



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE LA PREVENCIÓN
DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL
POLICLÍNICO MILITAR CHORRILLOS AGOSTO- NOVIEMBRE –
2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER: ROJAS LEON, ELIA PERPETUA.

**LIMA - PERÚ
2016**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE LA PREVENCIÓN
DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL
POLICLÍNICO MILITAR CHORRILLOS AGOSTO- NOVIEMBRE –
2013”**

DEDICATORIA

Dedico esta investigación trabajo a Dios y mi familia por darme las fuerzas para seguir adelante y a mis padres por apoyarme en todo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mi mente, y por poner a personas que han sido mi soporte y compañía dentro de estos años.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años sobre prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. En el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013. Fue un estudio de nivel descriptivo y prospectivo, el método de investigación es cuantitativo de corte transversal. La muestra fueron 40 pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas. Entre sus principales conclusiones tenemos: Existe un significativo 70% de desconocimiento de las madres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas que asisten al policlínico militar Chorrillos, esto se debe al poco desarrollo de la promoción de la salud que se imparte el personal de salud, otro dato que podemos constatar es que existe un conocimiento medio de 20% donde las madres tiene un relativo conocimiento sobre la teología de las infecciones y por último se presenta un escaso 10% de un conocimiento alto.

Palabras Claves: Conocimiento e Infección Respiratoria Aguda.

ABSTRAC

The aim of the study was to determine the level of knowledge of mothers of children under 5 years for the prevention of acute respiratory infections. Chorrillos Military Polyclinic in August-November 2013 .It was a study of descriptive and prospective level, the research method is quantitative cross-section. The sample consisted of 40 patients with acute respiratory infections. Among its main findings are: There is a significant 70% of ignorance of mothers on acute respiratory infections attending the military polyclinic Chorrillos, this is due to poor development of health promotion personnel health is taught, other information that can confirm is that there is a 20% average knowledge of where mothers have a relative understanding of the theology of infections and finally presents a scant 10% of a high knowledge.

Keywords: Knowledge and acute respiratory infection.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	5

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	59
2.4. Hipótesis	61
2.5. Variables	61
2.5.1. Operacionalización de la variable	36

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	63
3.3. Población y muestra	63
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	64

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	66
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	66
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	67
CAPÍTULO V: DISCUSION	71
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo. Más de 4 millones de niños menores de un año mueren por insuficiencia respiratoria aguda todos los años. Uno de los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las Infecciones Respiratorias agudas ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Este tipo de afecciones son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes infecciosos que afectan cualquier punto del aparato respiratorio.

Uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en los niños menores de cinco años atendidos en el policlínico Chorrillos es aparentemente la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado de los niños al respecto de los signos de alarma que indican que el niño debe ser atendido por el personal de salud. La demora en llevar a la consulta médica puede provocar agravamiento de la enfermedad, por esta razón es muy importante que los padres conozcan los signos de alarma, para concurrir inmediatamente al centro de salud. El objetivo de este trabajo es determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la prevención de las infecciones respiratorias. Saber el nivel de conocimiento de las madres me va a dar parámetros para enfocarme hacia la promoción de la salud y educar a la madre para que ellas mismas puedan protegerse y proteger a su entorno y lograr que sus actitudes estén orientadas hacia la prevención y los cuidados de su familia y así evitar las infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen la primera causa de los problemas de salud infantil, en menores de cinco años de edad, representando el 40% al 50% de las consultas y atenciones. Las IRAs son causadas, generalmente por virus y bacterias, el mecanismo de diseminación es el contacto directo con personas enfermas. Los factores de riesgo a los cuales están expuestas la población infantil son: la desnutrición, el hacinamiento la carencia de lactancia materna, bajo peso al nacer, tabaquismo, cocinar con leña. Factores socioeconómicos, favorecen la predisposición a las IRAS, sumando a las condiciones ambientales (clima Contaminación).

A nivel mundial se registran 94 millones de casos de infecciones respiratorias y mueren 4.5 millones de niños al año por esta causa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima 72 Muertes por cada 1.000 nacimientos y es necesario reducir esta cifra a 31 por Cada 1.000 nacidos para el año 2015. El cuarto objetivo del milenio es reducir la mortalidad infantil entre el año1990 hasta el 2015 en niños menores de 5 años.

Según reporta UNICEF en África la mortalidad es alarmante 150 por 1000 nacidos vivos. En china el índice de mortalidad en menores de cinco años se ha reducido a la mitad en el año 2005 al mortalidad fue 45 por 1000 nacimientos para el año 2007 la mortalidad fue 24 por 1000 nacidos vivos (1).

En América Latina, según reporte técnico de la Organización Panamericana de la salud (OPS) la mortalidad por infecciones respiratorias agudas fueron de 550 mil niños menores de 5 años de los cuales 88% fueron por neumonía (2).

En el Perú actualmente hasta la SE 29 del 2009 los servicios de salud de todo el país han notificado 2'037 521 atenciones por Infecciones Respiratorias Agudas con 25 881 episodios de neumonía que representa, y la mortalidad por neumonías es 296, la tasa de mortalidad por neumonías es 10,9 muertes por cada 100 000 niños menores de cinco años. La distribución porcentual de estas defunciones es 53,0% (157) los cuales ocurrieron fuera de los servicios (extrahospitalarias) y el 47,0% (139) dentro de los servicios (intrahospitalarias) (3).

En los últimos 35 años hay un descenso de la mortalidad infantil, lo cual representa un logro para el país por la implementación de acciones efectivas inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo.

La DISA II Lima Sur, Abarca los distritos: Barranco, Chorrillos, Santiago de Surco , San Juan de Miraflores, Villa Maria, Villa el Salvador, Lurin ,Pachacamac, Playas.

Actualmente el mundo vive, un panorama de pandemia, del virus de la influenza AH1N1 que ha afectado ya a 109 países, La pandemia de esta gripe son causadas por virus totalmente nuevos o que no han tenido recientemente una gran circulación en la población humana. Esto crea una vulnerabilidad casi universal a la infección.

Las personas con afecciones crónicas subyacentes (enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, diabetes, artritis reumatoide, niños y ancianos) tienen más tendencia a sufrir infecciones graves o mortales. Combinada con otros factores, como el estado nutricional. Por lo tanto el nivel de conocimiento de la población en general sobre la prevención y los cuidados es muy importante para evitar el contagio. Y reducir la morbilidad y mortalidad.

Saber el nivel de conocimiento de las madres dará parámetros para tomar las alternativas correctas hacia la promoción de la salud y educar a las madres para que ellas mismas puedan protegerse y proteger a su entorno y lograr que sus actitudes estén orientadas hacia la prevención y los cuidados de su familia y así evitar las infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años sobre prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. En el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013

1.3.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años sobre **etiología** de las

.Infecciones Respiratorias Agudas. En el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013.

- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años sobre **cuadro clínico** de las .Infecciones Respiratorias Agudas. En el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013.
- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años sobre los **factores de riesgo** de las .Infecciones Respiratorias Agudas. En el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las infecciones Respiratorias Agudas son los casos más prevalentes de los niños menores de 5 años. Existen factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de las IRAS como son: los factores ambientales, el hacinamiento, la exposición al humo del tabaco, la desnutrición la falta de lactancia materna.

En el policlínico solo se atienden consultas ambulatorias, Debido a la gran cantidad de madres con niños con IRA que acuden al Policlínico Militar de Chorrillos. Saber el nivel de conocimiento de las madres Cabe mencionar que en el policlínico no existe un sub programa de IRA, que oriente a las madres a prevenir los problemas de las IRAS, Se considera de gran relevancia realizar este proyecto 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 de los pacientes aplicando los cuidados mediante el proceso de atención de enfermería.

También este estudio servirá al equipo multidisciplinario a fin de brindar una atención oportuna logrando promocionar la prevención de la enfermedad mediante la educación a las familias por lo tanto el nivel de conocimiento de la familia influirá significativamente de los cuidados en el hogar y disminuirá la morbilidad de las infecciones respiratorias en los niños. (6).

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

La limitación que encontramos fue el poco interés de las madres en el tema tan solo buscan la atención de los niños y se retiran sin querer contestar las preguntas.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. En el Ámbito Internacional

Rodríguez “Nivel de conocimiento sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 15 años.CMD 43-15” Cuba 2005 (11) Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con las madres de los niños menores de 15 años con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que sobre determinados aspectos de las Infecciones Respiratorias Agudas poseían estas. El estudio se llevó a cabo en las 250 madres de niños menores de 15 años del CMF 43-50, por lo tanto el universo y la muestra coincidieron. A las madres se les aplicó un cuestionario creado para tales efectos, el cuál fue validado eficaz y oportunamente para el procesamiento de la información, utilizando el índice general del conocimiento y el índice de desconocimiento consciente.

En los resultados obtenidos se encontraron que el nivel de conocimiento sobre los temas explorados en esta investigación es

bajo. Se evidenciaron diferencias entre los conocimientos de las madres según su edad. Parece haber un poco más de problemas en los conocimientos de las madres acerca de la conducta ante las Infecciones Respiratorias Agudas y se detectó un bajo nivel de concientización del desconocimiento. Se hicieron recomendaciones.

Conclusiones

- Más de la mitad de las madres encuestadas obtuvo índices de conocimientos excelentes o buenos.
- En las madres objeto de estudio no se encontraron grandes diferencias entre la escolaridad y los conocimientos sobre estos temas.
- Existen evidentes diferencias en los conocimientos sobre IRA y la paridad de estas madres. Las encuestadas con mayor paridad demostraron poseer un conocimiento mayor.
- Se encontraron diferencias en cuanto a los conocimientos que poseen estas madres en Aspectos generales y la Conducta a tomar ante las IRA que padezcan sus hijos. Resultó haber más desconocimiento en el área de Conducta ante una IRA.
- Se detectó un nivel bajo de concientización del desconocimiento lo que pudiera conspirar contra la motivación para que las madres superen sus conocimientos.

Burgos “conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de cinco años. Calamarca la Paz” Bolivia 2006 (12). Realizo un estudio con el objetivo de determinar los conocimientos de las madres de niños menores de cinco años sobre los signos de alarma en infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir a un centro de salud. El

método de estudio fue transversal 79 madres fueron seleccionadas aleatoriamente se aplicaron estadísticas descriptivas para resumir los datos demográficos y presentar los conocimientos de las madres en torno a IRA y EDA. Resultados: la mayor proporción de las madres entrevistadas tenían un promedio de 28 años y un grado de escolaridad primario (78.8%). Con relación a la EDA, aproximadamente la mitad reconoció la deshidratación severa (58.2%) y la disentería (59.5%) como signo de alarma. Aproximadamente el 75% indico la preparación correcta de SRO pero 51.9% considero que en niños con EDA debe suspenderse el pecho y la comida.

En relación a la IRA aproximadamente un tercio considero signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e identifica la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50 % de los casos (51.9% y 48.1% respectivamente). Solo el 35.7% acudiría a un centro de salud por estos síntomas en las primeras 24 horas, dar líquidos y destapar la nariz fueron consideradas conductas saludables en IRA solo en 55.7% de las encuestadas.

Conclusiones: la falta de reconocimiento de los signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbilidad y mortalidad infantil los mensajes educativos sobre este tema debería incluir material escrito.

2.1.2 En el Ámbito Nacional

Urbina “Conocimiento y prácticas de las madres de niños menores de cinco años con infecciones respiratorias que acuden al micro red Pampa Grande Tumbes Agosto del 2006” Perú 2007. (7).

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo que emplea una metodología no experimental y descriptivo, se desarrolla con el

propósito de evaluar conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas que acuden a la Micro red Pampa Grande-Tumbes durante los meses Agosto 2006 enero 2007. Para la recolección de datos se empleó el cuestionario elaborado por el personal investigador y docente asesora. Los resultados fueron analizados principalmente según el nivel de conocimiento y las prácticas de las madres encontrando que el nivel de conocimiento de las madres en estudio fue el 53.3% que corresponde a un nivel de conocimiento medio; se obtuvo que un 84.4% tienen un alto conocimiento referente a factores ambientales que coadyuvan en la aparición de infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años. Las madres realizan como prácticas comunes la administración de jarabes y/o antibióticos en un 47.1 %, y como prácticas menos frecuentes fue administrar infusiones de hierbas con un 4 %.

Salazar. “Relación entre los Conocimientos y las Practicas de las madres de niños menores de 5 años sobre las IRAS en el Puesto de Salud Edilberto Ramos de Villa el Salvador Diciembre del 2002- Abril 2003” Perú. (8) Cuyos objetivos fueron Identificar el nivel de conocimiento sobre las IRAS de las madres que acuden al puesto de salud, Identificar las prácticas en el hogar en las IRA por las madres de niños menores de cinco años que asisten al puesto de salud. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre las IRA y la práctica en el hogar de los niños menores de 5 años que asisten al puesto de salud.

El tipo de estudio es de tipo Descriptivo Correlacional Retrospectivo y de corte transversal. Se trabajo con una muestra con una muestra de 196 madres elegidas en forma no probabilística por conveniencia, para la recolección de datos se aplicaron 2 instrumentos, un cuestionario y una lista de cotejo.

Los resultados fueron el 51% de las madres tienen un nivel regular de conocimiento, evidenciado en 57% desconocen sobre las IRA, un 57% conocen la tos y los estornudos como las formas de contagio más comunes, un 5.6% conocen sobre los factores de riesgo. Con respecto a las practica un 51% realizan adecuadamente de manejo del niño con IRA en el hogar u un 49% en forma inadecuada un 77% aumenta la ingesta de líquidos, e, 79% de las madres con niños menores de 6 meses continua con la lactancia materna un 26% utiliza antipiréticos y el 66.6% acude al médico para su control.

conclusión .No existe relación directa entre el nivel de conocimiento sobre las IRA y la practica en el hogar por las madres de los niños menores de 5 años ya que maneja adecuadamente e inadecuadamente al niño con IRA independientemente de sus conocimientos

Honorio “Conocimiento, y su relación con las prácticas de las madres de Niños Menores de Cinco Años Sobre la Prevención de las infecciones Respiratorias Agudas en el C.S.Max Arias Schreirber“. Perú. 2005. (9) cuyos objetivos fueron, Identificar los conocimientos que tienen las madres en los niños menores de 5 años acerca de la prevención de las infecciones respiratorias agudas. Identificar las prácticas que tienen las madres de los niños menores de cinco años acerca de la prevención de las infecciones respiratorias agudas, siendo la muestra constituida. 71 madres que tienen niños menores de 5 años que acudieron al centro de salud Max Arias Schereirber que habían presentado Infecciones Respiratorias Agudas. El estudio realizado es de tipo Descriptivo Correlacional y de corte transversal, Utilizo como instrumento una entrevista y un cuestionario.

Conclusión. Las madres de los niños menores de cinco años tienen un conocimiento bajo sobre las prevención de las

infecciones respiratorias agudas y hay una relación directa sobre los conocimientos y las prácticas caseras que utilizan las madres para la prevención de las infecciones respiratorias agudas, Sobre los factores de riesgo, reconocen solo un factor que es el cambio del clima, pero tienen un escaso conocimiento sobre los factores de riesgo más importantes como la deficiente alimentación, la falta de inmunización y también las madres tienen un conocimiento medio sobre las complicaciones de la IRA.

Muñoz “Conocimientos y prácticas de las Madres y acciones de prevención y Promoción Desarrollados por agentes de la Salud, para el manejo de las infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años de la comunidad de 21 de Setiembre de Pachacamac”. Perú 2004(10) cuyos objetivos fueron identificar los conocimientos y prácticas de las madres y las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades desarrolladas por los agentes de la salud, para el manejo de las infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años, siendo la muestra constituida por 120 madres, que tienen niños menores de cinco años que hayan presentado alguna infección Respiratoria Aguda en la comunidad 21 de Setiembre de Pachacamac, es un estudio de tipo descriptivo explorativo, instrumento una entrevista estructurada.

Conclusión. La mayoría de las madres desconocen las medidas de prevención y los factores que coadyuvan la presencia de la IRA, así mismo, cuando el niño presenta IRA, la mayoría de las madres suelen realizar prácticas caseras como son las frotaciones de mentolatum, mentol chino, cebo de gallina, etc., le dan hierbas como el eucalipto, la huamanripa, ajo, jarabe de cebolla, nabo, limón, entre otros. El mayor número de madres suelen auto medicar a sus niños con IRA, administrándoles diversos jarabes, gotas o pastillas.

2.2. BASE TEORICA

2.2.1 Cultura

La cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones internalizadas, así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que en gran medida son compartidas entre un grupo de personas. Los niños comprenden la cultura y también contribuyen a su continuidad y a su transformación. Según la UNESCO La cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre si mismo, es ella la que hace a los individuos seres específicamente humanos racionales, críticos y éticamente comprometidos, a través de ella se disciernen los valores y se toman decisiones, a través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de si mismo y reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones y crea obras que lo trascienden (13).

2.2.2 Conocimiento

El conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos ordenados, vago e inexacto , el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace de su vida cotidiana por el simple hecho de existir ,de relacionarse con el mundo de captar mediante los sentido información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural. El conocimiento científico que es racional, analítico sistemático y verificable a través de la experiencia. (14)

Villapondo Sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consiente o proceso de comprensión, entendimiento el

pensamiento, percepción, inteligencia razón. Se le clasifica como conocimiento sensorial, respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estados psíquicos internos. Conocimiento intelectual, ello se origina de concepciones aisladas y de hechos causales de ellas. Conocimiento de la razón, referidos a las causas internas fundamentales, generales, verdaderas de la existencia y modo de ser de las cosas. (15).

El conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de esto.

Por lo expuesto. El conocimiento es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales.

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, sin embargo esto no se evidencia en una población rural o urbana marginal, ellos continúan poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, actúan ante las enfermedades de acuerdo a su opinión y creencias que tienen sobre la salud y enfermedad.

2.2.3 Infecciones Respiratorias Agudas

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 .

Entre las IRA se encuentran las infecciones respiratorias superiores comprendidas como: Resfrío, Faringitis, Amigdalitis, Bronquitis, Otitis o enfermedades graves y las infecciones respiratorias bajas y comprende la Neumonía y la bronquiolitis.

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: Sincicial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Coxsackie, entre otros (24).

2.2.3.1. Resfriado Común o Rinofaringitis

Es una enfermedad aguda, transmisible. De origen viral., usualmente de leve a moderada y auto limitada, caracterizada principalmente por rinorrea y congestión nasal.

El grupo etario afectado más frecuente son los niños menores de cinco años. Los rinovirus son los agentes etiológicos más frecuentes (40%). El periodo de incubación varía de 24 a 72 horas. Un niño puede tener hasta 12 episodios al año.

Los síntomas más frecuentes: Rinorrea, congestión nasal, molestias faríngeas tales como: dolor, ardor, escozor, cefaleas, tos que generalmente inician alrededor del 4º y 5º día cuando disminuyen los síntomas nasales. En preescolares fiebre leve a moderada, mialgias pérdida del gusto, congestión ocular.

El tratamiento específico para prevenir o curar el resfrío común. El tratamiento es sintomático.

- Solución Salina Normal 2 a 4 gotas en cada fosa nasal y aspiración cuidadosa, las veces necesarias, es lo más importante.
- Acetaminofén: 10 a 15 mg/ Kg/ dosis VO cada 6 horas, por 3 a 5 días.
- Líquidos orales abundantes.

NO SE RECOMIENDA el uso de antibióticos, aspirina, antihistamínicos, expectorantes, antitusígenos, descongestionantes locales u orales.

Los cuidados que se puede dar son:

- Lavado de manos.
- Evitar contactos con personas enfermas.

2.2.3.2 Faringitis o amigdalitis

Es la infección de la faringe o amígdalas causada por el *Streptococcus pyogenes* grupo A. Aparte del proceso exudativo localizado, esta enfermedad puede llevar a complicaciones no supurativas como fiebre reumática o glomerulonefritis aguda.

La faringitis estreptocócica afecta a personas mayores de tres años, pero la incidencia es mayor en niños mayores de cinco años y adultos jóvenes. El reconocimiento de esta condición y tratamiento antibiótico temprano está indicado no sólo para disminuir la duración de los síntomas sino para prevenir las complicaciones no supurativas de la enfermedad (fiebre reumática y glomerulonefritis).

Evaluación y Diagnóstico:

Historia:

Fiebre alta de inicio súbito.

Dolor de garganta.

Malestar general pronunciado.

Dolor abdominal y vómitos repetidos, más frecuente en niños.

Ausencia de tos y rinorrea.

Examen Físico:

- La faringe y/o amígdalas se hallan rojas y con frecuencia hay exudado purulento.
- Los ganglios de la cadena cervical anterior se hallan aumentados de volumen y dolorosos.
- Puede haber una erupción eritematosa en la piel, la cual semeja quemadura solar de textura áspera, en las axilas, ingles, abdomen o tronco.
- No se asocia a visceromegalia.

Exámenes Auxiliares:

La presencia de eritema intenso, exudado y/o ganglios cervicales aumentados de tamaño y dolorosos usualmente es suficiente para plantear el diagnóstico e iniciar tratamiento; las pruebas consignadas abajo pueden ayudar en caso de duda.

- Las pruebas rápidas para detección del antígeno de *Streptococcus pyogenes* grupo A tienen una sensibilidad de 60%–90% y especificidad de más de 95%.

- El cultivo de hisopado faríngeo es la prueba que confirma el diagnóstico.

Diagnóstico Diferencial:

1. Faringoadmigdalis viral: Usualmente cursa con rinorrea o afección bronquial que causa tos; por lo general hay sólo eritema, no hay exudados ni membranas.
2. Mononucleosis infecciosa: Puede ser indistinguible de faringitis o amigdalitis estreptocócica; puede haber hepatomegalia o esplenomegalia; no responde a antibióticos; el diagnóstico se confirma por serología; hay linfocitos atípicos en el hemograma.
3. Difteria: Aunque es poco frecuente debido a la vacunación, se debe sospechar en ella si las amígdalas están cubiertas de membrana.

Tratamiento:

General: No aplicable.

Farmacológico:

1. La droga de elección es Penicilina; puede indicarse Penicilina V o Amoxicilina por vía oral o Penicilina G benzatínica intramuscular; pueden usarse otras penicilinas parenterales, al inicio del tratamiento.
2. Para pacientes alérgicos a Penicilina, Eritromicina es el antibiótico alternativo.
3. En los pocos casos de infección persistente se puede usar Cefalexina o Amoxicilina + Acido clavulánico o Lincomicina por diez días.

Puede ser otra penicilina de amplio espectro asociada a inhibidor de betalactamasa.

Indicaciones Clínicas Para Tratamiento Quirúrgico o Procedimientos Invasivos:

1. Absceso periamigdaliano.
2. Hipertrofia que causa obstrucción de vía aérea.
3. Infecciones repetidas (más de cinco al año en niños > 3 años y más de dos en adultos).

Indicaciones Clínicas Para Referir Pacientes:

1. Necesidad de tratamiento quirúrgico.

Indicaciones Clínicas Para Hospitalización:

1. Formación de absceso periamigdaliano.
2. Deshidratación e incapacidad para seguir un tratamiento oral, con cuadro que afecta.

2.2.3.3 Otitis Media Aguda

La otitis media aguda (OMA) es la inflamación de origen infeccioso del oído medio que aparece en forma brusca, generalmente después de una infección respiratoria alta. La OMA afecta principalmente a niños entre 6 y 13 meses de edad (62% de los niños que cumplen un año de edad ha tenido al menos un episodio de OMA). Es más común en varones y se produce como consecuencia de la obstrucción o disfunción de la trompa de Eustaquio.

Si bien un porcentaje importante (hasta 88%) de las OMA puede curar sin antibióticos, espontáneamente, clínicamente no se puede diferenciar la OMA de etiología viral de la OMA causada por bacterias, por lo que se

recomienda tratamiento antimicrobiano para todos los casos sintomáticos de OMA. El uso de antibióticos disminuye complicaciones supurativas de la OMA como mastoiditis y meningitis.

Evaluación y Diagnóstico:

Historia:

1. Antecedente de infección respiratoria alta reciente.
2. Fiebre.
3. Dolor de oído unilateral o bilateral.
4. Irritabilidad.
5. Pérdida o disminución de la audición.
6. Otorrea.

Examen Físico:

1. Membrana timpánica roja o amarilla.
2. Tímpano opaco con pérdida del reflejo luminoso y de las marcas del tímpano.
3. Tímpano convexo, abombado, blanquecino.
4. Pobre motilidad de la membrana timpánica cuando se hace neumatoscopia.

Salida de contenido purulento o seroso a través del conducto auditivo externo, cuando hay perforación timpánica.

Exámenes Auxiliares:

Generalmente no se requieren.

Diagnóstico Diferencial:

1. Otitis externa difusa.
2. Forunculosis del conducto auditivo externo.
3. Tapón de cerumen.

Tratamiento:

General:

1. Limpiar continuamente con solución fisiológica las secreciones de las fosas nasales.
2. Ofrecer al niño más líquido de lo acostumbrado y, en general, mantenerlo en buen estado de hidratación.
3. En presencia de otorrea, limpiar el conducto auditivo externo, tantas veces como sea necesario, hasta que cese el drenaje; además colocar un hisopo de algodón cubierto con vaselina para ocluir el conducto, antes del baño, para retirarlo luego de éste, mientras exista perforación.

Farmacológico:

1. Analgésicos: Para alivio del dolor, durante los primeros dos a tres días (Tabla 1).
2. Gotas óticas: Pueden usarse si no hay perforación timpánica.
3. Antibióticos: El tratamiento está dirigido contra los gérmenes más comunes: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Moraxella catarrhalis; el tratamiento de elección es amoxicilina durante 10 días; agentes como Trimethoprim + sulfamethoxazole, Amoxicilina + Acido clavulánico o Eritromicina + Sulfisoxazol pueden usarse como primera opción en pacientes que hayan recibido Amoxicilina recientemente (Tabla 2).
4. Quienes están en profilaxis antimicrobiana por OMA recurrente deben recibir un antibiótico diferente como tratamiento inicial.
5. Si un paciente no mejora después de dos a cuatro días de tratamiento, persiste con signos de infección

habiendo completado 10 □ 14 días de tratamiento o se le aísla un germen resistente al antibiótico en uso y además continúa sintomático al momento de obtener el resultado, debe ser tratado con otro antibiótico.

6. En los niños menores de tres meses se debe preferir Eritromicina + Sulfisoxazol como primera elección pues es posible que el agente causal sea *Staphylococcus aureus* o *Chlamydia*.
7. En caso de resistencia a los antibióticos de primera elección mencionados, la terapia deberá guiarse de los resultados de sensibilidad in vitro, generalmente las cepas aisladas suelen ser sensibles a Axetil cefuroxima, Cefaclor, Ampicilina + Sulbactam, Macrólidos ó Cefalosporinas de tercera generación de uso oral.
8. La resolución completa de una efusión persistente en el oído medio puede requerir dos a tres meses.
9. La quimioprofilaxis se recomienda en el niño que desarrolla tres episodios de otitis media en seis meses o cuatro episodios en 12 meses (siempre y cuando al menos uno de los episodios haya ocurrido dentro de los últimos seis meses); se puede usar Amoxicilina 20mg/kg/día ó Sulfisoxazol 150mg/kg/día, en una dosis diaria al acostarse, durante tres meses a un año.

Tabla 1. Analgésicos de uso pediátrico

Nombre	Presentación	Dosis (mg/kg/dosis)
Acetaminofén	Gotas, 100mg/ml Jarabe, 120mg/5ml Tabletas, 500mg	10 – 15
Pirazonas	Gotas, 500mg/ml Jarabe, 260mg/5ml Tabletas, 500 mg	10 – 12
Ibuprofeno	Jarabe, 100mg/5ml Tabletas, 200mg y 400mg	5 – 10

Tabla 2. Antibióticos eficaces para otitis media aguda

Nombre	Presentación	Dosis (mg/kg/d)
Amoxicilina	Jarabe, 125mg, 250mg y 500mg/5ml Cápsulas, 250mg y 500mg	40
Trimetoprim + sulfametoxazol	Suspensión, 40mg TMP + 200mg SMZ y 80mg TMP + 400mg SMZ / 5ml Comprimidos, 20mg TMP + 100mg SMZ y 80mg TMP + 400mg SMZ	8 – 10 TMP 40 – 50 SMZ
Eritromicina + sulfisoxazol	Suspensión, 200mg eritromicina + 600mg sulfisoxazol / 5ml	50 (eritromicina)
Axetil cefuroxima	Suspensión, 125mg y 250mg/5ml Comprimidos, 250mg y 500mg	30
Cefaclor	Suspensión, 250mg/5ml y	40

	365mg/5ml (AF) Cápsulas, 250mg y 500mg y 500mg (AF)	
Amoxicilina + ácido clavulánico	Suspensión, 125mg, 250mg y 500mg amoxicilina + 31.25mg, 62.5mg y 125mg ácido clavulánico / 5ml Tabletas, 500mg amoxicilina + 125mg ácido clavulánico	40
Ampicilina + sulbactam	Suspensión, 250mg/5ml	25 – 50
Cefixima	Suspensión, 100mg/5ml	8
Azitromicina	Suspensión, 200mg/5ml	10 x 3 días

Indicaciones Clínicas Para Tratamiento Quirúrgico o Procedimientos Invasivos:

1. Timpanocentesis:

- a) Otitis media en recién nacidos, lactantes < 3 meses o niños con inmunodeficiencia.
- b) Otitis media en un niño gravemente enfermo.
- c) Niños con complicaciones supurativas intratemporales o intracraneales.
- d) Dolor ótico persistente a pesar del uso de analgésicos.
- e) Para identificación del agente causal en un niño que no responde satisfactoriamente al tratamiento antibiótico.

Indicaciones Clínicas Para Referir Pacientes:

Evidencia o sospecha clínica de mastoiditis: disminución del calibre del conducto auditivo externo por

abombamiento de su pared, dolor ótico recurrente (usualmente nocturno), otorrea purulenta por más de dos semanas, dolor o eritema en la región retroauricular, desplazamiento del pabellón auricular hacia afuera y abajo, parálisis facial o mareos.

Falta de respuesta terapéutica, luego del uso adecuado de por lo menos dos antibióticos sucesivos.

Necesidad de timpanocentesis, inserción de tubo de timpanostomía o adenoidectomía.

Indicaciones Clínicas Para Hospitalización:

1. Persistencia de fiebre y/o toxicidad después de 48 horas de antibioticoterapia, por la posibilidad de compromiso del sistema nervioso central.
2. Mastoiditis.

2.2.3.4 Otitis Media Crónica

Es la inflamación de la cavidad timpánica con colección de secreción de diferente viscosidad como consecuencia de disfunción de la Trompa de Eustaquio. También suele ser llamada "otitis secretora", "otitis con efusión", "otitis serosa", "otitis seromucosa" o "catarro tubario crónico". Los agentes patógenos más frecuentes, al igual que en la otitis media aguda (OMA), son los siguientes: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*. Esta entidad es en general secundaria a factores alérgicos o infecciosos de nariz o rinofaringe (p.ej., adenoiditis).(25).

Evaluación y Diagnóstico:

Historia:

1. Hipoacusia.

2. Tinnitus al bostezar o deglutir.
3. Otagia episódica.
4. Alteración del desarrollo del lenguaje.
5. Ronquido frecuente e intenso por la noche, ocasionalmente con dificultad respiratoria (cuando hay hiperplasia adenoidea).
6. Estornudos, rinorrea o prurito nasal (sugieren la presencia concurrente de rinitis alérgica).

Examen Físico:

1. Conducto auditivo externo (CAE) normal.
2. Membrana timpánica (MT) intacta, aunque puede estar retraída o abombada; se puede observar derrame a través de la MT; el derrame puede tener coloración azulada, oscura, a veces clara; también se puede observar imágenes en burbujas.
3. El examen de la vía aérea alta puede revelar obstrucción nasal, secreción nasal o mucosa nasal pálida, sugerentes de rinitis alérgica.
4. Facies adenoidea, sugerente de hipertrofia de adenoides.

Exámenes Auxiliares:

1. Otoscopía neumática: Para esta prueba se usa un otoscopio con un aditivo que cierra herméticamente el ingreso al CAE; al mismo tiempo que se aprecia la MT con cierta amplificación se puede introducir aire dentro del oído externo, pudiendo observar que la movilidad de la MT está muy disminuida.
2. Audiometría: Indicada para evaluar la presencia y severidad de hipoacusia; esta prueba requiere colaboración, por lo que se limita a niños mayores de cuatro años; en niños menores se puede realizar la audiometría utilizando variantes (p.ej.,

observación de reflejos ó juegos diseñados para evaluar la respuesta auditiva); si bien estas pruebas no son muy precisas, son útiles para detectar hipoacusia.

4. Timpanometría: Evalúa la integridad del sistema tímpano–osicular y la presión en el oído medio; la respuesta anormal típica es una curva aplanada (examen realizado por el especialista).
5. Potenciales evocados auditivos en niños menores de tres años; está indicado cuando se sospecha hipoacusia; esta prueba es objetiva y brinda datos muy valiosos sobre la presencia, topografía y severidad de la hipoacusia.
6. Radiografía de cavum faríngeo: Indicada cuando hay evidencia clínica de obstrucción nasal crónica; puede mostrar disminución del lumen aéreo en la epifaringe por hipertrofia de adenoides, la cual está en estrecha relación con disfunción de la Trompa de Eustaquio.
7. Descarte de alergia: Cuando la historia ó examen sugieren la presencia de rinitis alérgica, la cual es causa frecuente de otitis secretoria; puede encontrarse incremento de IgE sérica, eosinofilia en el hemograma o más de 5% de eosinófilos en el frotis de secreción nasal.

Diagnóstico Diferencial:

1. Otitis media adhesiva: Hay retracción exagerada de la MT.
2. Hemato–tímpano: Colección de sangre en la cavidad timpánica como consecuencia de fractura del hueso temporal o de barotrauma.

3. Glomus timpánico: Tumor benigno rojizo, pulsátil, detrás de una MT integra.
4. Wegener ótico: Enfermedad inmunológica, granulomatosa y destructiva, con MT íntegra.
5. Barotrauma: Por cambios de presión atmosférica con desarrollo brusco de presión negativa en el oído medio ó incremento de presión positiva.

Tratamiento:

Farmacológico:

1. Gotas nasales descongestionantes: Si bien es controversial su uso, se recomienda aplicar gotas descongestionantes en cada fosa nasal, hiperextendiendo la cabeza lo más posible para que éstas lleguen a epifaringe y puedan actuar a nivel de Trompa de Eustaquio (p.ej., Xilometazolina al 0.05%, dos gotas cada 12 horas en cada fosa nasal; duración máxima del tratamiento cinco a siete días).
2. El tratamiento antibiótico está indicado tal como en la OMA (ver Tabla); los agentes de elección son Amoxicilina o Cotrimoxazole.

Tabla. Antibióticos orales para otitis media subaguda o crónica en niños

Nombre	Presentación	Dosis
PRIMERA ELECCION Amoxicilina	Suspensión, 125 y 250mg / 5ml Comprimido, 250 y 500mg	20 – 40mg/kg/día,
Trimethoprim + sulfamethoxazole	Suspensión, 40/80mg TMP + 200/400mg SMZ / 5ml Comprimido, 80/160mg TMP + 400/800mg SMZ	8 – 10mg/kg/día (TMP),
SEGUNDA ELECCION Amoxicilina +	Suspensión, 250mg / 5ml Comprimido, 500mg	40mg/kg/día

Acido clavulánico		
Ampicilina + Sulbactam	Suspensión, 250mg / 5ml Comprimido, 375mg	25 – 50mg/kg/día
Axetil cefuroxima	Suspensión, 125 y 250mg / 5ml Comprimido, 250 y 500mg	30mg/kg/día
Azitromicina	Suspensión, 200mg / 5ml Comprimido, 500mg	10mg/kg/día
Cefaclor	Suspensión, 250mg / 5ml y 375mg / 5ml (AF) Cápsula, 500mg	40mg/kg/día
Cefetamet	Suspensión, 250mg / 5ml Comprimido, 500mg	20mg/kg/día,
Cefixima	Suspensión, 100mg / 5ml	8 – 10mg/kg/día,
Ceftriaxone	Ampolla, 1gr	50mg/kg, dosis única
Claritromicina	Suspensión, 125 y 250mg / 5ml Tableta, 250 y 500mg	15mg/kg/día,
Eritromicina + Sulfisoxazol	Suspensión	50mg/kg/día (Eritromicina),
Loracarbef	Suspensión, 200mg / 5ml Cápsula, 400mg	30mg/kg/día,
Roxitromicina	Tableta soluble, 50mg Comprimido, 150 y 300mg	5 – 8mg/kg/día

La duración del tratamiento es de 10–20 días; el tratamiento con Azitromicina es por tres días; el tratamiento con Ceftriaxona en con una sola dosis pero se puede prolongar o repetir, dependiendo de la respuesta.

3. En caso de haber recibido tratamiento antibiótico previo o en el caso de fracaso del tratamiento, se deberá iniciar nuevo curso con otro agente listado en la Tabla; el fracaso del tratamiento se define como

persistencia de hipoacusia y de los hallazgos patológicos del examen físico.

4. La duración mínima del tratamiento antibiótico es de 10 días (a excepción de tratamiento con Azitromicina o Ceftriaxona), debiendo ser mayor en casos más severos o persistentes.
5. Tratamiento de la alergia de fondo.
6. Controles de seguimiento a los 10 días y 20 días.

Indicaciones Clínicas Para Tratamiento Quirúrgico o Procedimientos Invasivos:

1. Respuesta inadecuada al tratamiento médico (persistencia de la hipoacusia, de los hallazgos otoscópicos y de los otros exámenes a pesar de tratamiento médico adecuado durante semanas o meses); otra señal importante es la persistencia en las alteraciones del lenguaje a pesar del tratamiento logopédico.
2. El tratamiento quirúrgico consiste en paracentesis y colocación de tubos de ventilación; en caso de hipertrofia y/o infección crónica del Anillo de Waldeyer el tratamiento es adenoidectomía y/o amigdalectomía.

Indicaciones Clínicas Para Referir Pacientes:

Persistencia de los hallazgos otoscopios locales o de hipoacusia a pesar de tratamiento antibiótico durante 20 días.

2.2.3.5 Sinusitis Aguda

Es la inflamación (o infección) de los senos paranasales, que se produce por obstrucción del ostium de drenaje debido a edema de la mucosa u obstrucción mecánica. Se estima que el 1% a 5% de resfríos se complican con sinusitis bacteriana. Los gérmenes comúnmente encontrados son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*.

Esta guía se refiere al diagnóstico y tratamiento de la sinusitis bacteriana. El diagnóstico se hace por el cuadro clínico y requiere el uso juicioso de la información clínica y de imágenes.

Evaluación y Diagnóstico:

Historia:

1. Rinorrea acuosa o purulenta, con drenaje postnasal o tos predominantemente nocturna que persiste por más de 10 días sin mostrar mejoría.
2. Fiebre
3. Puede haber halitosis, cefalea, dolor facial o edema periorbitario.

Examen Físico:

1. Secreción mucopurulenta en la nariz o en la faringe posterior.
2. Puede haber dolorabilidad a la palpación o percusión del seno paranasal afectado (maxilar o frontal) y/o edema periorbitario.
3. Puede haber fiebre o halitosis.

Exámenes Auxiliares:

El diagnóstico de sinusitis aguda debe hacerse principalmente por historia (secreción nasal de más de diez días de duración) y examen físico.

1. Radiografía (Incidencia de Waters): Para confirmar el diagnóstico de sinusitis aguda maxilar o frontal, especialmente cuando persisten los síntomas a pesar de tratamiento antibiótico adecuado; se busca engrosamiento de mucosa de 4mm o más, opacificación completa de la cavidad o presencia de nivel hidroaéreo; el estudio radiográfico tiene muy poco valor en los niños menores de tres años.
2. Tomografía computada: Para la evaluación de los senos esfenoidales o etmoidales, así como en la evaluación de niños menores de tres años o con enfermedad crónica; en estas situaciones la radiografía simple no es de utilidad; la tomografía no debe realizarse durante la fase aguda de infección ya que puede dar resultados engañosos.

Diagnóstico Diferencial:

1. Rinosinusitis viral aguda.
2. Rinitis alérgica: Los episodios súbitos de estornudos, obstrucción y prurito nasal, la diferencian de la sinusitis.
3. Obstrucción nasal mecánica: Por pólipos, tumores, desviación del septum, cuerpo extraño; pueden cursar como obstrucción unilateral; la rinoscopía permite establecer el diagnóstico.

Tratamiento:

General:

Lavado de la nariz con suero fisiológico varias veces al día, pueden ayudar a reducir el edema de la mucosa nasal y disminuir las secreciones.

Farmacológico:

1. No usar antihistamínicos.
2. Opcional: Descongestionante tópico dos veces por día por tres días.
3. Antibióticos: Durante por lo menos dos a tres semanas.
4. Amoxicilina es un antibiótico adecuado para el manejo de sinusitis aguda no complicada.
5. En alérgicos a la Penicilina, la alternativa es Cotrimoxazol (Trimetoprim + Sulfametoxazol), dos veces al día; otros medicamentos alternativos se presentan en la Tabla.
6. Si hay falla en el tratamiento inicial es decir no hay disminución de los síntomas y signos en cuatro o cinco días, o resolución completa en siete a diez días o aislamiento bacteriológico de cepa resistente sin mejoría clínica, considerar alternativas (ver Tabla) por dos o tres semanas adicionales.

Tabla. Antibióticos efectivos para sinusitis aguda en niños

Nombre	Presentación	Dosis (mg/kg/día)
Amoxicilina	Suspensión, 125, 250, 500mg / 5ml	40
Trimethoprim + Sulfamethoxazole	Jarabe, 40/80mg (TMP) + 200/400mg (SMZ) / 5ml	8 – 10 (TMP)
Cefaclor	Jarabe, 250mg / 5ml	40

Amoxicilina + Acido clavulánico	Suspensión, 125/250mg (Amoxicilina) + 31.25/62.5 (Ac clav) / 5ml	40 (Amox)
Ampicilina + Sulbactam	Suspensión, 250mg / 5ml	25 – 50
Axetil cefuroxima	Suspensión, 125 y 250mg / 5ml	30
Cefaclor	Jarabe, 250 y 375mg / 5ml	40
Cefetamet	Suspensión, 250mg / 5ml	20
Cefixima	Suspensión, 100mg / 5ml	8
Cefpodoxime	Suspensión, 40mg / 5ml	8
Claritromicina	Suspensión, 125 y 250mg / 5ml	15
Cloramfenicol	Suspensión, 150mg / 5ml	50
Loracarbef	Suspensión, 200mg / 5ml	30
Roxitromicina	Suspensión, 50mg / 5ml	5 – 8

Indicaciones Clínicas Para Tratamiento Quirúrgico o Procedimientos Invasivos:

1. Lavado de senos paranasales (en niños mayores de dos años) está indicada en las siguientes situaciones:
 - a) Dolor severo.
 - b) Toxicidad o enfermedad severa.
 - c) Falta de respuesta al tratamiento médico (cuadro clínico persistente con radiología compatible) luego de usar sucesivamente dos esquemas antibióticos diferentes.
 - d) Inmunodeficiencia reconocida.
 - e) Si la sinusitis se hace crónica, además del lavado de senos paranasales se puede considerar antrostomía con lavado, adenoidectomía, polipectomía, trepanación, septoplastía o turbinectomía, las cuales deberán ser decisiones del especialista.

2. El drenaje quirúrgico debe ser considerado sólo cuando hay falla en el tratamiento médico (sintomatología persistente a pesar de dos esquemas antibióticos diferentes con radiografía compatible) o en presencia de complicaciones supurativas (p.ej., celulitis periorbitaria, trombosis del seno cavernoso, osteomielitis craneal).

Indicaciones Clínicas Para Referir Pacientes:

1. Pobre respuesta al tratamiento médico (ver arriba) luego de dos esquemas antibióticos diferentes.
2. Presencia de complicaciones supurativas (Ej.: celulitis periorbitaria, trombosis del seno cavernoso, osteomielitis craneal).
3. Cefalea persistente.
4. Sinusitis recurrente (tres o más episodios en un periodo de tres años) o crónica.

Indicaciones Clínicas Para Hospitalización:

1. Presencia de complicaciones supurativas intra o extracraneales.
2. Pacientes que lucen tóxicos o con enfermedad severa.

2.2.3.6 Neumonía Bacteriana

Infección bacteriana del parénquima pulmonar que compromete el espacio aéreo alveolar. Neumonía es la principal causa de mortalidad en niños menores de cinco años a nivel mundial, estimándose que la mayoría de los casos de neumonía letal corresponden a neumonía bacteriana.

Diversos estudios muestran que en más del 50% de niños hospitalizados con neumonía grave se aísla un agente bacteriano en material obtenido por punción pulmonar o sangre. Sin embargo, estudios hechos en pacientes

hospitalizados, también en países en desarrollo, muestran un porcentaje menor, que varía entre 0% y 36%, según el centro. Las bacterias que suelen causar neumonía en el neonato son bacilos Gram negativos o estreptococo grupo B y, con menor frecuencia, *Staphylococcus aureus* o *Listeria* sp. En niños de uno a tres meses, se presentan los mismos agentes, además de *Chlamydia trachomatis*. Las bacterias más comunes en niños de tres meses a cinco años son *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Agentes menos comunes incluyen *S aureus*, estreptococo grupo A y *Mycoplasma*. Las bacterias más comunes en niños mayores de cinco años son *S pneumoniae* y *Mycoplasma*.(26).

Evaluación y Diagnóstico:

Debido a la dificultad en establecer el diagnóstico microbiológico, el médico tiene que basar su diagnóstico, así como la probable etiología, en información clínica, hematológica y radiológica.

Historia:

1. Fiebre: El inicio de la enfermedad con fiebre precedida de escalofríos en un paciente previamente sano es característico de neumonía por neumococo; es inusual la presencia de neumonía bacteriana en ausencia de fiebre, excepto en pacientes con desnutrición grave; tampoco se encuentra fiebre en niños menores de tres meses con neumonía causada por *C trachomatis*.
2. Tos.
3. Dificultad respiratoria: Esto no se aplica a la dificultad para respirar por congestión nasal.

Examen Físico:

1. Taquípnea: Frecuencia respiratoria \square 60/min en niños menores de un mes, \square 50/min en niños de uno a 11

meses, \square 40/min en niños de uno a cinco años o \square 30/min en niños mayores de cinco años.

2. Tirajes.
3. Quejido espiratorio.
4. Crepitantes y/o soplo respiratorio, detectado mediante auscultación del tórax.

Exámenes Auxiliares:

1. La radiografía de tórax está indicada siempre que sea posible; característicamente muestra infiltrados alveolares (lobares o segmentarios) y puede mostrar complicaciones (derrame pleural, neumotórax); la ausencia de infiltrados visibles en la radiografía excluye el diagnóstico.
2. Hemograma: Indicado en casos de duda (neumonía bacteriana vs viral); con frecuencia hay \square 15,000 leucocitos y/o \square 500 bastones en sangre periférica en la neumonía bacteriana.
3. La oximetría: Medición de la saturación de la saturación de la hemoglobina con oxígeno mediante un oxímetro de pulso; indicada, si se encuentra disponible, en todo paciente con neumonía y tirajes, quejido o cianosis; permite identificar la presencia de hipoxemia y la necesidad de administrar oxígeno suplementario.

Diagnóstico diferencial:

1. Neumonías causadas por otros agentes: Virus, tuberculosis. Bronquiectasias infectadas.
2. Atelectasias.
3. Edema pulmonar.
4. Malformaciones pulmonares: Secuestro pulmonar, malformación adenomatoidea quística.

Tratamiento:

General:

1. Hospitalizar a lactantes pequeños o en condición clínica inestable (ver abajo: Indicaciones para hospitalización).
2. Asegurar hidratación adecuada.

Farmacológico:

1. En el paciente tratado en forma ambulatoria (ver abajo: indicaciones para hospitalización) los antibióticos por vía oral son adecuados y no hay ventaja en utilizar la vía parenteral.
2. Los neonatos siempre son hospitalizados; las recomendaciones de esta guía no se aplican a ellos.
3. Los niños de uno a tres meses con neumonía también son hospitalizados, excepto aquellos en quienes se presume neumonía por Chlamydia (taquípnea, buen estado general y ausencia de fiebre); en estos casos se indica Eritromicina por 10 a 14 días; Claritromicina es igualmente efectiva y se asocia a menor incidencia de efectos adversos, pero es significativamente más costosa.
4. En niños de tres meses a cinco años: Los antibióticos de elección son amoxicilina o trimetoprim + sulfametoxazol; otros agentes se incluyen en la Tabla 1.
5. En niños mayores de 5 años y adolescentes:
 - a. El antibiótico de elección es Eritromicina.
 - b. En el paciente que tiene un cuadro de inicio brusco, con escalofríos, fiebre y toxicidad, pneumoniae es el agente más probable; en este caso, la Amoxicilina (que no tiene actividad

contra Mycoplasma) tiene la ventaja de mejor tolerancia oral sobre Eritromicina.

6. El paciente debe ser evaluado en 48 horas; si no hay mejoría clínica, debe repetirse una radiografía de tórax para buscar derrame pleural y evaluar la adherencia al tratamiento; si no hay derrame pleural y el tratamiento se ha venido cumpliendo, puede cambiarse el antibiótico por uno que sea efectivo contra bacterias que no han sido cubiertas (S aureus, Mycoplasma) y volver a evaluar al paciente en no más de 48 horas.

Tabla 1. Antibióticos para niños menores de cinco años con neumonía

Nombre	Concentración / 5 ml	Dosis diaria
Amoxicilina	125, 250, 500mg	20 – 40mg/kg
Amoxicilina + ácido clavulánico*	250, 500mg 400mg	20 – 40mg/kg 25 – 45g/kg
Ampicilina + sulbactam*	125, 250mg	25 – 50mg/kg
Axetil Cefuroxima*	125mg	15 – 30mg/kg
Azitromicina [†]	200mg	10mg/kg
Cefaclor*	250, 375mg	20 – 40mg/kg
Cefetamet	250mg	20mg/kg
Cefixime	100mg	8mg/kg
Cefpodoxime*	40mg	8mg/kg
Claritromicina* [†]	125, 250mg	15mg/kg
Cloranfenicol*	150mg	5 mg/kg
Loracarbef*	200mg	15 – 30mg/kg

Roxitromicina* †	50mg	5 – 8mg/kg
Trimetoprim + sulfametoxazol*	40, 80mg (TMP)	8 – 10mg/kg

Tabla 2. Antibióticos para tratar neumonía en niños mayores de cinco años

Nombre	Presentación	Dosis diaria	Dosis max.
Amoxicilina	250mg/5ml, 500mg/5ml, 250, 500mg/tableta	20 – 40mg/kg	1500mg
Azitromicina*	200/5, 500mg/tableta	10mg/kg	500mg
Cefadroxil	250/5, 500mg/tableta	25 – 50mg/kg	4000mg
Cefalexina	250/5, 500mg/tableta	25 – 50mg/kg	4000mg
Cefradina	250/5, 500mg/tableta	25 – 50mg/kg	4000mg
Claritromicina*	125/5, 250/5, 500mg/tableta	15mg/kg	1000mg
Clindamicina	75/5, 300mg/tableta	8 – 25mg/kg	1800mg
Eritromicina*	200/5, 500mg/tableta	40mg/kg	2000mg
Lincomicina	250/5, 500mg/tableta	30 – 60mg/kg	2000mg
Roxitromicina*	50, 150, 300mg/tableta	5 – 8mg/kg	300mg

Indicaciones para Tratamiento Quirúrgico o Procedimientos Invasivos:

1. Derrame pleural: Requiere toracocentesis diagnóstica.
2. Empiema: Derrame pleural purulento o con presencia de gérmenes en la tinción de Gram; requiere drenaje pleural.

Indicaciones Clínicas para Referir Pacientes:

1. Duda diagnóstica.
2. Respuesta inadecuada al tratamiento.

Indicaciones Clínicas para Hospitalización:

1. Mal estado general.
2. Lactante menor de tres meses.
3. Quejido espiratorio, letargia, toxicidad o cianosis.
4. Hipoxemia: Saturación de hemoglobina \leq 90%.
5. Intolerancia oral: El paciente no es capaz de beber líquidos suficientes para mantenerse hidratado o presenta vómitos. Derrame pleural.
6. Inestabilidad hemodinámica: Hipotensión, pobre perfusión tisular (llenado capilar $>$ 2 seg, pulsos de poca amplitud, filiformes).
7. Deterioro clínico después de 48 horas de tratamiento.

2.2.4 Factores de riesgo asociados a LAS IRA

Dentro de los factores de riesgo asociados a las Infecciones Respiratorias Agudas se encuentran.

2.2.4.1 La desnutrición

La desnutrición severa condiciona alteraciones inmunológicas, deprime las defensas orgánicas y constituye un factor de riesgo para las infecciones respiratorias. Diarreas, malaria, sarampión, rubeola y otros. La desnutrición incrementa el riesgo de enfermedad y muerte e inhibe el desarrollo cognitivo y físico de los niños, y adquieren infecciones respiratorias y esto impide que los niños ganen peso por estar limitada la absorción de nutrientes por el cuerpo. La desnutrición y las infecciones son causa también de anemia, específicamente por déficit de hierro. La desnutrición intrauterina tiene

repercusión negativa en la etapa preescolar, escolar y en la adolescencia, la mayoría sufrirán enfermedades crónicas y una disminución en el desarrollo físico y mental lo que disminuye el nivel de aprendizaje y reduce la capacidad intelectual y física para estudiar y trabajar lo cual afectara su estado de salud de manera crónica y su potencial productivo futuro, con consecuencias económicas y sociales para la persona, familia comunidad y país, Y todo esto influirá de forma negativa sobre la productividad y la economía de los países, (16).

2.2.4.2 Carencia de lactancia materna

La lactancia materna como sistema para alimentar al niño en los primeros meses de vida ha probado su eficacia a lo largo de la historia de las generaciones, gracias a lo cual la humanidad ha subsistido. La lactancia como sistema de alimentación le aporta al niño los nutrimentos para cubrir sus necesidades nutricionales; contiene anticuerpos, lactoferrina, produce células que le impiden la colonización del tracto respiratorio y aumenta la protección pasiva contra múltiples agentes virales, bacterianos y parasitarios. Este es el alimento ideal, según estudios realizados Se ha comprobado que al no ofrecer LME al niño durante al menos 4 meses, se constituye en un factor de riesgo de morbilidad de las IRA, diarreas y otras patologías asociadas.

Aquellos niños que al nacer no recibieron lactancia materna, no recibirán la protección necesaria Por lo tanto la incidencia de infecciones respiratorias, neumonías y enfermedades diarreicas será mayor.

2.2.4.3 Bajo peso al nacer.

Se dice que un bebe nace con bajo peso si al momento del parto pesa menos de 2,500 kg, sin pesa menos de 1,500 kg se le considera de muy bajo peso al nacer, cuando menor es el peso mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud, los defectos fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores ambientales pueden limitar el desarrollo normal, los bebes de un embarazo múltiple (mellizos, trillizos, etc.) suelen nacer con bajo peso. Los problemas médicos de la madre influyen en el bajo peso del bebe, especialmente si sufre de presión arterial alta, diabetes, problemas de corazón, riñones o pulmonares. Los habito de conducta de la madre antes y durante el embarazo, los bajos ingresos económicos, la falta de educación, la edad de la madre, el estrés, violencia familiar.

En esa etapa ninguna de sus sistemas y órganos están aún preparados para operar automáticamente, por lo cual se busca generar artificialmente las condiciones que le permitan continuar desarrollándose. “Lo que se hace es lograr un equilibrio y permitir el crecimiento dentro de una incubadora”, los bebes prematuros respiran de forma irregular. Es necesaria una vigilancia médica intensiva. Sus pulmones no han tenido el tiempo suficiente de formar la secreción de surfactante (que se desarrolla durante el octavo mes de embarazo), una sustancia que permite al tejido pulmonar una actividad completa. En la actualidad existen productos que aseguran una mejor respiración a los bebes, en el caso de un nacimiento prematuro, se lleva a cabo una inyección de corticoides a la madre y se administra el surfactante artificial al bebe

después del nacimiento, lo que facilita una mejoría en la función respiratoria.¹⁷

2.2.4.4 Clima

Los cambios bruscos de temperatura, exalta la virulencia de gérmenes oportunistas que atacan las vías respiratorias y que ocasionan las infecciones respiratorias.

La salud de los pueblos de la región andina, especialmente aquellos que habitan en los ecosistemas de montaña, se ve afectada por la ocurrencia de fenómenos naturales atribuidos al cambio climático, como los friajes, heladas, sequías y precipitaciones. Se ha identificado que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) son la principal causa de muerte en las zonas alto andinas, especialmente de niños y ancianos, así como por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).

Particularmente en las zonas alto andinas del Perú, las heladas y el friaje que a veces se presenta con nevadas no sólo afecta la agricultura y ganadería, sino la salud de las personas, debido a que aumenta el riesgo de infecciones respiratorias agudas como bronquitis y neumonías.⁽¹⁸⁾

2.2.4.5 Hacinamiento

Las condiciones económicas de las familias que residen en zonas urbanas han provocado que ambos padres trabajen, factor asociado con el aumento de los niños en las guarderías, este fenómeno si bien favorece su socialización y el desarrollo temprano de habilidades, la interacción diaria con otros niños facilita la diseminación de enfermedades infecciosas.

El riesgo de padecer IRA es mayor en niños que asisten a guarderías que en los cuidados en casa. Esta mayor incidencia se explica debido a las características de estos centros, principalmente las relacionadas con sus condiciones higiénicas, la edad de los niños, su inmadurez inmunológica. Las condiciones ambientales en la guardería, la aumentada exposición al personal de la guardería, a los padres y la convivencia con el resto de los niños de la guardería, todo lo anterior aunado a la menor relación del personal por niño (lo ideal es que sea una persona por cuatro niños), el pobre lavado de manos por parte del personal (contacto directo), al contacto con objetos (juguetes) y superficies contaminadas (contacto indirecto) convierten a las guarderías en potenciales fuentes de diversas enfermedades respiratorias. (19).

Cuando hay más de cuatro personas por habitación la incidencia y frecuencia de infecciones respiratorias dentro de la familia se eleva. Debido a la posibilidad de contagio mediante las secreciones respiratorias que expulsamos.

AL respecto, Tammal, plantea. “Los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se muestran más predispuestos a adquirir IRA, los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos”(20) .

2.2.4.6 Contaminación Doméstica por Residuos Orgánicos

El costo alto de y la disponibilidad limitada de electricidad y de combustión, conducen al uso frecuente de combustibles orgánicos e inorgánicos los cuales son. El kerosene, madera y material agrícola, se calcula que el 90% de las comunidades rurales emplean tales

combustibles para cocinar y generar calor, estos materiales se queman usualmente bajo condiciones ineficientes y a menudo sin ningún tipo de chimenea. La contaminación de interiores representa un riesgo para la población, por sus efectos sobre la salud, situación que se acentúa por la permanencia de los individuos en ambientes interiores (80%-90% del tiempo) y la deficiente ventilación en viviendas y lugares de trabajo.

Algunas investigaciones han demostrado que el uso de carbón, leña como combustibles, incrementan la prevalencia de enfermedades respiratorias, estos combustibles son más económicos que el gas y la electricidad y son usados con mayor frecuencia en zonas urbanas y rurales de extrema pobreza.

Los efectos sobre la salud son efectos agudos, como irritación de ojos y nariz, aumento de las infecciones respiratorias agudas altas y bajas, exacerbaciones del asma bronquial, de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de cardiopatías y aumento de las tasas de mortalidad y efectos crónicos o diferidos, como el cáncer pulmonar. (21).

2.2.4.7 Contaminación por Tabaco

Existe evidencia que el riesgo vinculado al hábito tabáquico no aparece solo en fumadores activos sino también en sujetos que se encuentran involuntariamente expuestos al humo del tabaco. El tabaquismo pasivo se asocia también con infecciones respiratorias altas y bajas. Los niños expuestos al tabaquismo pueden tener como resultado cambios patológicos en el transporte mucociliar y la composición celular del tracto respiratorio. Los cambios relacionados a la exposición crónica al humo de cigarrillo han sido señalados como factor de riesgo para

otitis media, rinitis y bronquitis.,asma,neumonia riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer al pulmón y disminución en el ritmo de crecimiento especialmente durante los primeros 2 años de edad (22).

En un estudio en Uruguay se observó una asociación estadísticamente significativa entre la exposición pasiva al humo del tabaco y las infecciones por IRA, el humo que llega al aparato respiratorio produce lesión del epitelio y disminuye la acción de aclaración mucociliar, provoca hipersecreción y disminución de la actividad del macrófago alveolar, además de los efectos gripales que puede provocar

2.2.4.8 Factor socioeconómico

Constituye una de las variables que mejor explican la distribución de la enfermedad, está ampliamente demostrado que cuanto mejores son las condiciones socioeconómicas de una población, más satisfactorios son sus índices de salud. El indicador fundamental del nivel socioeconómico Es la ocupación laboral, matizado por los ingresos y por el nivel de estudios.

Las personas con ingresos mínimos, los aspectos negativos de su situación contribuyen a generar sus problemas de salud, por ejemplo, vivir hacinados y con mala higiene facilita el contagio de enfermedades. Los niños de clases inferiores que viven en zonas rurales de difícil acceso tienen menor probabilidad de ser vacunados por la falta de medios o la inaccesibilidad a los servicios de salud dificulta la atención médica y el tratamiento de las enfermedades, las familias pobres sufren de mala nutrición; sin seguridad medica tienen poca o ninguna atención sanitaria preventiva un mantenimiento inadecuado de salud y un acceso muy limitado al

tratamiento médico. Uno de los problemas sanitarios más importantes relacionados con la pobreza es el elevado índice de mortalidad infantil. (23)

2.2.5 Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas

2.2.5.1 Lactancia materna

Se debe seguir promoviendo la lactancia materna, ya que son reconocidas sus propiedades. La leche humana contiene anticuerpos bacterianos y víricos, con concentraciones relativamente altas de anticuerpos IgA secretores, que impiden la adherencia de los microorganismos a la mucosa intestinal, la leche materna es considerada el alimento ideal para el niño menor de un año, dado que provee los nutrientes que se requieren durante la infancia y además brinda protección contra las enfermedades infecciosas y alérgicas. (27).

La lactancia materna exclusiva constituye un factor protector que previene las infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente sus complicaciones en los niños pequeños, y los protege de otras enfermedades, ya que contribuye a su adecuada nutrición. También beneficia a las madres ya que reduce el riesgo de cáncer de mama la primera leche, conocida como calostro, brinda inmunidad a los menores y por ello es importante alimentarlos con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad por lo menos, a fin de que estén protegidos de infecciones respiratorias y digestivas.

La leche materna es considerada el alimento ideal para el niño menor de un año, dado que provee los nutrientes que se requieren durante la infancia y además brinda protección contra las enfermedades infecciosas y alérgicas. También favorece los vínculos afectivos entre

la madre y su hijo y establece una relación emocional que promueve un óptimo desarrollo en el niño. Por ello, la promoción de la lactancia natural, ha probado ser un recurso muy eficaz y de bajo costo en la búsqueda de mejores condiciones de salud para los países. A pesar de todos esos beneficios, la prevalencia de la lactancia materna. Ha pasado por periodos en los que la utilización de fórmulas artificiales y suplementos alimenticios desde los primeros meses de vida constituyen una práctica muy común en la población. (28).

2.2.5.2 Inmunización

La vacunación es la manera más segura y eficaz de proteger al bebe frente a enfermedades más graves. La inmunización del bebe desde la infancia permite protegerlo de Difteria, Tétanos, Tos ferina, Hib (Haemophilus influenzae tipo b), Poliomieltis, Infección por neumococo, Sarampión, Parotiditis. Una vez inmunizados, si estamos en contacto con los gérmenes que las provocan estas enfermedades. Las vacunas contienen pequeñas porciones de bacterias o virus responsables de la enfermedad frente a la que protegen o cantidades mínimas de la sustancia química que producen las bacterias. El mecanismo de acción de las vacunas consiste en inducir la producción de anticuerpos o sustancias responsables de la lucha contra las infecciones y enfermedades) por el sistema inmunitario. Si el niño entra en contacto con el agente infeccioso, los anticuerpos lo reconocieran y estarán preparados para actuar, gracias a la eficacia de las vacunas prácticamente han desaparecido enfermedades como la Difteria.

La inmunización o vacunación es una forma de activar el sistema inmune y prevenir enfermedades graves potencialmente mortales.

La inmunización o vacunación expone a las personas a una cantidad muy pequeña y muy segura de algunas enfermedades. Esta exposición leve ayuda al sistema inmune a reconocer y crear defensas contra esa enfermedad de manera eficiente. Las inmunizaciones son una herramienta fundamental de la Salud Pública ha conseguido salvar millones de vidas humanas y evitar una gran carga de morbilidad durante décadas. (29).

2.2.5.3 Nutrición.

La nutrición es probablemente el factor que más influyen el crecimiento; lo regula en toda la etapas del desarrollo. Durante la lactancia y primera infancia, la demanda de calorías es relativamente grande, como lo demuestra el aumento gradual de la estatura y peso. La nutrición correcta se relaciona de forma íntima con la buena salud durante toda la vida. Los niños nutridos adecuadamente enfrentan mejor las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), pues una alimentación balanceada contribuirá con su capacidad de respuesta y favorecerá su recuperación, es importante mantener el buen estado nutricional durante los procesos infecciosos, por lo que es necesario fraccionar las comidas de los niños ofreciéndoles porciones pequeñas con mayor frecuencia a fin de mantener una ingesta de nutrientes adecuados durante el día.

Dentro de las recomendaciones alimentarias se sugiere el consumo de cítricos los cuales son ricos en Vitamina C,

como jugo de naranja, mandarina, agua de limón, los cuales disminuyen el riesgo de infección respiratoria, además de una dieta balanceada con cereales, verduras, proteínas de origen animal, leche, abundantes líquidos e infusiones frutales.

2.2.5.4 Prevención del enfriamiento

Los niños muy pequeños, menores de 2 años pierden calor con mucha rapidez, por eso es importante mantenerlo seco y abrigado lo suficiente no sobreprotegiéndolo. Los cambios bruscos de temperatura, exaltan la virulencia de gérmenes oportunistas que atacan las vías respiratorias y que ocasionan las infecciones respiratorias.

2.2.5.5 Control de ambiente domestico

El humo del tabaco, leña, combustible entre otros contaminan el aire doméstico e influyen negativamente en la evolución de las infecciones respiratorias agudas.

El hacinamiento en el hogar, incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias, encontrándose un efecto directo en la frecuencia de las infecciones respiratorias agudas en la población infantil.

2.2.5.6 Participación de la madre en la prevención de la IRA

Con respecto a la participación en el cuidado de los niños dentro de una comunidad, este asume un papel fundamental en el manejo de la morbilidad de la IRA, a través de la aplicación de medidas preventivas de las mismas, el uso de medicamentos caseros, y prácticas de atención que a veces incluye el uso de medicamentos. La madre es el factor decisivo en la referencia o

derivación del caso al centro de salud. Para lo cual se considera que el grado de instrucción de la mujer se considera como un indicador de la vida del niño. Toda madre por naturaleza cuida a sus hijos lo mejor posible, de acuerdo a sus conocimientos que poseen, pero las madres necesitan conocer las medidas preventivas mínimas requeridas para que a través de su fácil aplicación puedan ser implantadas tales como la lactancia materna, vacunación completa, alimentación balanceada, control periódico del niño saneamiento ambiental, abrigo adecuado del niño según las variantes del clima, evitar que se produzcan cambios bruscos de temperatura, ventilación de las habitaciones y evitar en lo posible el hacinamiento.

Si el niño presenta IRA leve, no debe permitir que esta progrese, dándole abundante líquido, mantener permeable las fosas nasales, evitar el uso de jarabes, antibióticos y otros sin prescripción médicas. La madre debe saber identificar los signos y síntomas de IRA moderada o grave como son tos frecuente, respiración rápida, rinorrea, dolor de garganta, secreción verdosa y/o purulenta, etc. Para que lo lleven al centro de salud más cercano al niño enfermo.

Así mismo debe mejorar las condiciones de la vivienda, higiene, conservación del agua, excretas y basura a fin de disminuir el riesgo de adquirir IRA.

La vinculación materna es definida como la medida en que una madre siente que su niño ocupa un lugar esencial en su vida. Dentro de los elementos maternos

de la vinculación tenemos los siguientes, sentimiento de ternura amor, un sentido de posición, protección y preocupación por el bienestar del niño. Si se proporciona al niño un ambiente que responda a sus necesidades, el niño se sentirá bien con respecto al mundo que lo rodea. Según Katherine E. Barnard modelo de interacción padres e hijo. Un interés central de su obra fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres e hijo como un sistema interactivo. Barnard sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que puede modificarse de manera que satisfaga las necesidades del sistema.

Claridad de los mensajes de niño.- Para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que manifiestan estos mensajes facilitaran o dificultaran su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su actitud.

Barnard define a la enfermería como.- proceso por el cual el paciente recibe asistencia para mantener y promover su independencia, este proceso puede ser de naturaleza formativa, terapéutica o de restauración: implica la facilitación de cambios que suelen ser en el entorno.

Persona.- cuando describe a la persona como ser humano, habla de la capacidad para recibir estímulos auditivos y visuales y táctiles, pero también para establecer asociaciones con significado a partir de lo que

recibe. Este concepto incluye tanto a los lactantes como a los niños y adultos.

Salud.- Aunque Barnard no define a la salud ha descrito a la familia como la unidad básica de la asistencia de la asistencia sanitaria, el objetivo es la prevención primaria, también resalta la importancia de esforzarse para alcanzar el máximo potencial de uno mismo. Afirma además que debemos promover nuevos valores en la sociedad.

2.2.6. Medidas de Prevención primaria de las Infecciones Respiratorias Agudas

Para contribuir a disminuir la aparición de infecciones respiratorias es necesario que las madres y la comunidad en general conozcan, aprendan y apliquen las siguientes recomendaciones: porque en el medio ambiente familiar hay ciertos factores o situaciones que predisponen la aparición de infecciones respiratorias.

A Nivel Familiar e Individual

- Asistir a control durante el embarazo para tener un niño con buen peso al nacer y detectar, a tiempo, posibles complicaciones que ameriten más cuidado durante el parto o el seguimiento del recién nacido.
- Alimentar al niño con leche materna exclusivamente durante los seis primeros meses de vida, y alimentación complementaria después de esa edad.
- vigilar y en caso necesario, orientar a la familia sobre la alimentación adecuada y otras medidas que contribuyan a corregir el estado nutricional del niño.

- Permitir que el niño reciba todas las vacunas durante el primer año de edad.
- Proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas “A” “C” (como zanahoria, papaya, naranja, mandarina, lima, limón y piña entre otros).
- En épocas de frío, mantener abrigado a los niños, y evitar cambios bruscos de temperatura y el enfriamiento.
- Ventilar la habitación del niño.
- Fomentar la atención médica del niño sano.
- Llevar al niño al centro de salud para controlar su crecimiento y desarrollo.
- Es importante no utilizar medicamentos por cuenta propia sobre todo si su hijo es menor de un año. Acuda al centro de salud en busca de orientación.

En el Medio Ambiente

- En el medio ambiente familiar hay ciertos factores o situaciones que predisponen la aparición de infecciones respiratorias que deben evitarse.
- El humo de tabaco, ya que es un irritante de las vías respiratorias.
- Estar en contacto con personas que tienen infecciones respiratorias.
- Dormir varias personas en una misma cama.
- Permanecer en habitaciones húmedas o con ventilación inadecuada.
- Cocinar con leña, carbón u otros elementos que produzcan humo o gases. También el humo de las fábricas y de los carros.
- Usar insecticidas y sustancias en aerosol dentro de la vivienda.

- Evitar el hacinamiento humano, para disminuir la transmisión de estas infecciones.

2.2.7 Medidas de prevención secundaria de las Infecciones Respiratorias Agudas

En la atención de los niños IRA el interrogatorio y la inspección se debe orientar hacia la identificación, de los signos y síntomas de las infecciones respiratorias para llegar a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Las IRAS de acuerdo con las características clínicas, se clasifican en: casos sin neumonía; con neumonía y dificultad respiratoria leve (polipnea o taquipnea); y con neumonía y dificultad respiratoria grave (tiraje, cianosis disociación toraco-abdominal)

Características clínicas de las IRAS sin neumonía

Resfrío común. Rinorrea, congestión nasal, a nivel faríngeo: dolor, ardor, escozor, cefaleas, tos. Fiebre leve a moderada, mialgias pérdida del gusto, congestión ocular.

Rinofaringitis: Estornudos, rinorrea, obstrucción nasal, enrojecimiento de la faringe y dolor faríngeo.

Faringitis: Dolor faríngeo, vesículas o ulceraciones, enrojecimiento de la faringe.

Otitis Media Aguda: Fiebre., dolor de oído, irritabilidad, pérdida o disminución de la audición, otorrea.

Neumonía grave: tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes signos; tiraje subcostal, aleteo nasal, quejido respiratorio.

Neumonía muy grave: tos o dificultad respiratoria, cianosis central, incapacidad para alimentarse o beber o vomita todo, convulsiones, letargia o coma, dificultad respiratoria severa.

2.2.8 El Manejo de los casos de infecciones respiratorias agudas se basa en 3 planes generales de tratamiento:

Plan A

Tratamiento para niños sin neumonía

- Aumento de ingesta de líquidos.
- Mantener la alimentación habitual.
- No suspender la lactancia materna.
- Si hay otorrea, limpieza del conducto auditivo externo, con gasa o tela absorbente, 3 veces al día, No aplicar gotas oticas.
- Control del dolor, la fiebre y el malestar general con paracetamol, 60mg/kg/día, vía oral, divididos en 4 o 6 tomas.
- En menores de un año no aplicar supositorios para la fiebre.
- No utilizar jarabes o antihistamínicos.
- Si existen factores de mal pronóstico, revalorar al niño en 48 horas y capacitar a la madre o responsable del menor en el reconocimiento de los signos de dificultad respiratoria así como los cuidados en el hogar, con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna.
- Explicar a la madre que la tos es un mecanismo de defensa.
- Revisar la cartilla nacional de vacunación y aplicar las dosis faltantes.
- Evaluar el estado nutricional, así como registrar peso y talla en la Cartilla Nacional de Vacunación.
- Los antimicrobianos solo están indicados en casos de faringoamigdalitis purulenta, otitis media aguda, y sinusitis.
- Capacitar a la madre para identificar signos de alarma (respiración rápida, tiraje, dificultad respiratoria) a fin de que acuda urgentemente al centro de salud más cercano y además sobre los cuidados generales que debe brindarse al niño en el hogar.

Plan B

Tratamiento para niños con neumonía leve, sin factores de mal pronóstico.

- Tratamiento ambulatorio.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Mantener la alimentación habitual, pero en pequeñas fracciones, con un mayor número de veces al día.
- No suspender la lactancia materna.
- Control de la fiebre con paracetamol, 60mg/kg/día, vía oral dividido en 4 a 6 dosis diarias.
- En caso de silbilancias, administrar salbutamol jarabe, 0.2 a 0.3mg/kg/día, vía oral en 3 dosis diarias.
- Revalorar en 24 horas, o antes, si se agrava.

Plan c

Tratamiento para niños con neumonía grave o neumonía leve, con factores de mal pronóstico.

- Enviar inmediatamente al hospital.
- Traslado con oxígeno, si es necesario (4 a 6 litros por minuto).
- Control de la fiebre con paracetamol, 15mg/kg, vía oral, dosis única.
- En caso de silbilancias, administrar salbutamol jarabe, 0.15mg/kg por dosis, vía oral o inhalado, o 0.1ml de adrenalina, 1:1000, vía sub cutánea.
- Uso de antimicrobianos

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

- Amigdalitis: es una inflamación y una infección que afecta exclusivamente a las amígdalas palatinas (las que comúnmente se ven aparecer al lado de la faringe).
- Faringitis: es una infección radicada en la pared extra amigdalar de la pared de la faringe. Depende de la virulencia de los gérmenes que normalmente anidan en la faringe, o a virus. En el caso de que la infección esta, provocada por virus casi siempre se acompaña de inflamación nasal y conjuntival.
- Adenoiditis: también llamada "vegetaciones" , es una infección e inflamación que afecta a la amígdala faríngea. Es propia de la infancia (la amígdala faríngea está en fase de "vitalidad" hasta los 10 o 12 años).

Es la típica obstrucción nasal con la consiguiente respiración exclusivamente por la vía bucal. Da mal aliento o halitosis.

- Angina: infección e inflamación simultánea de las amígdalas de la pared faríngea extra-amigdalar y de las amígdalas faríngeas.
- Laringitis: inflamación e infección de la laringe, a veces con consecuencias dramáticas para el menor.
- Inflamación: respuesta protectora de los tejidos del organismo ante una irritación o lesión, puede ser aguda o crónica.
- Infección: invasión del organismo por gérmenes patógenos que se reproducen y se multiplican, produciendo una enfermedad por lesión celular local.

- Radiografía: producción de imágenes sombreadas sobre una emulsión fotográfica mediante la acción de la radiación ionizante.
- Fiebre: elevación anormal de la temperatura corporal por encima de 37°C como consecuencia de una enfermedad. La fiebre se produce por un desequilibrio entre la eliminación y la producción del calor.
- Cianosis: coloración azulada de la piel y de las mucosas producidas por un exceso de hemoglobina desoxigenada en la sangre o por un defecto estructural en la molécula de hemoglobina.
- Virus: microorganismo parasito diminuto, de tamaño muy inferior al de una bacteria, que no tiene actividad metabólica independiente, y que solo se puede se puede replicar en el interior de una célula de una planta viva o de un huésped animal. Un virus está formado por un núcleo de ácido nucleído (ADN o ARN) rodeado de una cubierta de proteína antigénica, en ocasiones rodeada por una capa de lipoproteínas. El virus proporciona el código genérico para la replicación, y la célula huésped facilita la energía y las materias primas más 200 virus como capaces de causar enfermedad en el ser humano.
- Bacteria: cualquiera de los pequeños microorganismos unicelulares de la clase Esquizomiceto. Este género tiene diferentes morfologías, pudiendo ser esféricos (cocos) en forma de bastones (bacilos).espirales (espiroquetas) o con forma de de coma (vibrios).
- Signo Vitales: medidas correspondiente a la frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, y la temperatura corporal. Aunque en

sentido estricto no es un signo vital, la presión arterial se suele incluir.

- Infección: invasión del organismo por gérmenes patógenos que se reproducen y multiplican produciendo una enfermedad por lesión celular local, secreción por toxinas o reacción antígeno anticuerpo en el huésped.
- Infección Extra hospitalaria: infección adquirida a partir del entorno, incluyendo las infecciones adquiridas indirectamente por el uso de medicamentos. Las infecciones extra hospitalarias se diferencian de las enfermedades nosocomiales o intrahospitalarias por los tipos de organismos que afectan a los pacientes que se están recuperándose de una enfermedad o lesión.
- Proceso exudativo. Glomerulonefritis. Exudativo: inflamación del glomérulo renal. Caracterizada por proteinuria, hematuria, disminución de la producción de orina y edema.
- Exudado: líquidos células u otras sustancias que se han exudado o expulsado lentamente desde la célula o vasos sanguíneos a través de pequeños poros u orificios en las membranas celulares.
- Hipoacusia: disminución de la sensibilidad a los sonidos puede tener carácter conductivo o neurosensorial.
- Audiometría. Comprobación de agudeza auditiva. existen diversas pruebas audiometricas que determinan la intensidad de sonido más baja a la que un sujeto puede percibir un estímulo auditivo (umbral de la audición), escuchar frecuencias diferentes y distinguir entre sonidos de palabras diversas.

- Dolor: sensación desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas. Es un síntomas fundamental de la inflamación y resulta valioso para el diagnóstico de muchos trastornos y enfermedades, el dolor puede ser leve o grave, crónico, agudo, o sordo o intenso de localización precisa o difusa o bien referido. (33)

2.4. HIPOTESIS

El estudio de investigación es descriptivo no requiere de hipótesis.

2.5. VARIABLES

Nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre la prevención de la IRA.

2.5.1. Operacionalización de la Variable

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE LA PERVENCIÓN DE LAS IRA	IRA	Resfrió común. Amigdalitis Otitis. Sinusitis. Neumonía.
	ETIOLOGÍA.	Viral. Bacteriana.
	CUADRO CLINICO	Rinorrea. Cefalea. Congestión nasal. Fiebre. Dolor de garganta. Malestar general. Dolor de oído. Tos. Dificultad respiratoria. Tiraje sub costal. Desnutrición.

	FACTORES DE RIESGO	Carencia de lactancia materna. Bajo peso al nacer. Clima. Hacinamiento. Exposición a contaminantes ambientales. Factor socioeconómico.
--	---------------------------	---

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El Tipo de estudio del presente proyecto es de investigación es el Nivel Descriptivo y prospectivo, el método de investigación es cuantitativo de corte transversal por qué se tomó un cuestionario, una sola vez lo cual me permitió obtener información precisa sobre las variables a investigar para luego con los resultados obtenidos procedió a identificar y determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la prevención de las Infecciones Respiratorias y luego se realizó el tratamiento estadístico de los datos obtenidos.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

Se realizó en el Policlínico Militar de Chorrillos. Dentro de los servicios que brindan son de. Medicina General, Pediatría, Ginecología, Cardiología, Dermatología, Oftalmología, Odontología, Obstetricia, y atención de Enfermería. Unidades de apoyo al Diagnóstico: Laboratorio, RX, Rehabilitación Física y Farmacia.

Contando además con una sección administrativa que realizan labores logísticas, manejo de personal, seguridad e instrucción, así como la realización del examen médico anual a todo el personal militar de su competencia.

Su ámbito de acción son: Las Villas Militares este y oeste, las Palmas, Matellini y la población de la comunidad en general.

Horario de atención del Policlínico Militar de Chorrillos.- Consultas externas, de lunes a viernes de 7:45am a 13 horas y de 14: pm a 19:45pm, Los días sábados de 7:45am a 13 horas. Emergencia, Tópico y Fóseme de Lunes a Domingo las 24 horas.

Visión

Para el año 2014, el Policlínico Militar de Chorrillos – Jefatura de Salud del Ejército, será un establecimiento de salud líder, categorizado y acreditado con estándares internacionales de calidad.

Misión

Brindar una atención Integral en el primer nivel de atención, con calidad y calidez, con un enfoque prioritario en la Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, principalmente al personal militar, civil y comunidad en general del Distrito de Chorrillos, promoviendo estilos de vida saludables para mantener una población sana y con acceso rápido a un establecimiento de salud, con personal comprometido plenamente en los cambios actuales trabajando con eficiencia y eficacia.

3.3. POBLACION Y MUESTRA

Población

En este trabajo de investigación se tomó como población a 600 madres de niños menores de 5 años que asisten a los consultorios de pediatría y emergencia.

Criterios de inclusión

- Fueron incluidos todas las Madres cuyos niños son menores de 5 años de edad.
- Madres con niños sanos

Criterios de exclusión

- Fueron excluidos Madres con niños mayores de 5 años.
- Madres que no acuden a las consultas.

Muestra

Para la muestra se empleó la población universal que estuvo conformado a 600 madres de niños menores de cinco años.

Atendidos en los consultorios de pediatría y emergencia el periodo de agosto- noviembre 2013.

Remplazando los valores se obtendrá un tamaño de muestra de 40 pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas.

Los valores que se obtuvieron fueron acompañados del valor de confianza respectivo al 95%, en todo los casos se consideró significativos los resultados $p < 0.05$. El tipo de muestreo fue probabilístico (al azar simple).

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario el cual fue aplicado en forma personal a cada madre por parte de la investigadora considerándose esto como medio efectivo para la recolección de datos reales sobre el presente estudio siendo, el objetivo es de obtener la información acerca del nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años acerca de la prevención de las infecciones respiratorias agudas.

La estructura de cuestionario consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales en relación a la madre, datos generales en relación al niño, y el contenido propiamente dicho.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

- La validez y confiabilidad del instrumento se realizó a través del juicio de expertos conformado por expertos en el tema de investigación de tesis y enfermeras. También se utilizó de ser convenientes estadísticos después de haber aplicado una prueba piloto para obtener la validez y la confiabilidad.
- Los jueces expertos evaluaron y las observaciones fueron levantadas para lograr un resultado.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- El proceso de recolección de datos se realizó previa autorización del Director encargado de dicha institución. Los datos se recogieron mediante un cuestionario.
- El procesamiento de datos se realizó a través de una matriz de codificación sobre la base de códigos establecidos en el programa Microsoft Excel y SPSS.
- Los resultados fueron expuestos en forma de tablas presentando el análisis e interpretación de la información.

CAPITULO IV: RESULTADOS

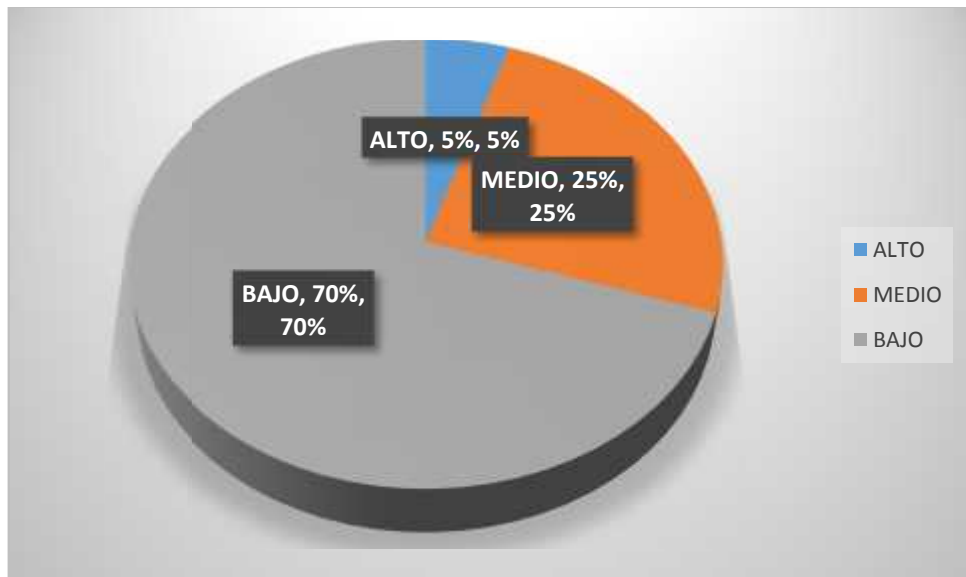
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

GRAFICO N° 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS



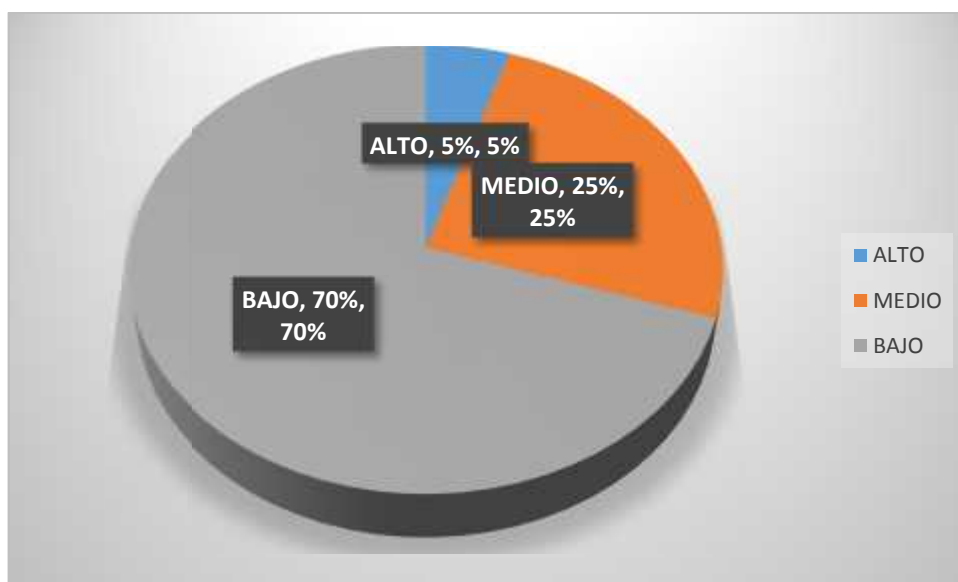
Análisis: Podemos observar que existe un significativo 70% de desconocimiento de las madres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas que asisten al policlínico militar Chorrillos, esto se debe al poco desarrollo de la promoción de la salud que se imparte el personal de salud, otro dato que podemos constatar es que existe un conocimiento medio de 20% donde las madres tiene un relativo conocimiento sobre la teología de las infecciones y por último se presenta un escaso 10% de un conocimiento alto de IRA

GRAFICO N° 2: EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. EN EL POLICLÍNICO MILITAR CHORRILLOS



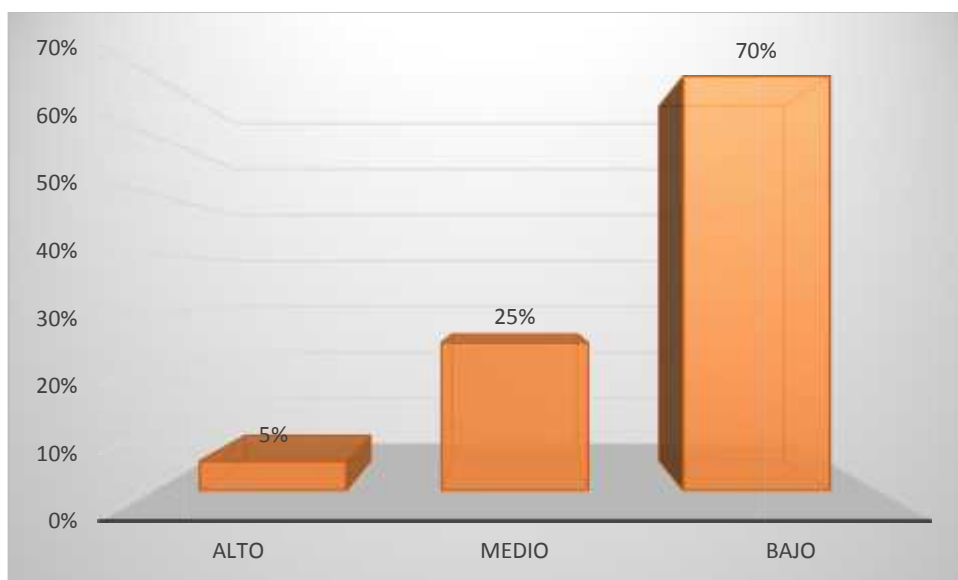
Análisis: Respecto a la dimensión de etiología podemos observar un aumento significativo de 40% de un conocimiento medio lo que indican que las madres conocen relativamente las causa del IRA pero lo preocupante es que continúa un importante 50% de desconocimiento lo que hace pensar que la tendencia se mantiene.

GRAFICO N° 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE CUADRO CLÍNICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.



Análisis: Respecto al gráfico podemos afirmar que la tendencia se mantiene con desconocimiento de 50% lo que indica la alarmante cifra de que las madres de familia no reconocen sobre el cuadro clínico de la I.R.A. por otro lado podemos observar un 35% de madres de familia que tiene un conocimiento medio esto puede beneficiar en la transmisión de conocimiento o inclusive para desarrollar talleres en ellas

GRAFICO N° 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.



Análisis: Podemos observar que existe un rotundo 70% de un conocimiento bajo, respecto a los factores de riesgo de I.R.A. que tiene las madres asimismo vemos un 25% de conocimiento medio y 5% de conocimiento alto esto indica que la tendencia sigue manteniéndose respecto al bajo nivel de conocimiento .

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En el **Gráfico N° 1** : Podemos observar que existe un significativo 70% de desconocimiento de las madres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas que asisten al policlínico militar Chorrillos, esto se debe al poco desarrollo de la promoción de la salud que se imparte el personal de salud, otro dato que podemos constatar es que existe un conocimiento medio de 20% donde las madres tiene un relativo conocimiento sobre la teología de las infecciones y por último se presenta un escaso 10% de un conocimiento alto de IRA estos resultados coinciden con **Rodríguez “Nivel de conocimiento sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 15 años.CMD 43-15” Cuba 2005** quien tuvo datos que se encontraron que el nivel de conocimiento sobre los temas explorados en esta investigación es bajo. Se evidenciaron diferencias entre los conocimientos de las madres según su edad. Parece haber un poco más de problemas en los conocimientos de las madres acerca de la conducta ante las Infecciones Respiratorias Agudas y se detectó un bajo nivel de concientización del desconocimiento. (11)

En el **Gráfico N° 2** : podemos observar un aumento significativo de 40% de un conocimiento medio lo que indican que las madres conocen relativamente las causa del IRA pero lo preocupante es que continúa un importante 50% de desconocimiento lo que hace pensar que la tendencia se mantiene. Estos resultados coinciden con **Burgos “conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de cinco años. Calamarca la Paz” Bolivia 2006** donde manifiesta que la mayor proporción de las madres entrevistadas tenían un promedio de 28 años y un grado de escolaridad primario (78.8%). Con relación a la EDA, aproximadamente la mitad reconoció la deshidratación severa (58.2%) y la disentería (59.5%) como signo de alarma. Aproximadamente el 75% indico la preparación correcta de SRO pero 51.9% considero que en niños con EDA debe suspenderse el pecho y la comida.¹²

En el **Gráfico N° 3**: **Las** madres tienen un desconocimiento de 50% lo que indica la alarmante cifra de que las madres de familia no reconocen sobre el cuadro clínicos de la I.R.A. por otro lado podemos observar un 35% de madres de familia tiene un conocimiento medio esto coincide con los resultados de **Honorio “Conocimiento, y su relación con las prácticas de las madres de Niños Menores de Cinco Años Sobre la Prevención de las infecciones Respiratorias Agudas en el C.S.Max Arias Schreirber“. Perú. 2005.** Donde las madres de los niños menores de cinco años tienen un conocimiento bajo sobre las prevención de las infecciones respiratorias agudas y hay una relación directa sobre los conocimientos y las practicas caceras que utilizan las madres para la prevención de las infecciones respiratorias agudas , Sobre los factores de riesgo ,reconocen solo un factor que es el cambio del clima, pero tienen un escaso conocimiento sobre los factores de riesgo mas importantes como la deficiente alimentación, la falta de inmunización y también las madres tienen un conocimiento medio sobre las complicaciones de la IRA ⁽⁹⁾.

CONCLUSIONES

- Existe un significativo 70% de desconocimiento de las madres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas que asisten al policlínico militar Chorrillos, esto se debe al poco desarrollo de la promoción de la salud que se imparte el personal de salud, otro dato que podemos constatar es que existe un conocimiento medio de 20% donde las madres tiene un relativo conocimiento sobre la etiología de las infecciones y por último se presenta un escaso 10% de un conocimiento alto.
- Respecto a la dimensión de etiología podemos observar un aumento significativo de 40% de un conocimiento medio lo que indican que las madres conocen relativamente las causa del IRA pero lo preocupante es que continúa un importante 50% de desconocimiento lo que hace pensar que la tendencia se mantiene
- Podemos afirmar que resultados se mantiene, porque se tiene desconocimiento de 50% lo que indica la alarmante cifra de que las madres de familia no reconocen sobre el cuadro clínicos de las infecciones respiratorias agudas. por otro lado podemos observar un 35% de madres de familia tiene un conocimiento medio esto puede beneficiar en la transmisión de conocimiento o inclusive para desarrollar talleres en ellas.
- Finalmente Podemos observar que existe un rotundo 70% de un conocimiento bajo, respecto a los factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas. que tiene las madres, asimismo vemos un 25% de conocimiento medio y 5% de conocimiento alto esto indica que la tendencia sigue manteniéndose respecto al bajo nivel de conocimiento.

RECOMENDACIONES

- Al saber que existe un significativo desconocimiento de las madres sobre las infecciones respiratorias agudas se recomienda realizar talleres dentro del policlínico pero con una participación más activa de las madres de familia.
- Si sabemos que las madres tiene un ligero conocimiento sobre la dimensión de la etiología se recomienda elaborar afiches informativos elaborados por practicantes de enfermería para informar a las madres sobre las infecciones respiratorias agudas.
- Elaborar intervenciones educativas hacia las madres sobre los cuadros clínicos de las infecciones respiratorias agudas asimismo desarrollar infografías lo que permitirá tener una información ágil y práctica.
- Proponer que la presente investigación se desarrolle en un trabajo experimental para brindar una propuesta validada en información y preparación a las madres de familia respecto a la prevención de las infecciones respiratorias agudas

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALVARRACIN Andrea .oficina de estadística Policlínico Militar de Chorrillos, 2008.
2. AUSTRIAM Millán Tomas. “Políticas interculturales en salud - Comunicación intercultural conceptos y consecuencias” Lima Perú 2004.
3. AUGURTO Milagros. “Relación entre las Infecciones Respiratorias Agudas y la desnutrición de los niños” estudio realizado en Colombia 2008. peru21.peimpresa/noticias/desnutricion-Peru/2008-10-02/226286
4. BEHRMAN Richard Nelson tratado de pediatría” infecciones de las vías respiratorias” volumen II 16ª edición pág. 1377- 1410.
5. BUNGE. Mario: “La Investigación Científica”. Editorial Ariel. S.A. Madrid. España. 1985.
6. BURGOA Rivero Claudia. “Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de cinco años”. Calamarca la Paz Bolivia 2006.
7. BERRIOS. Sara: “Fuentes de contaminación intradomiciliaria y enfermedad respiratoria en jardines infantiles y salas, cunas de Temuco y padre las casas”. Revista Médica de Chile 2008; <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
8. CABALLERO Cano Orlando “Red Nacional de Epidemiología Ministerio de Salud Lima Perú 2009. www.dg.gob.pe/boletin.php.
9. DIAZ Gómez Martha Tratado de enfermería de la infancia y adolescencia “promoción de la lactancia materna” primera edición España 2006 pág. 58 – 60.
10. Direcciones de salud DISA II Lima sur boletín epidemiológico de la S.E. 28 de julio 2009.
11. DONA. L. Wong: “Enfermería pediátrica, Influencias sociales, culturales y religiosas en la promoción de la salud infantil”. Cuarta Edición 1995.
12. Diccionario Mosby pocket de medicina y ciencias de la salud. España 1998.
13. “El Cambio Climático y Efectos sobre los Pueblos Indígenas de los Andes”. La Paz Bolivia 2008. www.alainet.org/active/2330.

14. El tabaquismo de los padres y su efecto en la susceptibilidad de hijos menores de un año a las infecciones respiratorias bajas. Revista Panam Salud 13(4), 2003 253.
15. GRIOS. Verónica. “Conocimientos y Actitudes de la población Adolescente hacia la lactancia materna para direccionar las acciones estrategias de promoción de la lactancia natural” 2005.
16. GUIA DE PRÁCTICA CLINICA: Neumonía Adquirida en la Comunidad en niños. OPS Lima 2009.
17. Oficina General de Estadísticas e informática del hospital militar central Lima -Perú 2007.
18. RODRIGUEZ Guiulina “Nivel de conocimiento sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 15años.CMD 43-15”. Cuba 2005.
19. SALCEDO Ponce Julio.”Una visión de salud intercultural para los pueblos Indígenas de las Américas” Componentes comunitario de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI 2008.
20. SALAZAR Ingrid: “Relación entre los Conocimientos y las Prácticas de las madres de niños menores de 5 años sobre las IRAS en el puesto de salud Edilberto Ramos de Villa en Salvador Lima Perú 2003.
21. SANCHEZ Moreno Antonio. Enfermería Comunitaria “conceptos de salud y factores que la condicionan “factores socioeconómicos” primera edición 2000 pág. 269.
22. MUÑOZ. Lorena “Conocimientos y prácticas de las Madres y acciones de prevención y Promoción Desarrollados por agentes de la Salud, para el manejo de las infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años de la comunidad de 21 de Setiembre de Pachacamac. U.N.F.V. Lima Perú 2001.
23. Manual de Enfermería “inmunizaciones” océano grupo editorial España 2000 pág. 468- 474.
24. MARRIER Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ta Edición edit. Mosby Madrid España 1999.

25. NONORIO. Carmen: "Conocimiento, y su relación con las prácticas de las madres de Niños Menores de Cinco Años Sobre la Prevención de las infecciones Respiratorias Agudas en el C.S.Max Arias Schreirber." Lima Perú 2002.
26. URIBE Juan Pablo: "Situación de la Salud en las Américas 2005 Indicadores Básicos de salud" OPS/OMS estimación de mortalidad en la niñez Bogota2008. www.asivamosensalud.org.estadisticas vitale dane.
27. URBINA Judit: "Conocimiento y prácticas de las madres de niños menores de cinco años con infecciones respiratorias que acuden al micro red Pampa Grande" Tumbes Perú 2007.
28. URDEN LOUGH, STACY "cuidados intensivos en enfermería" Tercera Edición editorial océano España 2001 pág. 231-235
29. NOE Torales Andrés. Infectología clínica pediátrica "infecciones de las vías superiores" séptima edición 2004 pág. 63 – 93.
30. PALOMINO Larrañaga. Infecciones intra y extrahospitalarias en lactantes. Rev.chilena 2000.
31. TAMMALA. Okishi. "Protegiendo al niño de infecciones Respiratorias" Chile 2003. www.pediatria.com.
32. VILLAPONDO. José: "Ciencia y Conducta Humana" Editorial Orbis. S.A. Barcelona España
- 33.URIBE Juan Pablo: "Situación de la Salud en las Américas 2005 Indicadores Básicos de salud" OPS/OMS estimación de mortalidad en la niñez Bogota2008. www.así vamos en salud.org.estadísticas vitale dane.
- 34.SALCEDO Ponce Julio."Una visión de salud intercultural para los pueblos Indígenas de las Américas" Componentes comunitario de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI 2008.
- 35.CABALLERO Cano Orlando "Red Nacional de Epidemiología Ministerio de Salud Lima Perú 2009. www.dg.gob.pe/boletin.php.
- 36.Dirección de salud DISA II Lima sur boletín epidemiológico de la S.E. 28 de julio 2009.

37. ALVARRACIN Andrea .oficina de estadística Policlínico Militar de Chorrillos, 2008.
38. Oficina General de Estadísticas e informática del hospital militar central Lima Perú.
39. URBINA Judit: TESIS “Conocimiento y prácticas de las madres de niños menores de cinco años con infecciones respiratorias que acuden al micro red Pampa Grande” Tumbes Perú 2007.
40. SALAZAR Ingrid: TESIS “Relación entre los Conocimientos y las Prácticas de las madres de niños menores de 5 años sobre las IRAS en el puesto de salud Edilberto Ramos de Villa en Salvador Lima Perú 2003.
41. NONORIO. Carmen: TESIS “Conocimiento, y su relación con las prácticas de las madres de Niños Menores de Cinco Años Sobre la Prevención de las infecciones Respiratorias Agudas en el C.S.Max Arias Schreirber.” Lima Perú 2002.
42. MUÑOS. Lorena TESIS “Conocimientos y prácticas de las Madres y acciones de prevención y Promoción Desarrollados por agentes de la Salud, para el manejo de las infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años de la comunidad de 21 de Setiembre de Pachacamac. U.N.F.V. Lima Perú 2001.
43. RODRIGUEZ Guiulina “Nivel de conocimiento sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 15 años. CMD 43-15”. Cuba 2005.
44. BURGOA Rivero Claudia. “Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreas en niños menores de cinco años”. Calamarca la Paz Bolivia 2006.
45. AUSTRAM Millán Tomas. “Políticas interculturales en salud - Comunicación intercultural conceptos y consecuencias” Lima Perú 2004.
46. AUGURTO Milagros. “Relación entre las Infecciones Respiratorias Agudas y la desnutrición de los niños” estudio realizado en Colombia 2008. peru21.pe/impres/2008-10-02/226.
47. PALOMINO Larrañaga. Infecciones intra y extrahospitalarias en lactantes. Rev.chilena 2000.

48. "El Cambio Climático y Efectos sobre los Pueblos Indígenas de los Andes". La Paz Bolivia 2008. www.alainet.org/active/2330.
49. TAMMALA. Okishi. "Protegiendo al niño de infecciones Respiratorias" Revista Chilena 2003.<http://www.pediatria.com>
50. BERRIOS. Sara: "Fuentes de contaminación intradomiciliaria y enfermedad respiratoria en jardines infantiles y salas, cunas de Temuco y padre las casas". Revista Médica de Chile 2008; <http://www.scielo.cl/scielo.php?ing=es>.
51. El tabaquismo de los padres y su efecto en la susceptibilidad de hijos menores de un año a las infecciones respiratorias bajas. Revista Panam Salud 13(4), 2003 253.
52. GRIOS. Verónica. "Conocimientos y Actitudes de la población Adolescente hacia la lactancia materna para direccionar las acciones estrategias de promoción de la lactancia natural" 2005.
53. GUIA DE PRÁCTICA CLINICA: Neumonía Adquirida en la Comunidad en niños. OPS Lima 2009.

A N E X O S

Santiago de Surco, 25 de agosto de 2013

CARTA N° 01

Lic. María Gonzaga Reátegui

Me dirijo a Ud. Muy cordialmente para expresarle que en calidad de profesora experta en el área de investigación en salud y conocedora de su espíritu de colaboración en la formación del estudiante de enfermería, es que solicito a Ud. Tenga a bien examinar el instrumento adjunto (Cuestionario), el cual forma parte de mi proyecto de investigación que se estoy desarrollando lo que ayudará a verificar la calidad de dicho instrumento mediante las observaciones precisiones pertinentes que Ud. Realice como parte del juicio de expertos. Esperando contar con su valioso aporte.

Elia Perpetua Rojas León
Bachiller de enfermería

Lima, 25 de agosto del 2013

Lic. Sara Barrientos García

Jefa del Departamento de Enfermería del Policlínico Militar de Chorrillos

Reciba un cordial saludo, es la oportunidad de comunicarle que como Bachiller de enfermería de la universidad al peruviana, es requisito un trabajo de investigación, para optar grado de Lic. En Enfermería en razón de ello he seleccionado un tema titulado “Nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el policlínico militar chorrillos agosto- noviembre 2013”

En virtud de lo antes expuesto solicito su valioso apoyo concediéndome

Autorización para aplicar el instrumento de recolección de datos en el servicio de pediatría

Agradeciendo su colaboración me reitero a sus órdenes.

Elia Perpetua Rojas León
Bachiller de enfermería



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO

Presentación: Sra. Buenos días, soy Bachiller en Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. El objetivo de este cuestionario de obtener información para un proyecto de investigación acerca de que es lo que conoce y que es lo que realiza para evitar que su hijo se enferme de resfrió, tos, neumonía entre otras.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa o una X la respuesta correcta según sea conveniente. Este cuestionario es anónimo; solicito que responda con la verdad y precisión estas preguntas. Agradeciendo anticipadamente su colaboración.

A) Datos Generales de la Madre.

- a) Edad: 15 - 19 años ()
 20 - 35 años ()
 36 – 45 años ()
 46 - a mas ()

b) Número de hijos: -----

c) Grado de Instrucción:

- Analfabeto ()
 Primaria ()
 Secundaria ()
 Superior ()

d) Ocupación: Especifique -----

B) Datos Generales del Niño:

- Edad: 0 - 6 meses ()

7 – 12 meses ()

1 – 5 años ()

5 a mas ()

Género: F () M ()

Etología

1 ¿Cómo reconoce Ud. si su niño(a) tiene gripe, bronquitis o neumonía?

Cuando presenta:

a) Tos / dolor de garganta ()

b) Secreción nasal (moco) ()

1. Durante los primeros 6 meses de vida del bebe Ud. debe alimentarlo con:

a) Solamente con leche materna

b) Leche materna más mate de anís.

c) Leche materna más leche de tarro.

d) Leche de formulas

e) Todas.

2. Puede Ud. decirme la razón principal por la que le da leche materna a su bebe:

a) Se ahorra dinero.

b) Le da más tiempo para pasar con su bebe.

c) Le da nutrientes necesarios, además de prevenir las enfermedades respiratorias y las diarreas.

d) Por qué llora mucho

e) Todas.

3. Los beneficios de la lactancia materna son:

a) Nutrición óptima y de fácil digestión.

b) Mayor protección inmunológica y menor gravedad de infecciones como la diarrea, infecciones de las vías respiratorias.

c) Patrones afectivos emocionales más adecuados.

- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguno de los anteriores.

4. Las vacunas son recomendadas para prevenir.

- a) Infecciones por gérmenes que causan una determinada enfermedad.
- b) Para prevenir la desnutrición.
- c) Para prevenir las diarreas.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

5. Las vacunas hacen que el cuerpo produzca:

- a) Anticuerpos que ayudan a prevenir las enfermedades.
- b) Hacen que él bebe suba de peso.
- c) Hacen que él bebe no le tenga miedo a las vacunas.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

6. Una nutrición adecuada en los primeros años de vida del niño, juega un papel muy importante:

- a) En el crecimiento físico y el desarrollo intelectual.
- b) Lo hace más resistente frente a las enfermedades.
- c) a y b.
- d) ninguno de los anteriores.

7. El humo del cigarro y la contaminación con humo de leña puede producir los niños menores :

- a) Infecciones a la garganta y los bronquios como gripe, asma, neumonía.
- b) Diarreas.
- c) Hiperactividad.
- d) Sueño.
- e) Ninguna de las anteriores.

8. La respiración rápida y el hundimiento de las costillas en el niño es un signo de alarma de:

- a) Gripe.
- b) Resfrió común.
- c) Neumonía.
- d) Desnutrición.
- e) Dolor de barriga.

9. Si el niño presenta : tos o dificultad respiratoria, los dedos de las manos y los labios se ponen de color azul , no puede alimentarse tiene dificultad para respirar

- a) El niño está en peligro de muerte..
- b) Tiene neumonía.
- c) Solo quiere llamar la atención.
- d) Solo tiene gripe.
- e) A y b

10. La fiebre el dolor del oído la irritabilidad en los niños es un síntoma de:

- 1. Asma.
- 2. Diarreas.
- 3. Gripe.
- 4. Otitis
- 5. Ninguna de las anteriores.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	FORMULACIÓN DEL OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><u>Formulación del problema</u></p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre- 2013</p>	<p><u>Objetivos General</u></p> <p>Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres niños menores de 5 años sobre prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas.</p> <p><u>Objetivos Específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años sobre etiología de las .Infecciones Respiratorias Agudas. En el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013. • Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años sobre cuadro 	<p><u>Identificación de las variables</u></p> <p>Nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre la prevención de las IRA</p>	<p style="text-align: center;">IRA</p> <p style="text-align: center;">ETIOLOGÍA.</p> <p style="text-align: center;">CUADRO CLINICO</p>	<p>Resfrió común. Amigdalitis Otitis. Sinusitis. Neumonía.</p> <p>Viral. Bacteriana.</p> <p>Rinorrea. Cefalea. Congestión nasal. Fiebre. Dolor de garganta. Malestar general. Dolor de oído. Tos. Dificultad respiratoria. Tiraje sub costal.</p> <p>Desnutrición. Carencia de lactancia materna.</p>

	<p>clínico de las .Infecciones Respiratorias Agudas. En el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 5 años sobre los factores de riesgo de las .Infecciones Respiratorias Agudas. En el Policlínico Militar Chorrillos agosto-noviembre 2013. 		<p>FACTORES DE RIESGO</p>	<p>Bajo peso al nacer. Clima. Hacinamiento. Exposición a contaminantes ambientales. Factor socioeconómico.</p>
--	---	--	---------------------------	---