermos tuvieron complicaciones con neumonía. En Europa hubo epidemias de tipo gripal en los siglos VI y IX. Sin embargo la primera epidemia de Influenza descrita como tal y generalmente aceptada ocurrió en diciembre de 1173. El historiador Kirsch ha reportado 299 epidemias entre 1173 y 1985. La primera pandemia (epidemia generalizada que afecta a poblaciones de varios países y durante el mismo período de tiempo) que afectó Europa, Asia y el norte de África ocurrió en 1580 y la primera de América ocurrió en 1647. En este siglo se han presentado 5 pandemias: 1900,1918 (la más devastadora causando más de 20 millones de muertes en todo el mundo, conocida como "Gripe Española"), 1957, 1968 y 1977 ¹³.

Hace 2 mil 500 años un griego se enfrentó con un fantasma que afiebraba y hacía temblar a sus víctimas antes de fulminarlas. Hipócrates estudió a su

contrincante, analizó sus estratagemas de combate, lo describió minuciosamente, y le dio un nombre. Desde entonces la gripe, y otras enfermedades asociadas al invierno, han sido combatidas de mejor forma por la medicina ¹³.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias.⁸ Los microorganismos patógenos que atacan frecuentemente el aparato respiratorio son el virus sincitial respiratorio, el *Haemophilus influenzae* y el parainfluenza, que aparecen en epidemia durante los meses de invierno ¹⁴.

Antes del nacimiento el sistema inmunitario del feto es bastante inactivo, porque no ha estado expuesto a gérmenes extraños, sin embargo, recibe alguna protección de los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta en las últimas 10 semanas de embarazo ¹⁴.

Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección que la misma aporta contra las IRA. Igualmente, los niños con enfermedades asociadas o desnutrición, presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las infecciones ^{15,16}.

El nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida de la vivienda y el hacinamiento, la contaminación ambiental y el hábito de fumar de los convivientes (fumador pasivo) son factores de riesgo de las IRA ¹⁷⁻¹⁹.

En el umbral del siglo XXI los niños de América aún mueren por causas fácilmente prevenibles, por no implementarse medidas relativamente simples, ya sean de prevención, atención o tratamiento ^{20,21}.

Epidemiología.

Las IRA representan la principal causa de morbilidad en el mundo y la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países; se ha estimado que las IRA representan entre el 30 y el 50% de las visitas para los niños a los establecimientos de salud y entre el 20 y el 40 % de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Se estima que un niño de una zona urbana padece de cinco a nueve episodios

de IRA por año, durante los 5 primeros años de vida. Esta es también la causa más frecuente de mortalidad en los niños menores de 5 años en el mundo en desarrollo. Alrededor de un tercio de las defunciones de niños que ocurrieron en 1993, a saber, 4.11 millones, se atribuye a estas enfermedades, incluidas las complicaciones pulmonares como Sarampión, Tos ferina e infección por VIH, además de las defunciones por Malaria y Neumonía imposibles de diferenciar a causa de la superposición de casos clínicos. (OPS/OMS, 1995)^{22,23}.

La incidencia de Neumonía, que es la causa más importante de muerte entre las enfermedades de las vías respiratorias, es 5 a 10 veces más frecuente en los países en desarrollo. Esta se mantiene prácticamente constante en los niños de los países desarrollados, variando de un 3% a un 4% por año. Por contraste, en los países en desarrollo varía entre el 10 y el 20%, pero puede alcanzar niveles mucho más altos en áreas con alta prevalencia de factores de riesgo como la mal nutrición, el bajo peso al nacer y la contaminación del aire en locales cerrados²³.

En casi todos los países africanos, la tasa de mortalidad infantil excede los 40 por 1000 nacidos vivos. Se ha calculado que al año se producen 1.5 millones de defunciones por IRA, predominantemente por Neumonía²³.

Los países de Asia Sudoriental tienen la tasa más alta de mortalidad en la niñez por Neumonía a nivel mundial. Ocho países tienen una tasa de mortalidad infantil de 40 por 1000 nacidos vivos, o incluso mayor. La tasa de letalidad por Neumonía en niños hospitalizados varía entre 4 y 18 %²³.

Según estimaciones de los últimos años de la década de los 80 y principios de los noventa, en las Américas se registran más de 100 000 defunciones anuales de menores de 1 año por IRA. Casi el 90% de las muertes se deben a la Neumonía, y el 99% o más se producen en los países en desarrollo de América Latina y el Caribe. La situación refleja grandes diferencias entre países, ya que alrededor del 85% de las defunciones por IRA ocurren en cinco de ellos: Brasil (40%), México (19 %), Perú (14 %), Bolivia (7%) y Haití (5%)²³.

En la década de los 90 las tasa de mortalidad infantil por Neumonía e Influenza fue de 14,8 y 20,9 por 100 000 nacidos vivos en Canadá y Estados Unidos,

respectivamente; tuvo valores entre 100 y 200 en Argentina, Costa Rica, Cuba, Panamá, Puerto Rico y Uruguay; en Colombia, Chile, República Dominicana y Venezuela oscilaron entre 200 y 500, y el resto tuvieron valores superiores a 500 por 100 000, llegando a superar los 2 000 por 100 000 en Bolivia, Haití y Perú^{22,23}.

En Cuba la mortalidad por Influenza y Neumonía permanece dentro de las primeras 5 causas de muerte en los niños menores de 5 años y ocupa la sexta causa en la población en general. La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por IRA muestra un promedio anual de 4 000 000 de atenciones que constituye entre el 25 y el 30% de las consultas externas y alrededor del 30% de las hospitalizaciones. La mayor parte de las IRA son autolimitadas y leves, por esta razón, una gran proporción de los afectados van en busca de asistencia a los servicios de salud¹².

Aunque débil, en 1990 se observó un descenso en casi todos los países de la tasa de mortalidad por estas enfermedades. Se destaca además que el descenso anual promedio más alto de la región es el que se registró en Cuba, siendo su valor de 9%¹².

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^{22,23}.

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. La Parainfluenza y el Sincitial 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^{22,23}.

Clasificación:

Las IRA son un conjunto heteroclínico y polietiológico de procesos mórbidos que constituyen para todos los países del mundo un importante problema de salud por sus altísimas cifras de morbilidad y mortalidad; los análisis epidemiológicos de estas enfermedades se basan en el número de atenciones prestadas y en los enfermos que solicitan servicios en las unidades de salud y no en su morbilidad real, así como en la cantidad de defunciones. Todas se caracterizan, fundamentalmente, por inicio brusco, fiebre y síntomas respiratorios^{24,26}.

De acuerdo al Programa de Prevención y Control de las IRA se clasifican en 1,2,6, 24,26.

IRA Alta.

No Complicadas.

1-Rinofaringitis Aguda.

2-Farigoamigdalitis con ulceraciones o vesículas.

3-Farigoamigdalitis con exudados o Membranas.

Complicadas.

1- Adenitis y Otitis Media.

2- Absceso periamgdalino y Retrofaringeo.

3-Sinusitis.

4-IRA Bajas.

IRA Baja.

No Complicadas.

1 -Croup Infecciosos.

-Laringitis Espasmódica.

-Epiglotitis.

Complicadas.

1-Atelectasia.

2-Empiema.

3-Absceso Pulmonar.

- Laringitis. (L)
- Laringotraqueitis. (LT)
- Laringotraqueobronquitis. (LTB)
- 2- Bronquitis y Traqueo bronquitis.
- 3 - Bronquiolitis.
- 4-Neumonía (lobar, intersticial y Bronconeumonías).
- 4-Mediastinitis.
- 5-Pericarditis.
- 6-Neumotórax.
- 7-Edema Pulmonar.
- 8-Traqueítis Bacteriana.

En una época donde las enfermedades emergentes y reemergentes reciben la mayor atención de la comunidad científica, por causa de la enorme trascendencia social en el mundo de hoy y su repercusión futura, las infecciones respiratorias agudas se mantienen como un grupo importante de afecciones con una alta morbilidad y baja mortalidad, las que representan un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. Estas afecciones, conjuntamente con las enfermedades diarreicas y la malnutrición, encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados ²⁷⁻³⁰.

A medida que aumenta el número de factores de riesgo presentes en un niño se incrementa el riesgo de morbilidad grave y muerte, por lo que el médico, siempre debe de valorar la presencia de los mismos en todo paciente que acude a consulta con un proceso infeccioso respiratorio agudo ²⁷⁻³⁰.

Las IRA constituyen la primera causa de consultas médicas y de morbilidad tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. La presencia de estas en menores de cinco años es independiente de las condiciones de vida y grado de desarrollo. La diferencia no radica en el número de episodios sino en su gravedad ²⁷⁻³⁰.

Existen 4 aspectos importantes en el análisis de las IRA, y a la vez en el enfoque de las estrategias de prevención y control: la presencia de factores de riesgo, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de la atención médica ²⁷⁻³⁰.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo, el período de incubación es variable y puede durar hasta 14 días. Varios son los

factores de riesgo en la Infección Respiratoria Aguda como son: demográficos, socioeconómico (ingreso familiar bajo, nivel de escolaridad, lugar de residencia), ambientales que incluye exposición al humo (contaminación atmosférica, contaminación doméstica por residuos orgánicos, humo ambiental por tabaco), hacinamiento (aglomeración de personas), exposición al frío, humedad y cambios bruscos de temperatura, deficiente ventilación en la vivienda y factores nutricionales ²⁷⁻³⁰.

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbi mortalidad infantil y representan el 40 - 60% de las consultas, la incidencia es más elevada en las áreas urbanas, el número de episodios puede ser entre 2 y 6 crisis anuales ²⁶.

Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen las IRA, algunos modificables y otros no, como son: edad, bajo peso al nacer, desnutrición, déficit inmunológico, hacinamiento, contaminación ambiental, uso de keroseno, humo del cigarro o tabaco, (ya sea de forma pasiva o activa) así como la presencia de alguna enfermedad de base. A nivel mundial, se considera que más del 90% de los casos de niños menores de 5 años que acuden a consulta es por IRA ²⁷⁻³⁰.

La etiología viral es la más frecuente, particularmente las del aparato respiratorio superior.

Los gérmenes más frecuentes en el aparato respiratorio son: virus Sincitial Respiratorio, específicamente en el niño menor de un año, Parainfluenza, Adenovirus, Rinovirus, Coronavirus, Enterovirus ³¹.

En las infecciones del aparato respiratorio inferior, los virus también son los más frecuentes en la mayoría de los casos, sin embargo, se encuentra un porcentaje elevado de etiología bacteriana, lo cual justifica un tratamiento diferente. La infección se adquiere probablemente por la inhalación de secreciones nasofaríngeas infectadas, dado que las secreciones de las vías respiratorias superiores pueden contener grandes cantidades de patógenos. La aspiración de una pequeña cantidad podría ser un inóculo suficiente para causar la enfermedad, especialmente si las defensas locales del tracto

respiratorio inferior están afectadas por desnutrición, procesos virales y otros factores ^{27,31,32}.

Dentro de los agentes bacterianos en las infecciones adquiridas en la comunidad los microorganismos más comunes son *Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* y *Staphylococcus Aureus* ^{27,31,32}.

Otros agentes causales son *Mycoplasma Pneumoniae*, Clamidas, Rickettsias y hongos ^{27,31,32}).

Existe un gran esfuerzo para disminuir los factores de riesgo de esta entidad, para así reducir el ingreso hospitalario y mejorar su diagnóstico y tratamiento. Debido a todo esto es importantísimo el conocimiento de los factores de riesgo y la influencia de ellos en la aparición y exacerbación de las IRA, sobre todo en niños lactantes y en menores de cinco años ^{27,31,32}.

Además del uso inapropiado de antibióticos, las IRA son causa frecuente de administración de remedios para la tos y el resfriado. Lejos de ser inofensivos e inocuos, suelen tener componentes que los hacen potencialmente peligrosos para la salud del niño, además de ser caros e ineficientes para disminuir los síntomas que tratan ^{27,31,32}.

En resumen, entre los principales factores que caracterizan al problema de las IRA en los niños de los países de América, se encuentran su importancia como causa de mortalidad, hospitalizaciones, acciones de salud materno infantil a nivel local, secuelas, consultas, uso inapropiado de antibióticos y uso inadecuado de medicamentos para la tos y el resfriado ^{27,31,32}.

De acuerdo a los datos existentes, puede afirmarse que las IRA, junto con las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y la desnutrición, son tres de las primeras cinco causas de defunción en la mayoría de estos países. Es por ello que la necesidad de incrementar las medidas de control para modificar la situación de prevalencia de estas entidades, ha llevado en los últimos años a organismos como OMS y UNICEF, a unir esfuerzos en el desarrollo de la estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) ³³.

La AIEPI es una iniciativa de OPS/OMS, UNICEF y otras agencias, establecida con el propósito de coordinar todos los posibles recursos y las actividades

hacia la consecución de objetivos específicos que incluyen la reducción de la mortalidad por estas enfermedades así como su ocurrencia y gravedad; y principalmente, el mejoramiento de la calidad de la atención del niño en los servicios tanto de las EDA como de otras enfermedades prevalentes de la infancia, su manejo está siendo integrado en muchos de los países de la región con acciones de control de IRA ³³.

Por otra parte, se ha logrado establecer el compromiso por parte de los encargados nacionales de IRA de los países -coordinados por la OPS- de apoyar el fortalecimiento del proceso de integración de las actividades de control de las IRA en todos los niveles de la estructura de salud ³³.

Como consecuencia, se reforzarán las actividades destinadas a incrementar el acceso de la población a las estrategias de manejo estándar de casos de IRA así como el proceso de integración progresiva de los otros componentes prioritarios que afectan la salud del niño ³³.

Hipótesis de Investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años del consultorio médico de familia No. 2 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez en Ciego de Ávila.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después, para evaluar la efectividad de la implementación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos relacionados con los factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años del consultorio no.2 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez, Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre mayo 2018 a febrero de 2019.

Universo.

El Universo de estudio está constituido por 45 madres o tutores de niños menores de 5 años, pertenecientes al consultorio médico de la familia (CMF) número 2 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez en Ciego de Ávila, en el periodo antes referido. Se trabajó con la totalidad de las madres del universo por cumplir con el criterio de inclusión.

Criterio de inclusión:

1. Madres mayores de 20 años de edad, que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Tener alguna discapacidad mental o física que impidiera responder el cuestionario y participar en las actividades que se desarrollarán en el estudio en el tiempo definido para este.

Métodos de obtención de información

La fuente de recolección de la información fue el cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada y validada por criterio de expertos del área de salud en estudio.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se introdujo el programa de intervención educativa, diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con las infecciones respiratorias agudas en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, 2 meses después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos del presente estudio.

Aplicación de la estrategia educativa: consta de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención y de evaluación.

Etapas diagnóstica: Los conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapas de intervención propiamente dicha: Se conformaron 2 grupos; La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo, en el horario de la mañana. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas y técnicas participativas, con una duración de 45 minutos.

Etapas de evaluación: Se aplicó el mismo cuestionario inicial y se evaluó bajo los mismos principios que la primera, 2 semanas después de finalizada la intervención educativa.

Métodos del nivel empírico:

Cuestionario: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valores de tendencia central y dispersión	Según edad cronológica.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de escolaridad.	Cualitativa ordinal	Primario. Secundario. Preuniversitario Universitario	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Este ensayo clínico se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los participantes en el estudio su consentimiento. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Madres según grupos de edades y nivel de escolaridad. Ciego de Ávila. 2018-2019.

Nivel de escolaridad	N	%	Edad			
			Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Primaria	5	11,1	28,2	3,4	19	34
Secundaria	13	28,9	31,4	4,8	21	39
Preuniversitario	18	40,0	25,1	1,9	17	30
Universitario	9	20,0	30,6	2,2	23	35
Total	45	100,0	30,3	6,9	17	42

Fuente: encuesta

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según grupos de edades y nivel de escolaridad por frecuencias absolutas y relativas.

Se pudo observar que la media de edad de la serie fue de 30,3 años con una desviación de 6,9 años y valores mínimos y máximos de 17 y 42 años. Al observar el nivel de escolaridad predominó el nivel preuniversitario con 18 de ellas para un 40,0% del total, con cifras de media de edades de 25,1 años, dispersión de 1,9 años y valores extremos de 17 y 30 años, mientras que el nivel de escolaridad de secundaria le siguió en orden de frecuencia con 13 participantes para el 28,9% con una media de edades de 31,4 años y cifras de desviación menores a la tendencia central con 4,8 años y valores extremos de 21 y 39 años respectivamente.

En una intervención educativa realizada en Camagüey con el objetivo de demostrar la efectividad de un programa de intervención sobre infecciones respiratorias agudas, aplicado a madres de niños menores de un año en 45 consultorios del médico de la familia, en el período de enero de 2007 a mayo de 2008, con el fin de evaluar el nivel de conocimientos acerca del tema, se constató que el mayor número de madres se encontraba en las edades de treinta a treinta y cuatro años, de escolaridad preuniversitaria y trabajadoras. Al inicio existían bajos niveles de conocimiento referente al tema, se logró incrementarlo en el 90,27% después de la labor educativa, con lo que se demostró su efectividad ³⁴.

Quizás los orígenes de numerosos problemas que enfrenta la atención médica familiar se encuentran en el uso irregular de esta por parte de los pacientes. En muchos casos es incorrecta la educación en cuanto a la prevención de las infecciones respiratorias agudas, y este error costará esfuerzos vanos a los médicos, y lo que es peor, ansiedad y desconcierto en los padres o tutores de estos niños, quienes deberán sufrir las consecuencias, por lo que se hace necesario aplicar programas de educación comunitaria de salud sobre la prevención de las IRA que garanticen su control por la familia ^{35,36}.

Tabla 2. Madres según nivel de conocimientos sobre generalidad de las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	28,9	27	60,0
Inadecuado	32	71,1	18	40,0
Total	45	100,0	45	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,006$

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre generalidad de las infecciones respiratorias agudas antes y después del programa de intervención.

Se observó que solo 13 de las participantes (28,9%), presentaban un adecuado nivel de conocimientos inicial sobre la problemática estudiada, mientras que 32 (71,1%), desconocían elementos importantes del aspecto tratado.

Al finalizar el programa educativo, las respuestas correctas se observaron en 27 de las participantes para un 60,0% del total con una modificación significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada, y de carácter positivo al análisis porcentual.

En investigaciones realizadas en Venezuela para determinar el origen de las IRA en menores de cinco años adquiridas en la comunidad, se ha encontrado que la tasa de portadores nasofaríngeos de *Streptococcus pneumoniae*, en edades entre cero a cuatro años de países subdesarrollados, va de 72% a 97%, en comparación con 28% a 44% determinada en estudios realizados en países desarrollados (OPS/OMS, 2001) ³⁷.

Tabla 3. Madres según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	4	8,9	21	46,7
Inadecuado	41	91,1	24	53,3
Total	45	100,0	45	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,015$

La tabla 3 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos sobre factores de las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 4 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 8,9% del total mientras que 41 de ellas (91,1%) no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, a un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, las participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 21 para un 46,7% que aunque no resultó en un aumento porcentual considerable, resultó suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Existen estudios que fundamentan científicamente el comportamiento de los factores de riesgo, y aportan al sistema de salud herramientas para comprender las causas de la aparición de estas infecciones respiratorias agudas en niños y contribuir a disminuirlas. Investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, señalan como factores que propician la mortalidad en los niños menores de cinco años el bajo peso al nacer, la falta de inmunización y la desnutrición. Otros factores de riesgo son el nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida, de la vivienda, el hacinamiento, la

contaminación ambiental y el hábito de fumar de los convivientes (fumador pasivo) ^{38,39}.

Investigaciones realizadas en Cuba dan a conocer la relación entre las infecciones respiratorias agudas y algunos factores asociados. La incidencia de esta afección fue de 933 x 1000. La lactancia materna inadecuada, la desnutrición, la enfermedad parasitaria, el fumador pasivo y el hacinamiento, se comportaron comofactores de riesgo ⁴⁰.

Tabla 4. Madres según nivel de conocimientos sobre síntomas de las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	22,2	35	77,8
Inadecuado	35	77,8	10	22,2
Total	45	100,0	45	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos síntomas de las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de la capacitación realizada.

Se pudo observar que en la encuesta realizada al comienzo de la investigación, 10 participantes, para un 22,2%, presentaban conocimientos aceptables sobre síntomas para identificar las infecciones respiratorias agudas, mientras 35 de las mismas (77,8%), no presentaban respuestas adecuadas en dicha encuesta inicial.

Al final de la intervención y después de un tiempo prudencial, se repite la encuesta con resultados positivos logrando una modificación del nivel de conocimientos con 35 (77,8%) participantes, respondiendo acertadamente y correspondiéndose con un cambio significativo estadísticamente hablando.

Aun cuando no exista información cuantitativa en los países de la región, algunas afecciones agudas de la vía aérea superior, como otitis media y faringitis estreptocócica, son causantes de secuelas graves en los niños, un ejemplo de estas es la hipoacusia³⁹.

Tabla 5. Madres según nivel de conocimientos sobre influencia del medio ambiente en las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	22	48,9	45	100,0
Inadecuado	23	51,1	0	0,0
Total	45	100,0	45	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,003$

La tabla 5 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos sobre la influencia del medio ambiente en las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 22 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 48,9% de la muestra, y 23 personas (51,1%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las cifras se invirtieron y las respuestas correctas se elevaron a 45 de las participantes para un 100,0% lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

En estudios realizados en la población urbana de la ciudad de Montevideo, Uruguay, se comprobó que el 50% de las muertes posneonatales fueron muertes domiciliarias, el 30% de ellas correspondió a infecciones respiratorias. Esto sucedía luego de haber consultado dos veces o más al sistema de salud, cuya atención no fue capaz de interpretar adecuadamente la gravedad de la enfermedad, la corta edad de los lactantes o los antecedentes que se relacionan con infección respiratoria baja de mal pronóstico, para lo cual se proyectaron acciones capaces de reducir la mortalidad infantil integradas a una estrategia global de la atención infantil, la atención primaria de salud, que

incluía acciones en el medio ambiente, la estructura y la salud familiar, el crecimiento y desarrollo, el control en salud entre otros ⁴¹.

Tabla 6. Madres según nivel de conocimientos sobre la conducta a seguir en las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	2	4,4	25	55,6
Inadecuado	43	95,6	20	44,4
Total	45	100,0	45	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos sobre la conducta a seguir en las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, solo 2 de las participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre prevención de la malnutrición para un 4,4% del total mientras que 43 de ellos (95,6%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 25 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 55,6%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

En cuanto al control de las infecciones respiratorias agudas en los niños, la OPS/OMS dadas las características y la magnitud del problema, refieren que los países han desplegado esfuerzos para poner en marcha actividades de control de las infecciones respiratorias agudas, y deben crear estrategias para dar solución al problema, basados en la educación de la comunidad en cuanto

a los signos que indican que un niño está enfermo. Se le presta especial atención al seguimiento de estos eventos, ofreciendo mediante un programa de control el conocimiento acerca de la circulación y el comportamiento epidemiológico de los agentes causales, lo que garantiza la vigilancia, medidas para la disminución de la morbilidad y muy especialmente del impacto de la mortalidad sobre grupos de alto riesgo y población infantil ³⁷.

Tabla 7. Madres según nivel de conocimientos global sobre las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	24,4	28	62,2
Inadecuado	34	75,6	17	37,8
Total	45	100,0	45	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 7 muestra la distribución de madres según el nivel de conocimientos global sobre las infecciones respiratorias agudas, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, aplicada como evaluación diagnóstica para identificar las necesidades sentidas de la muestra en esta materia y a su vez como punto de comparación evaluativo, solo 11 (24,4%) de las participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos global sobre elementos referentes a las infecciones respiratorias agudas.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, esta cifra aumentó a 28 participantes (62,2%) evaluadas con conocimientos generales adecuados sobre la mencionada enfermedad en cada uno de los aspectos evaluados y logrando de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada.

Una intervención educativa realizada en un consejo popular en nuestro país para elevar el nivel de conocimiento de la población en general acerca de las infecciones respiratorias agudas, evidenció que antes de recibir la labor educativa eran escasos los conocimientos sobre qué es una infección respiratoria aguda, sus síntomas, vías de transmisión, la conducta a seguir en cuanto al uso de antimicrobianos en dependencia de su etiología. Llegando a la conclusión que después de las actividades educativas se logró un aumento significativo del mismo, considerando efectiva la intervención ³⁸.

En Cuba, a pesar de contar con un sistema único de salud, en el que el médico de la familia y los policlínicos, en la atención primaria, vigilan el estricto cumplimiento de los programas de salud, aún nos enfrentamos a errores en el manejo de las infecciones respiratorias agudas por la población general, y fundamentalmente en los niños menores de cinco años. Debido al nivel educacional alcanzado, el conocimiento de las madres sobre distintas enfermedades es mayor que en otros países en desarrollo, aunque se considera que aún existe falta de conocimientos sobre distintos aspectos de gran importancia en las IRA ⁴⁰.

CONCLUSIONES.

Predominaron las edades entre la tercera y cuarta décadas de la vida y el nivel de escolaridad preuniversitario. Se reportó una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos sobre generalidad de las infecciones respiratorias agudas, así como factores de riesgo, síntomas, influencia del medio ambiente y conducta a seguir frente a esta entidad, lo que provocó que se observaran diferencias significativas entre el nivel de conocimientos global sobre el tema en las madres evaluadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benguigui Y, López Antuñano FG, Schmunis G, Yunes J. Infecciones respiratorias en niños. Washington, DC: OPS. Serie HTCI AIEPI-1; 1997.
2. De la Torre Montejo E, Pelayo González-Posada EJ. Pediatría. t 3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
3. Valdés Martín M, Gómez Vasallo A, Pérez Martínez JM. Temas de Pediatría. 2 ed. La Habana, Editorial Ciencias Médicas; 2011.
4. Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Asensi Monzó MT. Neumonía adquirida en la comunidad. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-8). 2014.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Integral de Atención y Control de las IRA. La Habana: MINSAP; 2011.
6. Giménez Sánchez F, Sánchez Marengo A, Battles Garrido JM, López Soler JA, Sánchez-Solís Querol M. Características clínico-epidemiológicas de la neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 6 años. An Pediatr. 2007; 66(6):578-84.
7. Benguigui Y. Bases técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las IRAS en el primer nivel de atención. En: Benguigui Y, López Antuñano FG, Schmunis G, Yunes J. Infecciones Respiratorias en niños. Washington, DC: OPS. Serie HTCI AIEPI-1; 1997.
8. Bellamy C. Estado Mundial de la Infancia 2004. New York: UNICEF; 2014.
9. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de las neumonías y meningitis bacterianas en menores de 5 años. Guía práctica. Washington, DC: OPS; 2009 (Publicación Científica y Técnica No. 633).
10. Comité de Infecciones Respiratorias de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica. Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) sobre Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), publicado en sitio web de SLIPE el 8 de Septiembre del 2010. Rev Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 2010 [citado 10 Feb 2018]; 24(94). Disponible. http://www.slipe.org/pdf/ConsensoNACninosSLIPE_8sept2010.pdf
11. Asociación Panamericana de Infectología (API). Curso a distancia para médicos clínicos, generalistas, pediatras e infectólogos. Bases para el

- manejo racional de las Infecciones Respiratorias Agudas. Módulos 6 y 7; 2009.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: MINSAP; 2012.
 13. Coutin Marie G. Vigilancia en salud: Apuntes sobre su desarrollo histórico Enero, 2017.
 14. USAID Global Health Infectious Diseases. USAID's Infectious Disease Surveillance Strategy. Enero, 2017
 15. Coutin G, Borges J, Batista R, Feal P. Métodos para la Vigilancia de Eventos en Salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000;38(3):157-66.
 16. Lesson One: Influenza Pandemics. Historical Perspectives. junio, 2016.
 17. Informe y resúmenes reunión visita técnica de OPS, Orientación de acciones programáticas en prevención, vigilancia y control de la infección respiratoria aguda. 2014.
 18. Ferrario C, Rial MJ, Magariños M. Confección de corredores endémicos de virus respiratorios 2014.
 19. Yero Y, Rodríguez A, Fonseca R. Evaluación del riesgo asociado a las infecciones respiratorias agudas en lactantes del área de Veguitas. Rev Neo IRA 2014;23(12):45-52.
 20. Grupo Técnico inter direcciones de trabajo en IRA Análisis DOFA manejo del primer pico respiratorio 2012. SDS Bogotá Julio 2014.
 21. Coutin G. Análisis de Series temporales. Folleto para la Maestría de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. 2014
 22. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta: Pneumonia among children in developing countries. 2016.
 23. Rudan, I., Tomaskovic, L., Boschi-Pinto, C., Campbell, H. Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. Bull. World Health Organ. 2014. 82:895-903.
 24. Mortzoukou EG, Falagas ME. Exposure to cold and respiratory tract infections. 2014 Sep.;11(9):938-43.
 25. Aguinaga M, Gutiérrez C, Lazo G. Relación entre variables climáticas y casos de infección respiratoria aguda en la provincia del Callao-2001. Rev Per Epidemiol [Internet]. 2014 [citado 5 mayo 2018];11(1):1-18. Disponible en:

http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v11_n1/pdf/a01.pdf

26. Organización Mundial de la Salud. Organización Meteorológica Mundial, Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Cambio climático y salud humana - Riesgos y respuestas. Ginebra: OMS; 2015.
27. Pérez Rodríguez AE. Variabilidad y cambios climáticos. Impacto sobre algunas enfermedades infecciosas. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2014 sep [citado mayo 2018];10(3):372-81. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000300015&lng=es
28. Herrera Luz H, Naranjo M, Suárez B. El cambio climático y los determinantes sociales de la salud desde la perspectiva de la equidad. Comunidad y Salud [Internet]. 2014 [citado mayo 2018];10(2):58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932011000200008
29. Behnke RJ. The role of elevation on temperature trends in the Western United States: a comparison of two statistical methods [Internet]. [dissertation]. Winsconsin, EUA; University of Winsconsin; 2014 [citado julio 2018]. Available from: http://www.aos.wisc.edu/uwaosjournal/Volume16/Behnke_MS_Thesis.pdf
30. Marengo JA, Pabón JD, Díaz A, Rosas G, Ávalos G, Montealegre E, et al. Climate Change: Evidence and future scenarios for the Andean Region. Chapter 7 [Internet]. In: Herzog SK, Martinez R, Jorgensen PM, Tiessen H, editors. Climate Change and Biodiversity in the Tropical Andes. São José dos Campos, SP; Brazil: Inter-American Institute for Global Change Research; 2011. p.110-127 [citado julio 2018]. Available from: http://www.iai.int/files/communications/publications/scientific/Climate_Change_and_Biodiversity_in_the_Tropical_Andes/chapter7.pdf
31. Organización Panamericana de la Salud. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas Washington DC: PAHO; 2015.
32. Corona B. Influencia del régimen térmico meteorológico sobre la incidencia de asma bronquial y enfermedades respiratorias agudas. Municipio Playa,

2004. [Tesis de Maestría de Salud ambiental]. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2005.
33. UNICEF. State of the World's Children. New York: United Nations Children's Fund. 2017
 34. Amargos Ramírez J. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de un año. AMC.2010; 14 (2).
 35. Benguiqui Y, López FJ, Schumunis G, Yunes J. Infecciones respiratorias en niños Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
 36. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; 371:243-60.
 37. OPS/OMS. Estrategia para cumplir la meta fijada para el año 2000: control de las infecciones respiratorias agudas en los niños. Washington: OPS/OMS, 1995.
 38. Granma. Disminuye Cuba mortalidad por infecciones respiratorias. [En línea] 2009 [citado 9 jul 2018] Disponible en: <http://www.granma.cubasi.cu/2008/11/13/nacional/artic29.html>
 39. OPS/OMS. Infecciones respiratorias agudas en la infancia. Rev Neo IRA. 2009; 20 (6): 45.
 40. Castillo Espinosa J, Díaz Castillo A, García Cárdenas O, Ríos Rodríguez M. Factores de riesgo del huésped en las infecciones respiratorias agudas, en menores de 5 años de edad. Revciencmed Habana. 2011; 17 (1) : 80-90.
 41. Baner G, Dussel V, Farina D, Rodríguez S. Infección por virus sincitial respiratorio en poblaciones vulnerables: riesgo biológico contra riesgo social. ArchPediatrUrug. 2007;78 (1) :62-68.

ANEXOS

Anexo I

Carta de Consentimiento Informado de participación en el estudio.

Servicio Medicina General Integral

Yo: _____

Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que realicé a propósito de la investigación sobre intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, sobre la que se aportó información suficiente.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el médico. La cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del investigador: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Anexo II

Policlínico Universitario Docente Belkys Sotomayor, Ciego de Ávila.

Departamento de Medicina General Integral.

Cuestionario de recogida de información.

Preguntas del cuestionario

Datos Generales

Edad: _____

Nivel de escolaridad: _____

1. De los siguientes enunciados verdadero o falso, aquel que se relaciona más con lo que sabe sobre infecciones respiratorias agudas:

- a) ____ Es una enfermedad contagiosa.
- b) ____ Su aparición está relacionada con el déficit de vitaminas.
- c) ____ Se produce por el cambio frecuente del tiempo.
- d) ____ Las infecciones respiratorias agudas son más frecuente en adultos mayores.
- e) ____ Las infecciones respiratorias agudas se transmiten a través de la respiración.
- f) ____ Esta enfermedad se cura espontáneamente.
- g) ____ Las IRA no tienen complicaciones

2. Lea detenidamente y responda verdadero (V) o falso (F) sobre factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas.

- a) ____ Alcoholismo
- b) ____ Hipertensión
- c) ____ Hábito de fumar
- d) ____ Desnutrición en niños
- e) ____ Antecedentes familiares de asma bronquial
- f) ____ Trastornos psiquiátricos
- g) ____ Poca práctica de ejercicios físicos.

3. Lea detenidamente y responda verdadero (V) o falso (F), sobre síntomas de las infecciones respiratorias agudas:

- a) ____ Falta de aire
- b) ____ Pérdida del apetito
- c) ____ Dolor torácico
- d) ____ Vómitos
- e) ____ Fiebre
- f) ____ Erupción en la piel
- g) ____ Inflamación de los párpados
- h) ____ Obstrucción nasal

4. Lea detenidamente y responda verdadero (V) o falso (F), sobre influencia del medio ambiente en las infecciones respiratorias agudas:

- a) ____ Las condiciones de la vivienda influye en la aparición de las IRA.
- b) ____ Es importante el control ambiental para evitar la aparición de las IRA.
- c) ____ En los niños debe vigilarse signos de complicación de las IRA.
- d) ____ Las IRA no se tratan con medicamentos.
- e) ____ La exposición a medio extremos del ambiente puede propiciar la aparición de la IRA.

5. Lea detenidamente y responda verdadero (V) o falso (F), conducta preventiva a seguir en las infecciones respiratorias agudas:

- a) ____ Esperar 7 días para acudir al médico.
- b) ____ Acude inmediato al médico.
- c) ____ Dele abundantes líquidos.
- d) ____ Vigila la presencia de fiebre.
- e) ____ Evita el contacto con otras personas con IRA

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Adecuado: Contestar incisos: a,c,e

Inadecuado: Contestar incisos: b,d,f,g

Pregunta 2:

Adecuado: Contestar inciso: c,d,e

Inadecuado: Contestar inciso: a,b,f,g

Pregunta 3:

Adecuado: Contestar incisos: a,b,c,e,h

Inadecuado: Contestar incisos: d,f,g

Pregunta 4:

Adecuado: Contestar incisos: a,b,c,e

Inadecuado: Contestar incisos: d

Pregunta 5:

Adecuado: Contestar incisos: b,c,d,e

Inadecuado: Contestar incisos: a

Calificación Final:

Adecuado: Contestar 3 preguntas.

Inadecuado: Contestar 2 preguntas o menos.

Programa de intervención educativa

Objetivos General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre infecciones agudas respiratorias por medio de una intervención educativa para motivar un cambio de conducta en esta población.

Específicos:

- a) Definir el concepto de IRA y sus consecuencias.
- b) Mencionar los factores de riesgo que conllevan a la enfermedad.
- c) Identificar síntomas y signos de alarma en el niño con infección respiratoria.
- d) Definir las vías de contagio e influencia del medio para contraer dicha enfermedad.
- e) Determinar las medidas a tomar así como la higiene en el hogar y la comunidad cuando existe un individuo enfermo.

Sección No.1

Tema: Introducción al programa Educativo

Objetivos:

- Presentar a las participantes y crear relaciones afectivas entre las mismas.
- Presentar el curso y sus objetivos.
- Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigas, vecinas u otras personas

Actividades:

Actividad Principal: Se abordan los temas relacionados con la investigación, se tiene en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre. Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 45 mnt.

Lugar: aula del consultorio

Método de enseñanza: Charla educativa.

Medios: Humanos y Material Mimeografiado.

Sección. No.2

Tema: Introducción sobre la IRA.

Objetivos:

- Definir que son las infecciones agudas respiratorias (IRA) así como sus consecuencias.

Actividades:

Introducción: Se explicaron las principales características la IRA, haciéndose énfasis en su definición y sus consecuencias.

Actividad Principal: Mediante la lectura dirigida se expuso la definición la enfermedad de la IRA. Posteriormente se pidió que hicieran comentarios y presentaran sus dudas, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador. A continuación se debatió mediante charla las consecuencias que conlleva presentar la enfermedad.

Cierre: Se aplicó la técnica: “La Mecha y la Bomba”, que consistió en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha y un bolo de derecha a izquierda, los que al coincidir en las manos de algunas participantes “explotan” lo cual determinó que se hicieran algunas preguntas relacionadas con el tema impartido en ese encuentro. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 45 mnt.

Lugar: aula del consultorio

Métodos de enseñanza:

- Conferencia.
- Charla educativa.

Medios: Humanos, Pancarta de cartulina, Bolo, Pelota y Material de Oficina.

Sección No. 3

Tema: Identificar los factores de riesgo de la IRA.

Objetivos:

- Exponer cuáles son los factores de riesgo a tener en cuenta para evitar el contagio de la IRA.

Actividades:

Introducción: Se hizo un breve resumen de la actividad anterior y se recordaron los términos y definiciones introducidas en el encuentro precedente.

Actividad Principal: Mediante la lectura dirigida se expusieron los principales factores de riesgo de las IRA, posteriormente, se le mostró un vídeo, que trataba algunos aspectos del tema.

Cierre: Se empleó una técnica de animación: dar y recibir aprecio. Todos los participantes sentados en círculo, de izquierda a derecha, el que le dio aprecio lo reciben, luego este se expresa en voz alta para que todos los escuchen. Al finalizar la autora enfatizó en la forma de reconocerlos con lo que concluyó dicha sección. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 45 mint.

Lugar: aula del consultorio

Métodos de enseñanza: Conferencia audiovisual, charla educativa.

Medios: Humanos, Videos y Televisor.

Sección No. 4

Tema: Identificar síntomas y signos de alarma en el niño con infección respiratoria.

Objetivos:

- Explicar cuáles son los signos y síntomas de alarma y en qué momento estamos en presencia de una IRA.
- Explicar las medidas a tomar así como la higiene en el hogar y la comunidad cuando existe un individuo enfermo.

Actividades:

Introducción: Esta sección se iniciará con la técnica participativa “El Amigo Secreto”, Donde cada integrante después de haber seleccionado su pareja le tendrá que realizar una pregunta relacionada con el tema anterior y así sucesivamente todos podrán preguntar y responder.

Actividad Principal: Se inicia la sección con una conferencia por parte de la autora de la investigación, sobre síntomas y signos de alarma de la IRA, luego a través de la técnica participativa “Lluvia de Ideas” se le solicitó a las participantes que mencionaran los métodos de higiene que conocían para el uso y sobre conducta a seguir ante las infecciones respiratorias agudas, los cuales se escribieron por medio de un moderador en la pizarra, al finalizar la autora expuso cuál de todos serían los más adecuados y correctos.

Tiempo: 45 mint

Lugar: aula del consultorio

Métodos de enseñanza: Conferencia, charla educativa, técnicas de participación (lluvias de ideas).

Medios; Humanos, Pizarra y Tizas.

Sección No. 5

Tema: Influencia del medio para contraer IRA.

Objetivos:

- Identificar cual es la influencia del medio ambiente en el debut de esta enfermedad

Actividades:

Introducción: Esta sección se iniciará igualmente con la técnica participativa “El Amigo Secreto”, Donde cada integrante después de haber seleccionado su pareja le tendrá que realizar una pregunta relacionada con el tema anterior y así sucesivamente todos podrán preguntar y responder.

Actividad Principal: Se inicia la sección con una conferencia por parte de la autora de la investigación, sobre la influencia del medio en el debut de esta enfermedad en el niño, luego a través de la técnica participativa Lluvia de Ideas se le solicitó a las participantes que mencionaran que conducta más propicia se

debe tener en cuenta sobre las influencias del medio ante las infecciones respiratorias agudas, los cuales se escribieron por medio de un moderador en la pizarra, al finalizar la autora expuso cuál de todos serían los más negativos.

Tiempo: 45 mint

Lugar: aula del consultorio

Métodos de enseñanza: Conferencia, charla educativa, técnicas de participación (lluvias de ideas).

Medios; Humanos, Pizarra y Tizas.

Etapas de Evaluación

Una vez concluida la intervención, dos semanas después, se aplicó por segunda vez el mismo cuestionario una vez impartido el programa educativo, donde se pudo valorar y elevar el nivel de conocimientos de las participantes.