



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

**“FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD, ASOCIADOS A LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DEL PUEBLO DE ÑAUPAY - DISTRITO
DE IHUARI – PROVINCIA DE HUARAL 2012**

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

BACHILLER : YANAC SUSANIVAR, MILUSKA FRANCHESSCA.

HUARAL – PERÚ

2017

**“FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD, ASOCIADOS A LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS DEL PUEBLO DE ÑAUPAY - DISTRITO DE IHUARI – PROVINCIA DE
HUARAL 2012**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar los factores de riesgo en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 50 madres, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: endógenas y exógenas. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,877); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,893).

CONCLUSIONES:

Los factores de riesgo en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari - Provincia de Huaral, es el Factor Exógeno el de mayor porcentaje.

PALABRAS CLAVES: *Factores de riesgo en la salud, infecciones respiratorias agudas, niños menores de 5 años, endógenos, exógenos.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to: Determine the health risk factors associated with acute respiratory infections in children under 5 years old in the town of Ñaupay - Ihuari District - Huaral Province 2013. It is a cross-sectional descriptive research. A sample of 50 mothers, for the collection of information was used a questionnaire of multiple alternative of 18 items, organized by the dimensions: endogenous and exogenous. The validity of the instrument was made by means of the concordance test of the expert judgment obtaining a value of (0.877); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.893).

CONCLUSIONS:

The health risk factors associated with acute respiratory infections in children younger than 5 years of the town of Ñaupay - Ihuari district - Province of Huaral, is the Exogenous Factor with the highest percentage.

KEYWORDS: Health risk factors, acute respiratory infections, children under 5, endogenous, exogenous.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

2

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivo general

3

1.3.2. Objetivos específicos

3

1.4. Justificación del estudios

4

1.5. Limitaciones

5

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

6

2.2. Base teórica

9

2.3. Definición de términos

34

2.4. Hipótesis

35

2.5. Variables

35

2.5.1. Definición conceptual de las variables

35

2.5.2. Definición operacional de las variables

36

2.5.3. Operacionalización de la variable

37

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	38
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	39
3.3. Población y muestra	39
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	39
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	40
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	41
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	41
CAPÍTULO V: DISCUSION	44
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

En los umbrales del siglo XXI los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples. De los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las infecciones respiratorias agudas (IRA) ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Las IRA son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes infecciosos que afectan cualquier punto del aparato respiratorio

Ante la magnitud del problema la Organización Mundial de la Salud ha creado un programa tendiente a reducir la mortalidad por esta condición, que ha sido instituido también en nuestro país. La herramienta principal de este programa es el manejo simplificado de casos de IRA

La experiencia ha revelado que la detección y valoración de los factores de riesgo, unidos a medidas de promoción de salud, medidas específicas de prevención y atención médica, aplicadas por un personal calificado a tal efecto, pueden lograr un buen impacto en la reducción de la morbilidad y sus complicaciones, así como en la mortalidad por IRA, La capacitación sistemática al personal de la salud, sobre las IRA y la educación a familiares y especialmente a las madres es un aspecto imprescindible para lograr un manejo integral de estas entidades y, consecuentemente, afrontar correctamente este tipo de problema de salud.

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.

Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayor parte del mundo. Se calcula que más de cuatro millones de niños menores de 5 años mueren cada año debido a alguna infección respiratoria. La mayoría de las muertes relacionadas con las infecciones respiratorias agudas se atribuyen a afecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores, especialmente de causa bacteriana.

Las IRA han sido identificadas desde hace varios años por la OMS y la OPS, como uno de los principales problemas de salud que afectan a la infancia. ⁽¹⁾

Las IRA representan una de las primeras causas de atención médica al nivel mundial. Estadísticas disponibles indican que entre 30 y 60 % de las consultas de niños enfermos son por esta causa y de 30 a 40 % de ellos son hospitalizados.

Según estimaciones de la OPS, la mortalidad por IRA en menores de 5 años (incluye influenza, neumonía, bronquitis y bronquiolitis).

En los países subdesarrollados mueren cerca de 12 millones de niños durante el primer año de vida, correspondiendo un tercio de estas muertes a IRA. Según informes internacionales, cada semana en el mundo pierden la vida 90 000 niños por IRA y en la región de las Américas, se registran más de 100 000 defunciones anuales y alrededor de un 92 % debidas a Neumonías.⁽²⁾

El nivel o la condición de riesgo en la salud que va desde la mayor vulnerabilidad a la mayor protección, depende de la presencia de factores de riesgo que pueden ser procedentes de su entorno, la sociedad y el propio organismo humano.

A medida que aumenta el número de factores de riesgo en la salud presentes en un niño se incrementa el índice de morbi-mortalidad aumentando la frecuencia de hospitalizaciones.

Durante las prácticas pre-profesionales se ha podido evidenciar que los niños de este pueblo están siendo evacuados con mucha frecuencia por presentar enfermedades respiratorias, como otitis media, neumonías, entre otros. Es por ello que se motivó a realizar este trabajo de investigación para identificar los Factores de riesgos en la salud, asociados a las infecciones Respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013.

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General:

¿Cuáles son los factores de riesgo en la salud, asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013?

1.2.2. Problema Específicos:

¿Cuáles son los factores de riesgos endógenos en la salud en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013?

¿Cuáles son los factores de riesgos exógenos en la salud en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013?

¿Cuál de los factores son los que inciden mas en el padecimiento de las Infecciones respiratorias agudas en en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General:

Determinar los factores de riesgo en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013

1.3.2. Objetivos específicos:

Determinar los factores de riesgos endógenos en la salud en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013

Determinar los factores de riesgos exógenos en la salud en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013

Determinar el factor que incide mas en el padecimiento de las Infecciones respiratorias agudas en infantes del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013

1.4. JUSTIFICACIÓN

Este estudio de investigación es un tema actual porque es de vital importancia el conocimiento de los factores de riesgo y la influencia de ellos en la aparición de las IRAS, sobretodo en niños infantes.

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

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

La etiología viral es la más frecuente, particularmente las del aparato respiratorio superior, los gérmenes más frecuentes en el aparato respiratorio son: virus Sincitial Respiratorio, específicamente en el niño menor de un año, Para influenza, Adenovirus, Rinovirus, Coronavirus, Enterovirus.

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

defensas locales del tracto respiratorio inferior están afectadas por desnutrición, procesos virales y otros factores.

Dentro de los agentes bacterianos en las infecciones adquiridas en la comunidad los microorganismos más comunes son *Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* y *Staphylococcus Aureus*⁽³⁾

La investigación es pertinente porque guarda relación con la ciencia de la Enfermería y se le ubica en el área de la Salud del Niño por la prevención y mantenimiento de la salud. El trabajo de investigación va a permitir motivar a otras investigaciones en relación al tema.

Disponer de un documento base para contribuir al control, planificación y estrategias de comportamiento a favor de una vida saludable, dentro del Pueblo de Ñaupay

Esta investigación es importante también, porque sus resultados serán un aporte para sustentar investigaciones futuras relacionadas a los factores de riesgos de las infecciones respiratorias agudas.

1.5.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra, son solo niños menores de 5 años de edad.

Como segunda limitación se menciona la poca participación de las madres de familias.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Dr. Juan Danilo Pérez Torres. Realizo una investigación titulada: Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. La Matica. Guaicaipuro-Cuba 2005. La investigación tiene como objetivo principal conocer los Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Es un estudio descriptivo, de corte transversal porque se estudio y describió la realidad problemática en un moneto determinado. Se encontró relación entre las variables Lactancia Materna Inadecuada, Desnutrición, Hacinamiento, Fumador Pasivo, Enfermedad Asociada y Per cápita Familiar Mala e Infección Respiratoria Aguda y por tanto fueron consideradas como Factor de Riesgo. No se encontró asociación ni perjudicial ni beneficiosa para las variables Edad y Sexo.

Los resultados de la investigación evidencian que la Lactancia Materna Adecuada se comporta como Factor Protector. Se determino que los factores exógenos predominan sobre los factores endógenos en un 70%.⁽⁴⁾

Dr. Fernando Mayea Sánchez, Dr. Orlando Tomé López, Dra. Mayté Sánchez Pérez, Dra. Amnerys Toribio Martínez y Dr. Luis E. Pérez Serrano. Realizaron una investigación que lleva por título. Factores socioeconómicos en infecciones respiratorias agudas en niños menores de dos años en el Policlínico Docente “Vedado” E I.C.B.P “Victoria De Girón”, Guatemala 2005. Con el objetivo de Identificar los factores socioeconómicos en infecciones respiratorias agudas en niños menores de dos años en el Policlínico Docente “Vedado” E I.C.B.P “Victoria De Girón”, Guatemala 2005. La investigación es descriptiva de cohorte transversal y de nivel aplicativo, con una muestra de 180 madres de familia con niños menores de 2 años, que asisten al policlínico docente “Vedado” E I.C.B.P “Victoria De Girón”. Se aplico un encuesta tipo likert según las dimensiones estudiadas.

Los investigadores concluyeron que casi el 90 % de la población estudiada padeció una Infección Respiratoria Aguda en los primeros 2 años de la vida. Los factores socioeconómicos investigados no se relacionan directamente con la aparición de Infecciones Respiratorias Agudas. Los factores ambientales que en nuestro medio se relacionan directamente con la aparición de Infecciones Respiratorias Agudas son el tabaquismo y la polución ambiental.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Álvarez E. Infecciones respiratorias agudas. En Álvarez E (eds.). Infecciones en pediatría. Prevención y tratamiento. Salvat editores; 2007: 143-147.

Las enfermedades respiratorias constituyen una de las patologías más frecuentes en la edad pediátrica, representando la primera causa de ingreso a unidades de cuidado intensivo (UCI). En el 2007 el aumento de los ingresos hospitalarios por estas enfermedades así como de las derivaciones a UCI, motivó la

realización de este trabajo. Objetivo general: analizar las derivaciones a UCI de niños con infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB), como forma de contribuir a la planificación futura de la atención de esta patología.

Infecciones por estreptococo del grupo A. En: Libro Rojo Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 20ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2008: 159-167**INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (Iras).**

Se conoce como infecciones respiratorias agudas (Iras) a un conjunto de

Enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el

Catarro común hasta la neumonía grave, pasando por la otitis, amigdalitis,

Sinusitis o bronquitis aguda, entre otras. Entre los gérmenes responsables se encuentran bacterias (sobre todo el neumococo y el Haemophilus) y virus. Sin embargo, con frecuencia es imposible distinguir cuál es el micro organismo causal basándose solamente en datos clínicos o radiológicos. Cada niño padece unas 6 a 8 infecciones respiratorias agudas anualmente hasta los cinco años. Este grupo de enfermedades supone 30-50% de las consultas pediátricas en los países pobres y 20-40% de los ingresos hospitalarios en Pediatría. Con 4 millones de muertes anuales, las infecciones respiratorias agudas bajas (sobre todo las neumonías) representan la primera causa de mortalidad en los menores de 15 años en los países en desarrollo. El 15-25% de las muertes se deben a complicaciones respiratorias de enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión, la tosferina o la difteria. Entre los factores que contribuyen a la gravedad de las Iras podemos destacar. Los siguientes: Bajo peso al nacer, Malnutrición, Déficit de vitamina A, Ausencia de lactancia materna, Hacinamiento, Polución del aire ambiental. Tres medidas resultan fundamentales para luchar contra las Iras a criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS): en primer

lugar, combatir los Factores “favorecedores” citados; por otro lado, se aconseja la vacunación contra sarampión, tosferina y difteria; en tercer lugar, será preciso poder diagnosticar y tratar adecuadamente las formas graves. En las fases iniciales de un proyecto de cooperación, es frecuente observarse entre personal sanitario “abandonado” durante largo tiempo a sus suerte cómo se prescriben antibióticos para TODAS las infecciones respiratorias, y cómo habitualmente hay largas rupturas de stock del antibiótico prescrito, de tal modo que se envía a los pacientes con una receta a la farmacia privada más próxima. La consecuencia frecuente suele ser la falta de confianza de la población respecto al staff sanitario y la imposibilidad de comprar el tratamiento adecuado, o la realización de un tratamiento incompleto, la recaída precoz y/ola aparición de resistencias. Las IRAS leves se curan poco más o menos solas, con ciertas medidas “de soporte” como la buena hidratación, nutrición adecuada y antipiréticos comunes. Sin embargo, la neumonía sin tratamiento tiene una mortalidad del 10 al 20%, por lo que deberemos detectar los casos graves y “reservar” los antibióticos para ellos.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Infecciones Respiratorias Agudas

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbi-mortalidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años.⁽⁷⁾

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

Las IRA son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes que afectan cualquier punto de las vías respiratorias y se describen de acuerdo con el lugar donde predominan los síntomas.

Los microorganismos llegan al aparato respiratorio fundamentalmente por inhalación; muchas veces colonizan las vías respiratorias altas. La infección del tracto respiratorio inferior se inicia con esta colonización, seguida de la aspiración de pequeños volúmenes de secreciones contaminadas dentro de los pulmones.

2.2.2. Signos y síntomas

- Tos
- Rinorrea
- Otagia u otorrea
- Odinofagia
- Exudado purulento en faringe
- Disfonía
- Polipnea o dificultad respiratoria

2.2.3. Clasificación

El niño desarrolla entre tres a siete infecciones del aparato respiratorio superior cada año, que, dependiendo de la intensidad y el compromiso del estado general, pueden ser leves, moderados o graves, siendo estas últimas responsables de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años.⁽⁸⁾

Se consideran como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones:

1. Resfriado común
2. Faringoamigdalitis.
3. Otitis media.

4. CRUP.

5. Neumonía.

Esta última es la infección aguda que con más frecuencia amenaza la vida, especialmente en países en vía de sub-desarrollo, como el nuestro.

En los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

1. Resfriado común: (rinofaringitis aguda): El resfriado común es una enfermedad viral aguda, auto limitada, de carácter benigno, transmisible llamado también «catarro común», «resfrío», «rinofaringitis» o «nasofaringitis», aunque en algunos casos estos términos resultan inapropiados pues no siempre el resfriado común compromete la faringe; mal llamada “gripa”, constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores⁽⁹⁾

➤ **Epidemiología:** Los virus más implicados son: rinovirus, adenovirus, coronavirus, paraí nfluenza, sincicial respiratorio; influenza A y algunos echovirus como Coxsackie A

Sobresalen los siguientes aspectos:

- Es una enfermedad universal.
- Los resfriados son más frecuentes en los trópicos en épocas lluviosas.
- Más frecuente en los preescolares.

Si se incrementa a 12 episodios/año en guarderías y en programas de educación preescolar

- Es necesario el contacto personal estrecho entre los niños para la transmisión de los virus.

- En la población infantil los niños tienden a padecer más resfriados que las niñas.
- Hay factores coadyuvantes como el hacinamiento, la aglomeración en sitios cerrados, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo
- La mayor parte de los virus que el individuo infectado expulsa al ambiente es a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación por secreciones nasales

➤ **Cuadro Clínico**

Después de un periodo de incubación que varía de dos a cinco días, aparecen los síntomas predominantes del resfriado común como rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Otros síntomas son: tos, dolor de garganta, cefalea y malestar general; la fiebre varía en intensidad y frecuencia; puede haber sintomatología en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular.⁽¹⁰⁾

Posteriormente a los signos de localización, más o menos a los tres días, las secreciones nasales se vuelven espesas y de aspecto mucopurulento, debido a la presencia de epitelio descamado y de leucocitos polimorfonucleares, esto no indica sobre infección bacteriana.

La enfermedad dura de siete días a dos semanas, puede persistir tos decreciente y secreción nasal. La presencia de dolor de oído intenso o permanente, la persistencia de secreción nasal purulenta asociada a la reaparición o intensificación de la fiebre, son indicios clínicos de que hay complicaciones.

➤ **Diagnóstico**

El diagnóstico específico y los exámenes auxiliares son innecesarios por lo auto limitado de la enfermedad, solo se emplearía con fines epidemiológicos. A propósito del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que algunas enfermedades

pueden empezar como resfriado común, entre ellas sarampión, tosferina, a los síntomas iniciales siguen rápidamente los síntomas propios de cada enfermedad ⁽¹¹⁾

➤ **Tratamiento**

No se cuenta todavía con un tratamiento específico, eficaz para el resfriado común, por lo cual, básicamente se procura aliviar los síntomas. Aun cuando hay cientos de tratamientos contra el resfriado, pocos ofrecen algún beneficio al paciente pediátrico y muchos pueden ser nocivos.

Las recomendaciones están basadas en la aplicación de medidas sencillas:

- Aliviar la obstrucción nasal.
- Controlar la fiebre.
- Continuar una alimentación normal.
- Ofrecer líquidos con frecuencia.
- El alivio de los síntomas nasales y de la obstrucción nasal en los lactantes es fundamental, la limpieza adecuada de las secreciones y el lavado con suero salino cada vez que sea necesario es suficiente y no tiene ningún riesgo.
- Los analgésicos y antipiréticos están indicados en aquellos niños con fiebre, malestar general, cefaleas, mialgias, odinofagias, otalgias siendo más seguro el acetaminofén, a razón de 10 a 15 mg/kg., cada cuatro a seis horas durante los primeros tres días de la infección
- Existen múltiples medicamentos para el resfriado que son una combinación de antihistamínicos, descongestionantes y antitusígenos, pero no se ha comprobado su eficacia, se deben evitar durante los primeros nueve meses de vida .
- El uso de los antibióticos en el resfriado común no acorta la duración ni previene las complicaciones. ⁽¹²⁾

➤ **Prevención**

La prevención no específica, solamente, es la que es posible aplicar, tratando de cortar el modo de transmisión:

- El simple lavado de manos por sí mismo.
- Eliminación adecuada de secreciones nasales, aunque estas medidas no son aplicables en niños pequeños.
- La prevención específica por medio de vacunas para rinovirus aún no es posible. Solamente en aquellos casos de epidemia controlada por influenza y en grupos de alto riesgo.

2. Faringoamigdalitis

La faringoamigdalitis aguda o faringoamigdalitis es una inflamación de las estructuras mucosas y submucosas de la garganta. La faringe es la cavidad común de los tractos respiratorio y digestivo. Está compuesta por la nasofaringe, que contiene las amígdalas faríngeas (adenoides) en su pared posterior; las amígdalas tubáricas, detrás del orificio de la trompa auditiva; la orofaringe, que contiene las amígdalas palatinas (fauciales) en su parte baja y en el tercio posterior de la lengua, las amígdalas linguales que vienen a constituir el anillo amigdalario de Waldeyer ⁽¹³⁾

Algunos autores incluyen dentro de sus consideraciones acerca del «anillo» elementos linfoides relativamente menores, como las «bandas faríngeas laterales», «granulaciones faríngeas» y el tejido linfoide del paladar blando y el ventrículo laríngeo

Estas estructuras tienen una predisposición aumentada a la inflamación e infección por su abundante contenido de tejido linfoide y además una característica especial en la infancia como órgano de crecimiento y en su papel inmunológico. En cuanto a su patrón de crecimiento, entre las edades de cuatro a 10 años, alcanza su máximo tamaño, lo cual es importante tener claro en pediatría y no considerar unas amígdalas grandes o un tejido

adenideo crecido como un crecimiento patológico que justifique tratamiento con antibióticos o conducta quirúrgica. En cuanto a su papel inmunológico a este nivel se produce IgA secretora que reacciona a infecciones y ante agresiones alérgicas, produciendo aumento de tamaño que tampoco requiere dicho tratamiento

➤ **Factores epidemiológicos**

La mayoría de los casos de faringoamigdalitis aguda ocurre durante los meses más fríos y lluviosos en países con estaciones. Es así como las infecciones por estreptococos usualmente aparecen en el invierno tardío o en la primavera temprana . Siendo el hábitat natural para la mayor parte de los estreptococos del grupo A el tejido linfóide de la orofaringe, la transmisión ocurre en epidemias y en lugares de elevado hacinamiento donde sube la frecuencia a 80%. De igual manera es frecuente que el pico de infección se aumente cuando el niño comienza a asistir a la escuela (son los niños que tienen alrededor de tres años de edad). Es frecuente la aparición de varios casos en la familia.⁽¹⁴⁾

Alrededor de los seis meses de edad la inmunidad transmitida por la madre se reduce dramáticamente y los lactantes se hacen más susceptibles a las infecciones del tracto respiratorio superior. El riesgo de contagiarse un niño es cerca de 20 a 50% dependiendo de la virulencia del germen y del grado de hacinamiento

➤ **Causas**

Eritematosa y exudativa: causada principalmente por virus en 70% y por bacterias en 30%, siendo el estreptococo del grupo A, el más importante.

Los virus respiratorios son los principales agentes causales. De estos, los adenovirus. Los organismos bacterianos también son responsables de un número significativo de episodios de faringoamigdalitis aguda por la abundancia de organismos

presentes en la cavidad oral sana y el tracto respiratorio superior
(15)

➤ **Manifestaciones clínicas**

El síndrome clínico clásico se presenta en los niños de cinco a 12 años de edad, con un período de incubación de 12 horas a cuatro días, de fiebre alta de inicio súbito, dolor de garganta principalmente, con amígdalas de aspecto exudativo, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal, adinamia, adenomegalias dolorosas en el cuello y lesiones petequiales en el paladar blando y un eritema en papel de lija de tipo «escarlatina» que compromete tórax anterior y pliegues

La presencia de tos, rinorrea, conjuntivitis, mialgias, malestar y diarrea está en contra del diagnóstico clínico de amigdalofaringitis aguda por estreptococo. Las infecciones virales usualmente duran de cinco a siete días, en cambio las estreptocócicas se prolongan algo más, y los síntomas son más dramáticos y sobresalientes.⁽¹⁶⁾

➤ **Características epidemiológicas y clínicas en el diagnóstico**

Los factores epidemiológicos y clínicos para el diagnóstico etiológico de la faringoamigdalitis han sido:

- Mes de observación (estación, aspecto climático).
- Edad.
- Número de leucocitos.
- Fiebre.
- Faringitis.
- Tos.
- Cefalalgias.
- Faringe anormal.
- Ganglios cervicales anormales.

➤ **Tratamiento**

Los analgésicos, incluyendo la aspirina, el ibuprofeno y el acetaminofén, pueden ser útiles para la molestia de la garganta y la fiebre

La faringoamigdalitis aguda viral usualmente se trata con medicaciones sintomáticas, aunque la terapia con agentes tales como el aciclovir, el clorhidrato de amantadina y la ribavirina puede ser beneficiosa. La terapia oral con penicilina V 125-250 mg/dosis, tres veces al día por un ciclo de 10 días, es suficiente para prevenir la fiebre reumática.

Así mismo, amoxicilina y eritromicina producen una tasa de cura bacteriológica de 85% a 90%. La penicilina benzatínica IM, puede ser ligeramente más efectiva. Esta última es de elección en pacientes con vómitos, diarrea o no cumplidores a razón de 600.000 UI en menores de 30 kg ó 1'200.000 UI en mayores de este peso. En pacientes alérgicos a penicilina puede usarse eritromicina (40 mg/ kg/día, cada ocho horas por 10 días, VO); si hay vómitos o rechazo a eritromicina, en estos pacientes la droga de elección es lincomicina (10mg/ kg/día, cada 24horas x 10 días). Si se presenta diarrea la droga debe ser suspendida.⁽¹⁷⁾

➤ **Prevención y estilo de vida**

La faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones supurativas son más frecuentes en los grupos socioeconómicamente en desventaja, ya que para ellos el hacinamiento se constituye en un importante factor de riesgo

El contagio de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica alcanza su grado máximo durante la infección aguda y disminuye en forma gradual, en pacientes sin tratamiento, en períodos de algunas semanas. Es menos probable que se de la transmisión por un portador, quizá por la producción decreciente de la proteína M y la desaparición de bacterias de la secreción nasal.

➤ **Medidas de control**

Comprenden aislar el germen de manera inmediata y el tratamiento de las infecciones. Los contactos positivos con cultivo positivo deben tratarse. Los niños no deben regresar a la escuela hasta que hayan transcurrido por los menos 24 horas después de haber iniciado la terapia antimicrobiana y hasta que estén afebriles

Una profilaxis diaria con penicilina oral (o eritromicina) es efectiva para prevenir la adquisición de estreptococo como penicilina benzatínica IM dada cada 21-28 días. ⁽¹⁷⁾

3. Otitis Media Aguda

La prevalencia es máxima entre los seis y 13 meses de vida con un segundo pico a los cinco o seis años, coincidiendo con el ingreso escolar.

Con el advenimiento de la antibioticoterapia las complicaciones como la mastoiditis descendieron de 20% (49) a una incidencia menor de 0.1.% Las complicaciones endocraneanas aparecían antes de la era antibiótica en 2.5% de los casos, cifra hoy reducida a casi %.⁽¹⁸⁾

➤ **Manifestaciones Clínicas**

Las manifestaiones clínicas más usuales son Rinitis, Tos, Astenia, Irritabilidad, Fiebre otalgia. En los lactantes menores de seis meses el cuadro puede ser más inespecífico: fiebre, irritabilidad, vómito, apatía, anorexia, diarrea

➤ **Métodos Diagnósticos**

Frente a un cuadro clínico sospechoso, la otoscopia convencional sigue siendo el método diagnóstico de elección.

Este procedimiento puede ser difícil en el niño, por el tamaño reducido del conducto auditivo externo y por las características propias de sujeción de los pequeños.

➤ **Tratamiento**

El manejo racional empieza entendiendo la historia natural de la otitis media y sabiendo qué esperar del tratamiento. La otitis media es una entidad de curso benigno; de los estudios aleatorios controlados se sabe que la mayoría de casos se resuelven sin tratamiento.

Sin embargo, hay consenso respecto al uso de los antimicrobianos, pues, además de disminuir de manera dramática las complicaciones, mejoran más rápido de manera estadísticamente significativa, los síntomas de la enfermedad.

El fármaco inicial de elección sigue siendo amoxicilina, porque es efectiva contra la mayoría de gérmenes patógenos y es menos costosa que las otras alternativas. El tiempo sugerido de tratamiento es de tres dosis diarias durante 10 días, aunque diversos estudios han demostrado iguales resultados con manejos realizados por espacio de tres, cinco, siete y 20 días o con una a dos dosis al día.

➤ **Prevención y estilo de vida**

- Es muy importante estimular la lactancia materna, pues se considera que reduce los episodios de otitis media aguda en estudios longitudinales.
- Limitar el uso de chupos en las guarderías ya que se ha asociado a un incremento en episodios de otitis media.
- Así mismo, los niños que asisten a guarderías se beneficiarían de una vacuna contra el virus de la influenza, que ha demostrado reducir la incidencia de otitis media aguda hasta en 40% durante epidemias

- La vacuna antineumocócica protege contra las cepas incluidas en ella, pero no disminuye la incidencia de otitis media aguda . Por el aumento de la resistencia del neumococo a la penicilina se trabaja arduamente en mejorar la inmunogenicidad de la vacuna, sobre todo en niños menores de dos años.
- Otros factores de riesgo son el humo de cigarrillo y la asistencia a guarderías

4. CRUP Infeccioso

Aunque no existe consenso en la literatura internacional con respecto a la definición de «CRUP», hemos acogido la más conocida: Síndrome infeccioso caracterizado por tos laríngea (más comúnmente referida como «perruna»), estridor inspiratorio y diversos grados de dificultad respiratoria.⁽¹⁹⁾

Las entidades patológicas que se engloban en este síndrome son:

- Laringotraqueobronquitis o crup viral.
- Traqueitis bacteriana o purulenta y
- Epiglotitis.

Reconociendo que las vías respiratorias son una continuidad que no podemos delimitar, al mencionar al crup viral o laringotraqueobronquitis nos referimos a los también enunciados por algunos autores como laringitis o laringotraqueitis

La laringotraqueobronquitis es la entidad infecciosa de origen viral más frecuente del síndrome y representa la causa casi exclusiva de esta triada sindromática en nuestro medio.

Entre los agentes más referenciados se encuentran los virus Parainfluenza tipo 1 y 3 (60% de todos los casos), y menos frecuentemente, otros como Influenzae tipo A , virus sincicial respiratorio, Parainfluenzae tipo 2 y adenovirus. Como causas

poco usuales han sido reportados agentes como *Mycoplasma pneumoniae* y Rhinovirus

➤ **Epidemiología**

La vía área superior del niño posee condiciones anatómicas y fisiopatológicas que explican la mayor y casi exclusiva presencia de tales entidades en esta edad pediátrica

El pico de incidencia ocurre en niños de seis a 36 meses de edad, y predomina tanto en frecuencia como en severidad en el sexo masculino

Es difícil establecer la verdadera incidencia del crup, sin embargo este es responsable de un número significativo de llamadas de urgencia al médico.

➤ **Diagnóstico**

El diagnóstico es esencialmente clínico y se podrá o no confirmar por radiografía

➤ **Clínica**

El período de incubación es de dos a siete días y el antecedente epidemiológico puede sugerirnos el diagnóstico. La enfermedad inicia con dos o tres días de coriza, congestión nasal, estornudos y fiebres, para luego aparecer la tos bitonal o perruna, estridor progresivo y diversos grados o no de dificultad respiratoria, que podrán progresar con polipnea, retracciones y cianosis .La fiebre usualmente está presente y varía desde febrículas hasta temperaturas de 40oC.

➤ **Tratamiento**

• **Tratamiento Ambulatorio**

- Control de temperatura con medios físicos y acetaminofén.
- Lavados nasales con suero fisiológico.
- Estimulación de la alimentación con abundantes líquidos orales.
- Vigilar signos de empeoramiento

- **Tratamiento Hospitalario**

A los pacientes que consulten al servicio de urgencias y se decida hospitalizar, se les ordenarán las siguientes pautas: Oxígeno húmedo: A razón de tres a cuatro litros/minuto con humidificador de alto flujo, de manera que no intranquilece al niño, ya sea con mascarilla o cánula nasal; en casos de mayor requerimiento se usará cámara cefálica. ⁽²⁰⁾

Líquidos intravenosos. Se considerarán únicamente en los casos severos los líquidos de mantenimiento más pérdidas sensibles e insensibles. Electrolitos con sodio de 40-60 mEq/L y potasio a 40 mEq/L (89). Es de esperar que estos pacientes acudan con algún grado de deshidratación. En los pacientes con insuficiencia respiratoria severa está contraindicado y además riesgoso considerar la vía oral, por posible broncoaspiración y/o distensión abdominal que disminuiría la expansión torácica.

Si la severidad se incrementa, se reconsidera el uso de epinefrina a las dosis ya referidas . En varios centros de América Latina y de nuestro país, basados en los resultados benéficos de la epinefrina, se han venido usando desde hace ya varios años medicamentos con efecto beta adrenérgico, como la fenilefrina al 1% y la oximetazolina, con resultados aparentemente benéficos pero sin ninguna experiencia publicada.

A todo paciente que se hospitalice, se le aplican 0.6 mg/kg intramusculares de dexametasona, dosis única. Se reportan buenos resultados con una dosis alta única, intramuscular de 0,6 mg/kg de dexametasona con un efecto más evidente 12-24 horas después de su administración . Es, sin ninguna duda, la medida terapéutica más eficaz en el tratamiento del crup para el paciente que llega a la sala de emergencia o el que se hospitaliza

5 Neumonía

Los niños presentan aproximadamente de seis a ocho procesos infecciosos de vías respiratorias al año.⁽²¹⁾

Las infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyen bronquiolitis y neumonía. La mayoría de estos episodios son de tipo neumónico y su frecuencia es mayor durante el primer año de vida con una disminución gradual de la frecuencia después de este pico inicial.

La tasa de mortalidad por neumonía es considerable en lactantes y niños menores de cinco años (2% a 7%). Se estima que más de cuatro millones de niños mueren anualmente por esta condición.

Los factores de riesgo para morbilidad y mortalidad en neumonía son: edad, bajo peso al nacer, alto grado de desnutrición, bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, no lactancia materna, inmunizaciones incompletas y la cultura del cigarrillo (tabaquismo)

➤ Etiología

La mayoría de las infecciones del tracto respiratorio inferior son de origen viral y sólo un pequeño número de éstos produce infección grave o fatal. Las bacterias ocasionan con menor frecuencia neumonía, pero el riesgo de muerte es mucho mayor que con las infecciones virales.⁽²²⁾

Los estudios han demostrado de manera consistente que *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenza* son las bacterias aisladas con más frecuencia; estas dos bacterias representan 73,9% de los aislamientos obtenidos por punción pulmonar y 69% de los aislamientos por hemocultivos. La neumonía por el *Staphylococcus aureus* puede ocurrir en cualquier edad, sin embargo es más frecuente en niños mayores y progresa con frecuencia a derrame pleural y/o empiema

➤ **Diagnóstico**

La neumonía en la mayoría de las veces está precedida por coriza, lo que sugiere infección viral del aparato respiratorio superior. El período de incubación es corto, dos a tres días. El inicio es brusco, con rinorrea, fiebre, estado tóxico, en los niños mayores es frecuente el dolor costal por irritación pleural.⁽²³⁾

Es importante destacar que estos síntomas no son limitados solamente a neumonía y se pueden presentar también en otro tipo de patología graves como meningitis, sepsis, crup severo, etc. Mientras que aquellos que presenten tos y retracciones subcostales, sin signos de peligro, serán clasificados como I.R.A. neumonía grave y se remitirán igualmente al centro hospitalario más cercano.

Por su parte, los niños que cursen con respiración rápida definida como una F.R. mayor de 50/minuto en niños de dos a 11 meses y mayor de 40/ minuto en niños de uno a cinco años de edad se clasificarán como I.R.A. neumonía y deberán ser tratados ambulatoriamente con antibióticos adecuados en casa y con observaciones a la madre de los signos de agravamiento y orden de control a consulta externa a las 48-72 horas.

En menores de dos meses y debido a sus condiciones especiales inmunológicas y de respuesta a la falla respiratoria, no existe el grado de IRA neumonía simple y todos serán considerados como graves o muy graves y de obligado manejo hospitalario. La F.R. mayor de 60 se ha correlacionado altamente con el diagnóstico de neumonía grave . En el estadio de enfermedad de máxima gravedad se considerará además de los cinco signos anteriormente mencionados la presencia de fiebre o hipotermia y sibilancias audibles a distancia.

A los pacientes con neumonías graves o en quienes se sospeche complicaciones se les debe realizar idealmente radiografía de

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

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

➤ **Prevención**

La eliminación de la enfermedad por *Haemophilus influenzae* es posible si se hace una inmunización universal con las vacunas conjugadas, porque la vacuna tiene la avidez para disminuir la rata de colonización nasofaríngea por este patógeno

2.2.4. Riesgo

Es la probabilidad de que ocurra un fenómeno epidemiológico. La estimación del riesgo, es el cálculo de la determinación de los factores que la condicionan. Para la determinación del riesgo se necesitan criterios clínicos (en cuanto a la detección de la enfermedad) criterios epidemiológicos (en cuanto a la cuantificación de su frecuencia en la comunidad). El riesgo se puede estimar tanto para enfermedades transmisibles como para enfermedades no transmisibles.⁽²⁴⁾

En cuanto a la determinación de factores de riesgo, puede hacerse por medio del análisis multivariable, por el establecimiento de correlaciones estadísticas entre la presencia o el nivel de ciertos factores pre disponentes y el desarrollo de la enfermedad.

2.2.5. Factor de Riesgo

Fenómeno de naturaleza física, química orgánica, psicológica o social, en el genotipo o fenotipo o alguna enfermedad anterior al efecto de que se está estudiando, que por su presencia o ausencia o

por la variabilidad de su presencia, está relacionado con la enfermedad investigada, o puede ser la causa de su aparición en determinadas personas, en un lugar y tiempo dado.

Puede ser determinístico en cuanto a factor causal que conduce al desarrollo de la enfermedad. Pero se consideran también como factores de riesgo de tipo predictivo, los que sin influir etiológicamente, nos sirven como anunciadores de la enfermedad.

En cuanto a su naturaleza, los factores de riesgo pueden ser exógenos o endógenos.

2.2.4. Factores de riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas

Son ya adquiridos desde el nacimiento pueden ser la Herencia, Rasgos Sexuales y Nutricionales.⁽²⁴⁾

En los menores de cinco años, principales afectados por las infecciones respiratorias agudas en general, las causas principales de la enfermedad son:

2.2.4.1. Factores Endógenos: Son ya adquiridos desde el nacimiento.

a) Condiciones relacionadas al niño menores de 1 año:

- **Sexo:** parecen ser más frecuentes en los varones.

- **Bajo peso al nacer:** El bajo peso al nacer favorece la mayor sensibilidad a la infección, debido entre otras causas al deterioro físico del niño y a los trastornos en la maduración del sistema inmune del bebé.

- **Lactancia materna insuficiente (menos de seis meses):** Otro factor de riesgo importante es la no administración de lactancia materna. La leche humana es la más apropiada de todas las disponibles para el recién nacido, porque está exclusivamente adaptada a sus necesidades

Los niños en los que se sustituye la lactancia natural son menos saludables y presentan una marcada incidencia de diarreas, tos y catarro

Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna carecen de la protección que la misma aporta contra las IRA. Desnutrición: la cual es la causa más común de inmunodeficiencia, gran parte de la morbilidad y la mortalidad en individuos malnutridos se debe a las infecciones

- **Infecciones anteriores** : Esquema de vacunación incompleto: El grado de protección que aporta la vacuna contra esta enfermedad varía en dependencia de la edad y el estado inmunológico de los receptores, pero se ha encontrado entre 50 y 80 % de protección, cuando se produce una adecuada correspondencia entre las cepas circulantes y las incluidas en la vacuna. Por otro lado, la vacuna no protege totalmente contra la enfermedad, pero sí reduce su severidad y la frecuencia de complicaciones.⁽²⁵⁾

- **Características anatómicas que predisponen:** En el niño los factores anatómicos, unidos a la inmadurez o fallos en los mecanismos de defensa, propician la infección.
 - Crecimiento adenoideo (desarrollo del anillo de Waldeyer).
 - Desviación del tabique nasal.
 - Malformaciones cráneo-faciales (labio y paladar hendido).
 - Cardiopatías congénitas.
 - Reflujo gastroesofágico patológico.
 - Daño neurológico.
 - Neumopatías crónicas.

2.2.4.2. Factores Exógenos

Son los que influyen en su entorno y pueden ser: Climáticos, Psicológicos, Enfermedades, Socioeconómicos⁽²⁶⁾

a) Condiciones relacionadas al entorno del niño:

- Asistencia a guarderías, estancias infantiles, escuelas, etc.
- Contacto con personas enfermas de IRAS: El aparato respiratorio está expuesto en cada respiración a múltiples agentes invasores; sin embargo, gracias a los mecanismos de defensa local de que dispone, sólo en contadas ocasiones es asiento de infección.
- Malas condiciones de vivienda (piso de tierra, ventilación deficiente, exposición a humos)
- Tabaquismo pasivo
- Hacinamiento
- Padres con escasa escolaridad
- Familia de escasos recursos económicos
- También influye la presencia de factores de riesgo como la morbilidad, la mortalidad y la calidad de la atención médica.
- Falta de Vitamina A

b) Condiciones relacionadas con la estación del año:

- Picos estacionales de los diferentes agentes infecciosos (ejemplo: Influenza en invierno).
- En invierno el contacto interpersonal es más estrecho y las posibilidades de transmisión de persona a persona son mayores.
- Clima: cambios ambientales extremos, caluroso-frío ó seco-húmedo

La mayor parte de las IRA tienen lugar de forma epidémica, en los meses de otoño e invierno, y en su etiología se invocan especialmente, los virus respiratorios: rinovirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, etc., aunque también juegan un papel fundamental algunas bacterias y otros microorganismos.

2.2.5. Otros Factores de Riesgo

- **Factor de riesgo continuo:** Es aquel cuya acción es permanente en el individuo. La presencia de la presión arterial, el nivel de colesterol son factores que acompañan al individuo en circunstancias distintas de tiempo y lugar.⁽²⁷⁾
- **Factor de riesgo momentáneo:** Es de duración limitada o corta, o de una sola exposición suficiente a dicho factor. La exposición a un factor de riesgo originado en el sitio de trabajo, por el polvo, colorante, ruidos, dura mientras el sujeto sigue en su condición de trabajo. Podría variar con una rotación en las condiciones del trabajo o del retiro del sujeto.
- **Factor de riesgo acumulativo:** El factor de riesgo puede ser acumulativo durante ciertos meses o años hasta que el individuo susceptible desarrolle la enfermedad o la complicación. Mientras que el factor de riesgo instantáneo o de exposición única necesita de una sola exposición o muy corta, el factor de riesgo acumulativo necesita de repetidas exposiciones para desarrollar el efecto en la secuencia del tiempo necesario, según el tipo de enfermedad.

Poco después del primer año del niño, tiene lugar cambios importantes y a veces notables. El crecimiento físico se lentifica considerablemente, al tiempo que la movilidad y las habilidades de comunicación mejoran con rapidez.

- **Peso al nacer:** Se determinó la influencia del peso al nacer como factor de riesgo para desarrollar una infección en el crecimiento del niño. Se consideró en menos de 2500 gramos (Bajo peso)
- **Índice de hacinamiento:** Es el número de personas que duermen en la vivienda.
- **Factor nutrición:** La nutrición en las primeras etapas del desarrollo es uno de los factores más importantes que determinan la salud de los individuos a lo largo de su vida. Con una nutrición infantil óptima se consigue un desarrollo pondoestatural adecuado, se evitan carencias nutricionales, se previenen diferentes enfermedades. Durante los primeros años de vida, el niño ha de pasar por una serie de etapas en cuanto a su alimentación, que le permiten nutrirse adecuadamente, utilizando los alimentos disponibles en su contexto socio cultural.
- **Lactancia Materna:** La lactancia materna constituye la forma más adecuada de alimentación del niño en sus primeros meses de vida. Es un alimento perfectamente adaptado a las necesidades nutricionales del niño y constituye un importante sistema de defensa inmunitario por su contenido en anticuerpos, lactoferrina y, macrófagos.
- **Lactancia Artificial:** La lactancia artificial se puede definir como la alimentación del recién nacido como una leche distinta a la de la mujer. Está indicada cuando la lactancia materna no es posible. En la actualidad existen formulas infantiles que pueden sustituir total o parcialmente a la leche humana, cubriendo las necesidades nutritivas del lactante.
- **Inmunización.** Las vacunas, que protegen contra las enfermedades mediante la inducción de inmunidad. La inmunización es una herramienta de utilidad y demostrada para controlar e incluso erradicar las enfermedades. A partir de 1998, en nuestro país se viene implementando la vacunación contra

Haemophilus influenzae tipo b (Hib) en menores de un año, vacuna que ha demostrado su eficacia en aquellos países donde ha sido introducida, llegando a reducir hasta un 20% el número de casos de neumonía. Asimismo, se viene desarrollando el estudio de la carga de morbilidad por neumonía. ⁽²⁸⁾

2.2.6. Incidencia de iras en niños menores de 5 años.

La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado. Hay dos tipos de medidas de incidencia: la incidencia acumulada y la tasa de incidencia, también denominada densidad de incidencia. ⁽²⁹⁾

La incidencia acumulada (IA) es la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un período de tiempo concreto. Se calcula según:

$$IA = \frac{\text{Nº de casos nuevos de una enfermedad durante el seguimiento}}{\text{Total de población en riesgo al inicio del seguimiento}}$$

La incidencia acumulada proporciona una estimación de la probabilidad o el riesgo de que un individuo libre de una determinada enfermedad la desarrolle durante un período especificado de tiempo. Como cualquier proporción, suele venir dada en términos de porcentaje.

2.2.9. Teoría de enfermería que fundamentan las habilidades sociales.

La teoría de Hildergard Peplau nos habla sobre el rol de la enfermera y la relación biopsicosocial con el paciente y la relación con los demás profesionales de salud:

➤ **Nola Pender "Modelo Conceptual de conducta para la salud preventiva"**

La Dra. Pender ha revolucionado los conocimientos sobre la promoción de la salud a través de su investigación, su docencia, sus comunicaciones y sus escritos.

Pender experimentó una desviación en su pensamiento que la llevó a definir el objetivo de la enfermería como la salud óptima del individuo.

En 1975, la Dra. Pender en su modelo de atención de enfermería en relación a la Promoción de la Salud, en este artículo nos dice que identificó factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

Los resultados publicados de estos estudios apoyan el modelo de promoción de la salud, al que Pender se refiere como un modelo "en evolución". (30)

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-preceptuales y

los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

➤ **Teoría de Imogene King**

La teoría del logro de objetivos de Imogene King (1971-1981, 1987) se centra en 3 sistemas dinámicos que interactúan entre sí: personal, interpersonal y social (King, 1997). Se establece una relación personal entre el cliente y la enfermera. La relación enfermera – cliente es el vehículo para proporcionar los cuidados enfermeros, que es un proceso dinámico interpersonal en el que la enfermera y el cliente están influidos por el comportamiento del otro, así como por el sistema sanitario (King, 1971, 1981). El objetivo de la enfermera es utilizar la comunicación para ayudar al cliente a restablecer o mantener una adaptación positiva al entorno.⁽³¹⁾

- **Jean Watson, “Teoría del cuidado Humano”** la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma”. Esta asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado” y la enfermería esta centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson, la enfermería es una arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.⁽³²⁾

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente y responde a la condición del ser de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos. Entre tanto el cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Factores de Riesgo:** En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

- **Salud:** La salud es el estado de completo bienestar físico (biológico), mental (psicológico) y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud en su constitución de 1946.

- **Infecciones Respiratorias Agudas:** infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se complican con neumonía.

Las IRA constituyen un importante problema de salud pública, pues resultan con la morbilidad más alta en el mundo.

- **Factores Endógenos:** Son ya adquiridos desde el nacimiento Pueden ser la Herencia, Rasgos Sexuales y Nutricionales.
- **Factores exógenos:** Son los que influyen en su entorno y pueden ser: Climáticos, Psicológicos, Enfermedades, Socioeconómicos.
- **Vacunas:** Es un preparado de procedentes de microorganismos patógenos (microbios muertos de cepas virulentas o vivos de cepas atenuadas), cuya finalidad es la creación de anticuerpos que reconozcan y ataquen a la infección y, por lo tanto, produzcan la inmunidad del organismo inoculado.
- **Inmunización:** Son las vacunas, que protegen contra las enfermedades mediante la inducción de inmunidad. La inmunización es una herramienta de utilidad y demostrada para controlar e incluso erradicar las enfermedades.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- Los factores de riesgo que más inciden en la salud de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013, son los factores exógenos

2.5. VARIABLES

Variable Dependiente: Factores de riesgo en la salud

Variable Independiente: Infecciones respiratorias Agudas

2.5.1. Definición conceptual de la variable

- **Factores de riesgo en la salud:** Cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social cuya

presencia, ausencia, déficit o exceso modifica la probabilidad de que una enfermedad se presente o no.

➤ **Infecciones respiratorias Agudas:**

Infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se complican con neumonía.

2.5.2. Definición operacional de la variable

➤ **Factores de riesgo en la salud:** Cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social cuya presencia, ausencia, déficit o exceso modifica la probabilidad de que una enfermedad se presente o no. Los cuales se clasifican como factores endógenos y exógenos.

➤ **Infecciones respiratorias Agudas:** Infecciones respiratorias agudas (IRA) como. Resfriado común, Faringoamigdalitis, Otitis media, CRUP, Neumonía.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación según Hernández Sampieri⁽²⁰⁾ es de método:

- **Cuantitativo:** por que recoge información empírica de cosas o aspectos que se pueden medir, objetiva por su naturaleza siempre arroja números como resultado y se realizara a través de una encuesta. Son específicos y delimitados desde el inicio del estudio, las hipótesis se establecen previamente, es decir, desde antes de recolectar y analizar los datos. La recolección de datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos.

La investigación realizada es de tipo:

- **No experimental:** porque no se manipula la variable de estudio. Sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- **Descriptivo:** por que describe la realidad a estudiar. El investigador no interviene en la estudio, se limita a observar y describir la frecuencia de la variable (s) que se eligen en el diseño del estudio.

- **Cohorte transversal:** porque el estudio se realizará en un momento dado del tiempo. Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Y así detectar oportunamente la practica de habilidades sociales y contribuir a la formación del personal para una atención integral al paciente enfermo y/o sano.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizo en la comunidad campesina de Ñaupay, distrito de Ihuari - Provincia de Huaral en el año 2013, por la alta incidencia de caso de infecciones respiratorias agudas que se han registrado en los últimos años.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

El presente proyecto de investigación identifica como población para el estudio, a 50 niños del Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral 2013

3.3.2. Muestras:

La muestra se considero al total de la población, es decir a 50 niños del Pueblo de Ñaupay durante los meses de setiembre-diciembre del 2013.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, el instrumento tiene como objetivo obtener información que permitirá determinar los factores de riesgo en la salud, asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años Pueblo de Ñaupay - Distrito De Ihuari – Provincia De Huaral durante los meses de Setiembre-Diciembre del año 2013.

La observación se efectuará en dos oportunidades. Dicho instrumento incluye aspectos como: Factores Exógenos, Endógenos y también se consideras a las infecciones respiratorias.

Los datos generales serán obtenidos luego de la observación para evitar falencias. Los resultados se expondrán en tablas una vez concluido el recojo, análisis e interpretación de la información.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para obtener la validez de contenido del instrumento se realizó un juicio de 6 expertos en el campo de atención en enfermería.

Para establecer la confiabilidad se aplicó la prueba estadística de alfa de Crombach. Para corroborar la confiabilidad del instrumento y para determinar la validez se aplicará la validez de criterios aplicando el juicio de expertos (método promedio), a profesionales de salud conformado por 4 enfermera, y 2 Lic. de enfermería con el grado académico de Magister.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección y procesamiento de datos se realizará lo siguiente:

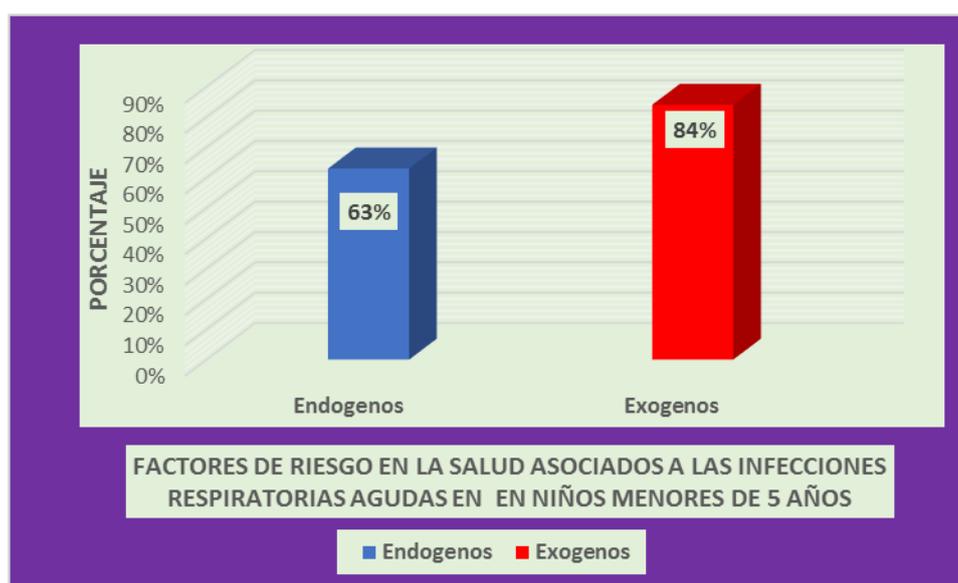
- Se solicitara autorización para aplicar el instrumento Se coordinará con la enfermera del centro de salud del pueblo , para que sea posible la aplicación del instrumento a todo los niños que conforman la muestra.
- Se utilizara el paquete estadístico en salud SPSS versión 18.
- Para el análisis de los datos se elaborará los cuadros y tablas con los datos, se analizara e interpretaran obteniendo los resultados respectivos.Obtenido los puntajes totales se procedió a aplicar la investigación, una vez ordenado los datos se obtuvo los datos.

Concluida la recolección de los datos, se elaborará la tabla matriz a fin de procesar los datos y presentar los resultados en gráficos para el análisis e interpretación respectiva.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO 1

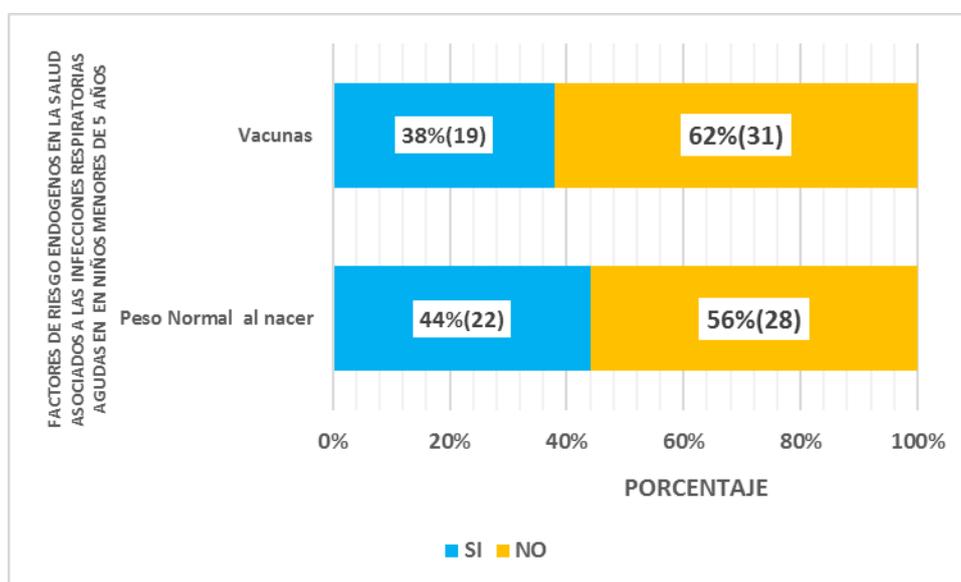
FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD ASOCIADOS A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PUEBLO DE ÑAUPAY - DISTRITO DE IHUARI – PROVINCIA DE HUARAL 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 1, los factores de riesgo en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari -Provincia de Huaral, es el Factor Exógeno el de mayor porcentaje con un 84% y el factor Endógeno con menor porcentaje de 63%.

GRAFICO 2

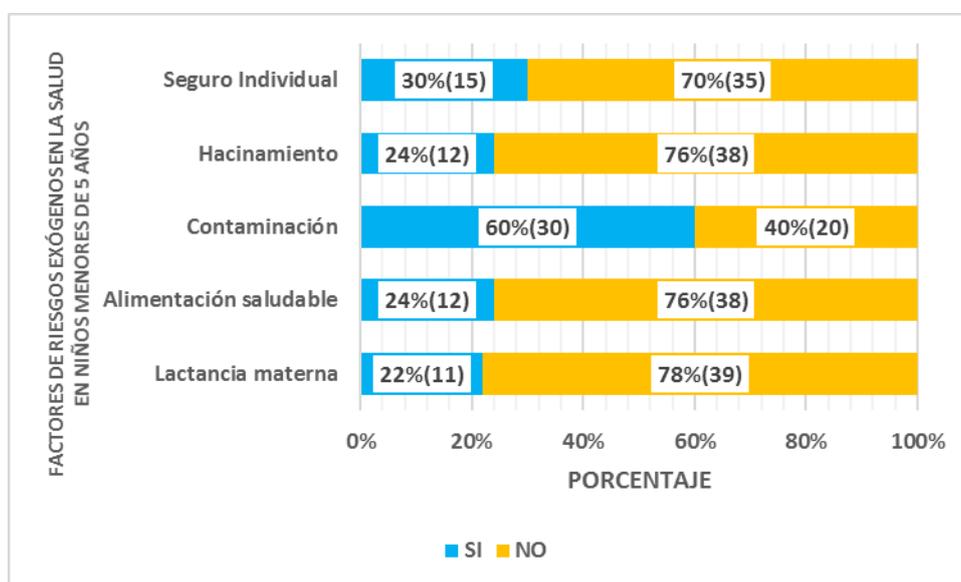
FACTORES DE RIESGOS ENDÓGENOS EN LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PUEBLO DE ÑAUPAY - DISTRITO DE IHUARI – PROVINCIA DE HUARAL 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 2, En el factor de riesgo Endógeno en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari -Provincia de Huaral, no cumplen con sus vacunas en un 62%(31) y no tienen un peso normal al nacer en un 56%(28).

GRAFICO 3

FACTORES DE RIESGOS EXÓGENOS EN LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PUEBLO DE ÑAUPAY - DISTRITO DE IHUARI – PROVINCIA DE HUARAL 2013



Según los resultados presentados en la Grafica 3, En el factor de riesgo Exógeno en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari -Provincia de Huaral, no realizan lactancia materna en un 78%(39), no realizan alimentación saludable en un 76%(38), viven hacinados en un 76%(38) y no tienen seguro individual en un 70%(35).

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Los factores de riesgo en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari - Provincia de Huaral, es el Factor Exógeno el de mayor porcentaje con un 84% y el factor Endógeno con menor porcentaje de 63%. Coincidiendo con Pérez (2005) Los resultados de la investigación evidencian que la Lactancia Materna Adecuada se comporta como Factor Protector. Se determinó que los factores exógenos predominan sobre los factores endógenos en un 70%. Coincidiendo además con Libro Rojo Enfermedades Infecciosas en Pediatría. (2008) Cada niño padece unas 6 a 8 infecciones respiratorias agudas anualmente hasta los cinco años. Este grupo de enfermedades supone 30-50% de las consultas pediátricas en los países pobres y 20-40% de los ingresos hospitalarios en Pediatría. Con 4 millones de muertes anuales, las infecciones respiratorias agudas bajas(sobre todo las neumonías) representan la primera causa de mortalidad en los menores de 15 años en los países en desarrollo. El 15-25% de las muertes se deben a complicaciones respiratorias de enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión, la tosferina o la difteria. Entre los factores que contribuyen a la gravedad de las Iras podemos destacar. Los siguientes: Bajo peso al nacer, Malnutrición, Déficit de vitamina A, Ausencia de lactancia materna, Hacinamiento, Polución del aire ambiental. Tres medidas resultan fundamentales para luchar contra las Iras a criterio dela Organización Mundial de la Salud (OMS): en primer lugar, combatir los Factores “favorecedores” citados; por otro lado, se aconseja la vacunación contra sarampión, tosferina y difteria; en tercer lugar, será preciso poder diagnosticar y tratar adecuadamente las formas graves. En las fases iniciales de un proyecto de cooperación, es frecuente observarentre personal sanitario “abandonado” durante largo tiempo a sus suerte cómo se prescriben antibióticos para TODAS las infecciones respiratorias, y cómo habitualmente hay largas rupturas de stock del antibiótico prescrito, de tal modo que se envía a los pacientes con una receta a la farmacia privada más próxima. La consecuencia frecuente suele ser la falta de confianza de la población respecto al staff sanitario y la imposibilidad de comprar el tratamiento adecuado, o la realización de un tratamiento incompleto, la recaída precoz y/ola aparición de

resistencias. Las IRAS leves se curan poco más o menos solas, con ciertas medidas “de soporte” como la buena hidratación, nutrición adecuada y antipiréticos comunes. Sin embargo, la neumonía sin tratamiento tiene una mortalidad del 10 al 20%, por lo que deberemos detectar los casos graves y “reservar” los antibióticos para ellos.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En el factor de riesgo Endógeno en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay-distrito de Ihuari -Provincia de Huaral, no cumplen con sus vacunas en un 62%(31) y no tienen un peso normal al nacer en un 56%(28). Coincidiendo con Álvarez (2007) Las enfermedades respiratorias constituyen una de las patologías más frecuentes en la edad pediátrica, representando la primera causa de ingreso a unidades de cuidado intensivo (UCI). En el 2007 el aumento de los ingresos hospitalarios por estas enfermedades así como de las derivaciones a UCI, motivó la realización de este trabajo. Objetivo general: analizar las derivaciones a UCI de niños con infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB), como forma de contribuir a la planificación futura de la atención de esta patología.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

En el factor de riesgo Exógeno en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay-distrito de Ihuari -Provincia de Huaral, no realizan lactancia materna en un 78%(39), no realizan alimentación saludable en un 76%(38), viven hacinados en un 76%(38) y no tienen seguro individual en un 70%(35). Coincidiendo con Mayea Tomé, Sánchez, Toribio y Pérez (2005) concluyeron que casi el 90% de la población estudiada padeció una Infección Respiratoria Aguda en los primeros 2 años de la vida. Los factores socioeconómicos investigados no se relacionan directamente con la aparición de Infecciones Respiratorias Agudas. Los factores ambientales que en nuestro medio se relacionan directamente con la aparición de Infecciones Respiratorias Agudas son el tabaquismo y la polución ambiental.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Los factores de riesgo en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari - Provincia de Huaral, es el Factor Exógeno el de mayor porcentaje.

SEGUNDO

En el factor de riesgo Endógeno en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari -Provincia de Huaral, no cumplen con sus vacunas y no tienen un peso normal al nacer (sobrepeso).

TERCERO

En el factor de riesgo Exógeno en la salud asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari -Provincia de Huaral, no realizan lactancia materna, no realizan alimentación saludable, viven hacinados y no tienen seguro individual.

RECOMENDACIONES

Promover en los profesionales de la salud en cumplimiento de acciones preventivo- promocionales en el primer nivel de atención, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas a las madres o personas responsables del cuidado del niño en el hogar, en niños menores de 5 años del pueblo de Ñaupay- distrito de Ihuari -Provincia de Huaral, enfatizando el reconocimiento de los signos de alarma, factores de riesgo y medidas preventivas de las IRA, disminuyendo de esta manera sus complicaciones.

Desarrollar propuestas que capaciten a las madres sin perder la esencia de su tradición y plantear estrategias que mejoren la atención que brindan los profesionales de enfermería en un enfoque intercultural.

Desarrollar programas educativos con estrategias participativas como talleres, sesiones de demostración, dirigidos a las madres para que incrementen sus conocimientos sobre IRA y les permitan aplicar medidas preventivas de manera adecuada acerca de los factores endógenos y exógenos que la propician.

Monitorear a las madres mediante visitas domiciliarias oportunamente en el cuidado que brindan a sus hijos menores de cinco años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leonardo Vejar M. Programa de prevención y control de las enfermedades respiratorias agudas de la infancia. Santiago de Chile: Pan Am J Public Health 1998;3(2).
2. Prieto Herrera ME, Russ Durán G, Reiter Landrian L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(2):160-4.
3. Benguigui Y. Infecciones respiratorias agudas. Fundamentos técnicos de las estrategias de control. Washington DC: OPS; 1997.
4. Dr. Juan Danilo Pérez Torres. Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. La Matica. Guaicaipuro-Cuba 2005.
5. Dr. Fernando Mayea Sánchez, Dr. Orlando Tomé López, Dra. Mayté Sánchez Pérez, Dra. Amnerys Toribio Martínez y Dr. Luis E. Pérez Serrano. Factores socioeconómicos en infecciones respiratorias agudas en niños menores de dos años en el Policlínico Docente “Vedado” E I.C.B.P “Victoria De Girón”, Guatemala 2005.
6. Marta Cristina Sanabria. “Factores de riesgo asociados a la infección respiratoria aguda que se presentan en niños menores de 05 años atendidos en el Hospital de apoyo III – Sullana – MINSA. Año 2000”.
7. Merson MH. Acute respiratory infection control program. Summary overview, programs and plans. Geneva: World Health Organization; 1999.

8. González Ochoa E. Prescripción de antibióticos para infecciones respiratorias agudas en niños. Bol Of Sanit Pan 1995;119(6):481-93.
9. Abreu Suárez G. Infecciones respiratorias agudas. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(2):129-40.
10. Benguigui Y. Infecciones respiratorias agudas. En: Meneghedo J, et al. Diálogo en Pediatría. Santiago de Chile: Publicaciones técnicas mediterráneas 1990;(3):11-26.
11. Ceruti E. Etiología de las infecciones respiratorias agudas bajas en lactantes hospitalizados. Rev Chilena Ped 1991;(62):155-6.
12. Rubio Yanes M. Informe preliminar sobre ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr 1986;2(1):5
13. Abreu Suárez G. Infecciones respiratorias agudas. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(2):129-40.
14. Goyenechea A, Bello M, Clua A, Savón C, Valdivia A, Oropesa S. Determinación de anticuerpos fijadores de complemento al virus sincitial respiratorio. Estudio longitudinal en una población menor de un año en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Med Trop 1994;46(2):79-85.
15. Mulholland L, Weber M. Reconocimientos de causas y síntomas de la neumonía. Noticias sobre IRA 1993-1994;25(2):3-4.
16. Riverón RW, Rojo I, González R. Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de 15 años en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol 1986;24(3):279-89.
17. Mav MF, Ramos AJT, Sánchez DJI. Terapéutica antimicrobiana en las infecciones respiratorias agudas de vías bajas. An Esp Pediatr 1997;(92):6207-9.

18. Benguigui Y. Prioridades en la salud infantil. Noticias sobre IRA 1993-1994;25(2):5-6.
19. Mulholland K. La neumonía en los niños con desnutrición grave. Noticias sobre IRA 1995;31(4):2-3.
20. Tammala OK. First year infection after initial hospitalization in low birth weight infants with and without bronchopulmonary dysplasia. Scan J Infect Dis 1992;24(4):515-24.
21. McCracken GH Jr. Etiology and treatment of pneumonia. Pediatr Infect Dis J 2000;19(4):373-7.
22. Malluguiza, J.R. y cols. Estudio epidemiológico de las otitis secretorias. Acta ORL Española 1999; (5): 10-14.
23. Rodríguez Acosta C, Martínez Pérez JL. Vigilancia microbiológica en infecciones respiratorias bajas. Rev cubana Higiene y Epidemiol. 2002;40(3)
24. Fernández Salgado M, Rubio Batista J. Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas en el niño. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(3):400-8.
25. Brown K. Alimentación a los niños enfermos. Noticias sobre IRA 1995;31(4):4-5.
26. Komarov Y, Aldereguía J. ¿Hábito de fumar o salud? Rev Cubana Med Gen Integr 1986;2(4):43-64.
27. Poehling KA, Edwards KM. Prevention, diagnosis, and treatment of influenza: current and future options. Curr Opin Pediatr 2001;13(1):60-4.

28. Salgado HV. Manual de la inmunización humana. Medellín: Ed. Médica Colombiana, 2001;75-185.
29. Prieto Herrera et al. Factores de Riesgo en Infecciones Respiratorias Agudas en Menores de 5 años. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(2):160-4
30. Kozier "Teorías y conceptos en la práctica de enfermería". Editorial MC Graw Internacional México 1999. Pág. 35.
31. Nola Pender. Enfermería ciencia Humana y cuidado humano: teoría de Enfermería. National league Nursing. Traducción hecha con fines. España; 1998.
32. Ramona Mercer. Enfermería ciencia Humana y cuidado humano: teoría de Enfermería. National league Nursing. Traducción hecha con fines. España; 1998.

ANEXOS

ENCUESTA

1. Nombres:
2. Edad:
3. Nivel educativo:
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Superior
 - d. No responde

4. Que es una infección respiratoria aguda para usted?
 - a. Una enfermedad del corazón.
 - b. Una enfermedad del los pulmones
 - c. Enfermedad de cáncer.
 - d. No responde

5. Sabe usted cual es la causa de la gripe ?
.....
6. A donde acude si su niño se resfría ?
.....
7. Podría bañar al niño cuando esta con el resfrió?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No responde
8. Se puede sacar de la casa al niño resfriado?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No responde

9. A un niño con gripe y fiebre muy alta se le deben dar yerbas medicinales?
 - a. Si
 - b. No
 - c. No responde

10. Le gustaría recibir una charla de capacitación sobre las infecciones respiratorias agudas?

- a. Si
- b. No
- c. No responde

--	--	--

SALIDA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERIA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DE HUARAL AL DISTRITO DE IHUARI



LLEGADA DE LOS ALUMNOS A LA COMUNIDAD CAMPESINA DE ÑAUPAY



**LA ALUMNA MILUSKA YANAC VISITANDO LA CASA DE LA SEÑORA
VICTORIA ALVARADO YANAC**



**LA ALUMNA DIXI ROJAS ADVINCULA ENCUESTANDO AL COMUNERO
JUAN RIVERA EN EL LOCAL COMUNAL ÑAUPAINO**

