



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS EN LOS NIÑOS DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “CORAZONES ABIERTOS” DE LA PARROQUIA PUERTO NAPO, CANTÓN TENA

PAOLA VANESSA MITES CARRASCO

Trabajo de titulación modalidad: Proyectos de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Septiembre – 2019



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, titulado “Estrategia de intervención para reducir las infecciones respiratorias agudas altas en los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo, cantón Tena”, de responsabilidad de la Doctora Paola Vanessa Mites Carrasco ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. Juan Mario Vargas Guambo.Mag.

PRESIDENTE DE TRIBUNAL

Dr. Edwin Edgar Morocho Aguagallo.Esp

DIRECTOR

Dr. Rene Orlando Chunllo Quishpi.Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

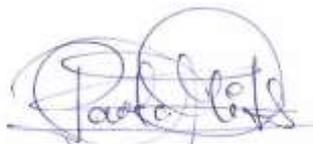
Dra. Aralys de las Nieves Ferreiras Castillo.Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Riobamba, Septiembre 2019

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Paola Vanessa Mites Carrasco, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



Paola Vanessa Mites Carrasco

No. Cédula: 150071300-1

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Paola Vanessa Mites Carrasco, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados. Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Maestría.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, que fue el que me permitió culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida, etapa en la cual pude entender y valorar cada una de las bendiciones con las cuales él me rodea.

A mis hijos, esos hijos que más que el motor de mi vida fueron parte muy importante de lo que en hoy me he convertido, gracias a ellos por cada muestra de cariño, por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con ellos, hacia parte de estos sacrificios.

A mis hijos Nicolás y Emilia dedico esta tesis, a ellos dedico todas las bendiciones que de parte de Dios vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanta dedicación, tanto esfuerzo y fe en la causa misma.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Mónica y Edwin por apoyarme en todo momento, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

A mis abuelitos que a pesar de la distancia me continúan guiando en el camino y enseñándome a nunca olvidar los valores que me han inculcado y sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mi hermana por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

A Josue, por ser una parte muy importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A mis tías y tíos gracias a su apoyo incondicional de mil maneras y por estar ahí para enseñarme que la vida no es fácil pero siempre hay una solución para vivirla

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis profesores: Dr. Orlando Gonzales, Dra Diana Mujica, Dr Edwin Morocho, Dra Aralys Ferreiras, Dr Rene Chunllo gracias por la oportunidad de crecer profesionalmente y aprender cosas nuevas.

ÍNDICE GENERAL

| | Páginas |
|---|---------|
| RESUMEN | xii |
| ABSTRACT | xii |
| CAPÍTULO I | xiii |
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1. Planteamiento del Problema | 2 |
| <i>1.1.1. Situación problemática</i> | 2 |
| <i>1.1.2. Formulación del problema</i> | 4 |
| 1.2. Justificación de la Investigación | 5 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | 6 |
| <i>1.3.1. Objetivo general</i> | 6 |
| <i>1.3.2. Objetivos específicos</i> | 6 |
| 1.4. Hipótesis | 7 |
| <i>1.4.1. Hipótesis General</i> | 7 |
| CAPÍTULO II | 8 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1. Antecedentes del problema | 8 |
| <i>2.1.1. Ámbito internacional</i> | 8 |
| <i>2.1.2. Ámbito nacional</i> | 10 |
| 2.2. Bases teóricas | 11 |
| <i>2.2.1. Infecciones respiratorias</i> | 11 |
| <i>2.2.1.1. Ocurrencia natural de la enfermedad</i> | 13 |
| <i>2.2.1.2. Diagnóstico</i> | 14 |
| <i>2.2.1.3. Microbiología</i> | 14 |
| <i>2.2.2. Rinitis y rinosinusitis</i> | 15 |
| <i>2.2.2.1. Rinitis Viral Aguda (Resfriado Común)</i> | 16 |
| <i>2.2.2.2. Rinosinusitis bacteriana aguda</i> | 17 |
| <i>2.2.2.3. Rinitis crónica</i> | 19 |
| <i>2.2.3. Faringitis</i> | 20 |
| <i>2.2.3.1. Faringitis viral aguda</i> | 20 |
| <i>2.2.3.2. Herpangina</i> | 21 |
| <i>2.2.3.3. Faringitis bacteriana aguda</i> | 21 |

| | | |
|---------------------------|--|----|
| 2.2.4. | <i>Laringitis</i> | 22 |
| 2.2.5. | <i>Enfermedad crup</i> | 24 |
| 2.2.6. | <i>Intervención Educativa en salud</i> | 26 |
| 2.2.7. | <i>Resultados del estudio de línea de Base.</i> | 27 |
| 2.3. | Glosario de términos | 30 |
| 2.4. | Identificación de variables | 32 |
| 2.5. | Operacionalización de variables | 33 |
| 2.6. | Matriz de consistencia | 39 |
| CAPÍTULO III | | 40 |
| 3. | METODOLOGÍA | 40 |
| 3.1. | Tipo y diseño de la investigación | 40 |
| 3.2. | Método de investigación | 40 |
| 3.3. | Enfoque de la investigación | 40 |
| 3.4. | Alcance de la investigación | 40 |
| 3.5. | Población de estudio | 41 |
| 3.6. | Unidad de análisis | 41 |
| 3.7. | Selección de la muestra | 41 |
| 3.7.1. | <i>Criterios de inclusión</i> | 41 |
| 3.7.2. | <i>Criterios de exclusión</i> | 41 |
| 3.8. | Tamaño de la muestra | 41 |
| 3.9. | Técnicas de recolección de datos | 42 |
| 3.9.1. | <i>Fuente de Información Primaria</i> | 42 |
| 3.9.2. | <i>Fuentes de Información Secundaria</i> | 42 |
| 3.10. | Instrumentos de recolección de datos y análisis estadístico | 43 |
| 3.11. | Criterios Éticos | 44 |
| CAPÍTULO IV | | 45 |
| 4. | ANÁLISIS Y RESULTADOS | 45 |
| 4.1. | Resultados de la investigación | 45 |
| 4.1.1. | <i>Caracterización sociodemográfica de los representantes de los menores de cinco años pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo.</i> | 45 |
| 4.1.2. | <i>Relación entre los conocimientos de las medidas preventivas de las IRAs con las variables socio epidemiológicas, demográficas y de prácticas higiénico dietéticas</i> | 51 |
| 4.1.3. | <i>Factores de riesgo asociados a la transmisión de IRAs en los niños del CIBV</i> | 56 |
| 4.1.4. | <i>Impacto de la estrategia integral aplicada posterior a la implementación de la intervención.</i> | 57 |

| | | |
|-----------------------------|--|----|
| 4.1.4.1. | <i>Incidencia de IRAs después de la intervención Integral.....</i> | 57 |
| 4.1.4.2. | <i>Impacto de la estrategia de intervención en la Morbilidad de acuerdo al RDACCA ..</i> | 59 |
| 4.1.4.3. | <i>Impacto de la intervención por el Nivel de satisfacción de los Cuidadores.....</i> | 60 |
| 4.2. | Discusión..... | 61 |
| CAPÍTULO V..... | | 64 |
| 5. | PROPUESTA | 64 |
| 5.1. | Diseño de proyecto de intervención..... | 64 |
| 5.1.1. | <i>Antecedentes</i> | 64 |
| 5.1.2 | <i>Fundamentación.....</i> | 65 |
| 5.1.3. | <i>Diagnóstico educativo.....</i> | 66 |
| 5.2. | Objetivos de la propuesta..... | 67 |
| 5.2.1 | <i>Objetivo General de la propuesta</i> | 67 |
| 5.2.2. | <i>Objetivos específicos de la propuesta</i> | 67 |
| 5.3. | Diseño/desarrollo de la intervención | 67 |
| 5.3.1. | <i>Diseño y programación.....</i> | 67 |
| 5.3.2. | <i>Desarrollo.....</i> | 68 |
| 5.3.2.1. | <i>Fase 1: Contextualización de la problemática de las IRAs en el entorno comunitario.....</i> | 68 |
| 5.3.2.2. | <i>Fase 2: Estructuración de la operatividad de la estrategia educativa.....</i> | 69 |
| 5.3.2.3. | <i>Fase 3 Evaluación de la estrategia educativa</i> | 70 |
| 5.3.2.4. | <i>Duración de la Intervención Educativa.....</i> | 70 |
| CONCLUSIONES..... | | 71 |
| RECOMENDACIONES..... | | 72 |
| BIBLIOGRAFÍA | | |
| ANEXOS | | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | Páginas |
|-------------------|--|---------|
| Tabla 1-2 | Clasificación y etiología de la rinitis | 16 |
| Tabla 2-2 | Clasificaciones y etiología de la laringitis | 22 |
| Tabla 1-4 | Edad..... | 45 |
| Tabla 2-4 | Sexo..... | 46 |
| Tabla 3-4. | Nivel de Escolaridad | 46 |
| Tabla 4-4 | Practica de Lavado de Manos..... | 47 |
| Tabla 5-4 | Conocimientos generales IRAS..... | 47 |
| Tabla 6-4 | Conocimiento de ventajas de Lactancia Materna | 48 |
| Tabla 7-4 | Periodo de Tiempo de presentación de síntomas de IRAs | 49 |
| Tabla 8-4 | Conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de IRA | 49 |
| Tabla 9-4 | Conocimientos sobre la conducta que asume la familia frente a las IRAs | 50 |
| Tabla 10-4 | Conocimientos sobre los síntomas de alarma de las IRAs | 51 |
| Tabla 11-4 | Tabla de contingencia de conocimientos generales IRAs *Edad | 51 |
| Tabla 12-4 | Resultados del Chi cuadrado para conocimientos generales IRAs *Edad | 52 |
| Tabla 13-4 | Tabla de contingencia de los conocimientos generales de IRAs*Edad..... | 52 |
| Tabla 14-4 | Resultados del Chi cuadrado para conocimientos generales IRAs *Sexo..... | 53 |
| Tabla 15-4 | Tabla de contingencia Conocimientos generales de IRAs + Escolaridad. | 54 |
| Tabla 16-4 | Resultados del Chi cuadrado para conocimientos generales IRAs *EScolaridad | 54 |
| Tabla 17-4 | Tabla de contingencia Practica de Lavado de manos * Conocimientos generales IRAS | 55 |
| Tabla 18-4 | Resultados del Chi cuadrado para conocimientos generales IRAs *Practicas de lavado de manos | 55 |
| Tabla 19-4 | Factores de Riesgo asociados a IRAs en los niños del CIBV | 56 |
| Tabla 20-4 | Incidencia de IRAs después de la aplicación de la estrategia integral | 57 |
| Tabla 21-4 | Tabla de contingencia Morbilidad antes y después de la intervención integral . | 59 |
| Tabla 22-4 | Nivel de satisfacción de la información recibida en la intervención Integral..... | 60 |
| Tabla 23-4 | Tabla de contingencia nivel de satisfacción en conocimientos antes y después de la intervención | 61 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Páginas |
|--|---------|
| Gráfico 1-4. Morbilidad y diagnóstico..... | 58 |
| Gráfico 2-4. Porcentaje de morbilidad por mes | 59 |

RESUMEN

Las Infecciones Respiratorias Agudas Altas son una de las principales causas de morbilidad, su incidencia en el Ecuador es alta, sobre todo en niños menores de cinco años. En el Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo, Cantón Tena asisten 85 niños, susceptibles a estas patologías, se realiza una investigación de cohorte, longitudinal con el objetivo de reducir la incidencia de IRAs a través de la aplicación de una estrategia de intervención integral, se realizó una encuesta para caracterizar a la población de acuerdo a variables sociodemográficas, conocer el nivel de conocimientos sobre IRAs de los cuidadores y establecer los factores de riesgo asociados a las patologías. Se determinó el nivel de asociación entre las variables mencionadas y el nivel de conocimientos a través de la prueba no paramétrica de chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia de $P > 0,05$, encontrando que las variables analizadas eran independientes. Con la información se estructuró la propuesta estratégica de intervención en base a las necesidades de los cuidadores y fue aplicada. Para determinar el impacto de la intervención, se utilizaron los datos de morbilidad del Registro Diario Automatizado de Atenciones y Consultas Ambulatorias, y se aplicó la prueba no paramétrica de McNemar Bowker con un nivel de significancia de $P < 0,05$ encontrándose que existen diferencias significativas de morbilidad y del nivel conocimientos de los cuidadores antes y después de la intervención, estableciéndose de esta manera la viabilidad de la propuesta. Se recomienda mantener, las acciones emprendidas y reforzar los conocimientos adquiridos.

Palabras Clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS. MEDICINA FAMILIAR>
<INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES (IRAs)>
<ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN>, <INCIDENCIA>, <PREVALENCIA>,
<FACTORES DE RIESGO>, <MORBILIDAD>



ABSTRACT

High Acute Respiratory Infections are one of the main causes of morbidity, their incidence in Ecuador is high, especially in children under five years. In the Children's Center of Good Living "Corazones Abiertos " of the Puerto Napo Parish, Tena Canton 85 children attend, susceptible to these pathologies, a longitudinal cohort investigation is carried out with the objective of reducing the incidence of ARIs through the application of a comprehensive intervention strategy, A survey was carried out to characterize the population according to sociodemographic variables, to know the level of knowledge about caregivers' ARIs and to establish the risk factors associated with the pathologies. The level of association between the mentioned variables and the level of knowledge was determined through the non-parametric chi-square test of independence with a significance level of $P > 0.05$, finding that the variables analyzed were independent. With the information, the strategic intervention proposal was structured based on the needs of the caregivers and was applied. To determine the impact of the intervention, morbidity data from the Automated Daily Registry of Outpatient Care and Consultations were used, and the non-parametric McNemar Bowker test was applied with a significance level of $P < 0.05$, finding that there are significant differences of morbidity and the level of knowledge of caregivers before and after the intervention, thus establishing the viability of the proposal. It is recommended to maintain, the actions undertaken and reinforce the knowledge acquired.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES. FAMILY MEDICINE>, <HIGH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS (ARIs)>, <INTERVENTION STRATEGY>, <PREVALENCE>, < INCIDENCE>, <RISK FACTORS>, <MORBILITY>



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La salud enfocada a la niñez es uno de los elementos fundamentales para promover el desarrollo de un país, esto implica el diseño, aplicación y monitoreo de estrategias con carácter de integralidad vinculadas a los procesos de asistencia y acompañamiento a los niños, sus cuidadores y los entornos socio ecológicos de los que forman parte.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son patologías con una alta incidencia en los menores de cinco años, se realizó una investigación orientada a disminuir la incidencia de las infecciones respiratorias agudas superiores (IRAs) en los niños que asisten al CIBV, “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo en el cantón Tena, dando continuidad a la investigación realizada por Guzmán Pinos (2016) cuyos datos se han tomado como referentes de línea de base.

En función de un contexto teórico sólido, se realiza este trabajo, considerando como objeto de estudio a 85 cuidadores (padres o representantes legales y cuidadoras) de los niños menores de cinco años que asisten al CIBV, a los que se les aplicó una encuesta para determinar las características socio-epidemiológicas, los factores de riesgo que tienen los niños y el nivel de conocimientos que poseen los cuidadores sobre el manejo preventivo y curativo de IRAs.

Con esta información se realiza una comparación para establecer el nivel de asociación entre las variables socio-epidemiológicas y el nivel de conocimientos, estableciéndose que son de carácter independiente y que no tiene influencia entre ellas. Este resultado sirve de fundamento para la construcción de una propuesta para la intervención integral estratégica con los cuidadores considerando los siguientes aspectos:

Las generalidades de las infecciones respiratorias agudas, su clasificación, las complicaciones que se producen cuando no son tratadas a tiempo, las medidas de prevención higiénico sanitarias, las estrategias para reconocer signos y síntomas de peligro y que tipo de conducta debe asumir la familia en el caso de que estas patologías se presenten y por último se destaca la importancia de una adecuada relación institucional y familiar.

La intervención se realiza de noviembre de 2018 a mayo de 2019. Para establecer los resultados y el impacto en los cuidadores, se obtiene información del Sistema Registro Diario

Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) del Ministerio de Salud Pública.

Los datos obtenidos son en base a los registros de los niños que asisten al CIBV “Corazones Abiertos” sobre incidencia de las patologías de IRAs, morbilidad, diagnóstico, fechas de consulta y revisiones médicas 7 meses antes de la intervención y los datos de los 7 meses que dura la intervención. Por otro lado, se consideran los datos del nivel de conocimientos de los cuidadores antes y después de la intervención.

Con esta información se realizan comparaciones utilizando tablas de contingencia y se aplica la prueba no paramétrica de comparación de proporciones para dos muestras relacionadas de McNemar Bowker con un nivel de significancia de $P < 0,05$, estableciéndose un alto nivel de significancia entre los datos de antes y después de la intervención comprobándose su validez y viabilidad.

1.1. Planteamiento del Problema

1.1.1. Situación problemática

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son un complejo conjunto de afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad, comprometiendo una o más partes del aparato respiratorio, tiene una duración menor de 14 días y representa uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de 5 años (Condori Junes, 2015).

Según estimaciones de la UNICEF, ONU y El Banco Mundial 6,3 millones de niños murieron en 2017 en todo el mundo, si bien la cifra se redujo respecto de años anteriores, preocupa el hecho de que la gran mayoría de esas muertes 5,4 de 6,3 millones ocurrieron por causas que se podrían haber evitado (Hug, Sharrow, & You, 2017).

Entre ellas 2,1 millones el 33%, fueron causadas por IRA que se complicaron de forma grave, por lo que la patología en este grupo etario se ha constituido a escala mundial en la primera causa de consultas ambulatorias en pediatría de 30 al 50% y entre 20% y 40% de motivos de hospitalización, un niño entre el primer y quinto año de vida desarrolla entre tres a siete episodios de IRA en promedio por año (Cordero, Beltran, & Astudillo, 2015).

De acuerdo a datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), la mayor parte de los casos son leves y se auto eliminan, sin embargo, el 3,3% de los

episodios tienden a complicarse estimándose una mortalidad entre el 10% y el 20% de los niños menores de 5 años afectados, grupo etario que tiene características fisiológicas e inmunológicas que los hacen más vulnerable para presentar este tipo de procesos infecciosos respiratorios.

Factores asociados a la calidad de aire, falta de higiene y conductas no saludables inciden en el aumento de riesgo para contraer enfermedades respiratorias, además de la influencia de otros factores ambientales como enfriamiento hacinamiento y las comorbilidades parcialmente atribuibles al ambiente (malaria y diarrea, por ejemplo) son difíciles de cuantificar, pero son parte de los factores ambientales que facilitan las infecciones respiratorias altas y bajas (Naluonde, y otros, 2018).

Coronel, Huerta y Ramos (2018), reportan que el tiempo de duración de la lactancia materna menor a los seis meses, aumenta el riesgo de padecer IRAS en casi seis veces, la mala nutrición en 5 veces más de lo normal, influye además la edad, estableciéndose que en niños menores a un año representa un riesgo estadístico altamente significativo en casi cinco veces más posibilidades de contraer este tipo de patología.

En el Ecuador, Las infecciones respiratorias altas como las rinofaringitis (10.37%), amigdalitis aguda (8.04%) y faringitis (7,91%) constituyen la 1ra 2da y 3ra causa de morbilidad ambulatoria en niños menores de 6 años respectivamente, en proporción similar tanto en hombres como en mujeres según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2017).

De acuerdo al informe de investigación de Guzmán Pinos (2016), en el año 2014 las IRA, se reportaron como la primera causa de morbilidad con 67.624 casos. En la ciudad del Tena, en el que se encuentra el Distrito 15D01, en el 2017 se notificaron 38.823 casos de IRA altas, encontrándose que el 55% se remitían a pacientes menores de 5 años, datos que ubican a la patología como la primera causa de morbilidad, al igual que en todo el territorio nacional.

En el caso específico al que hacen relación los resultados del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS), de la investigación citada, y que es referente para este trabajo, se reporta que las IRA, alcanzan el 64,2% ocupando el primer lugar de prevalencia, coincidiendo con los resultados mencionados anteriormente (Guzmán Pinos, 2016).

En el ASIS de cinco comunidades y tres barrios de la parroquia Puerto Napo durante el 2017, se pudo determinar que la primera causa de consultas de morbilidad incluyó las infecciones respiratorias agudas altas en un 40% en los niños de 1 a 4 años de edad aumentando este porcentaje en niños menores de 1 año.

Del análisis de estos resultados, se establece que la situación en salud de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV)¹, cumplen parcialmente con los requerimientos sanitarios necesarios para el amparo adecuado de los niños, se ha establecido que los conocimientos de las cuidadoras son básicos y el conocimiento sobre prevención de IRAs de los representantes legales de los niños está por debajo de lo elemental.

Señalándose que las complicaciones derivadas de las IRA son muy comunes y que generalmente son el principal motivo para que los niños no asistan a los centros de cuidado infantil, se pudo observar que aproximadamente el 45% de los niños que estaban presentes en los centros, al momento de la evaluación, presentaban signos y síntomas de la patología.

Esto sucede a pesar de que, por ejemplo, en el CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia “Puerto Napo” se han aplicado acciones de prevención, para evitar la propagación de infecciones respiratorias altas, que han disminuido de forma relativa la morbilidad por esta causa y sobre todo las complicaciones graves de las mismas.

La presencia de los centros infantiles, en el Distrito 15D01, han mejorado las condiciones de alimentación, educación y salud de los niños, además de reconocer y minimizar los máximos efectos que se derivan de los errores en lo referente al desarrollo integral de los niños, la familia y la comunidad, a lo que se suma la formación del personal en lo relativo a la salud, pero a pesar de ello, se ve la necesidad de fortalecer las acciones de forma permanente, buscando el mejoramiento de la calidad de vida de los niños.

1.1.2. Formulación del problema

Por el alto nivel de incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAs) en los niños menores de cinco años que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV), “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo, cantón Tena, se considera que una intervención integral mejorara los conocimientos de los cuidadores (padres, representantes legales y educadoras) sobre estas patologías disminuyendo la incidencia de la misma

¹ Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) fueron creados bajo los preceptos del Plan Nacional del “Buen Vivir”. (SENPLADES, 2011) que desde el 2017 fue reemplazado por el Plan “Toda una Vida” (SENPLADES, 2017)

1.2. Justificación de la Investigación

Los CIBV² creados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2013), garantizan el desarrollo integral de los niños del país, a través de la estimulación temprana y una buena nutrición, los objetivos que propone esta estrategia de estado, se enfocan en lograr el máximo desarrollo posible de las potencialidades de los niños atendidos; sensibilizar a las familias sobre su rol protagónico en el desarrollo infantil integral de sus hijos menores de 5 años.

Sin embargo, la situación actual de los niños menores de cinco años que asisten a los CIBV, no refleja las garantías ofertadas por el Estado para este grupo vulnerable, el trabajo de campo en salud, ha demostrado un alto nivel de incidencias, en enfermedades vinculadas a EDA e IRA.

En este contexto, se plantea una investigación para desarrollar una estrategia de intervención integral orientada a fortalecer los conocimientos de los cuidadores de los niños menores de cinco años con respecto a las IRA altas, para mejorar sus capacidades en la detección de signos y síntomas, el manejo de los procedimientos requeridos para hacer frente a la enfermedad, y la aplicación de acciones preventivas relacionadas con las patologías.

Esta intervención es prioritaria y tendrá un impacto positivo en la comunidad reduciendo la incidencia de IRA posibilitando una atención con mayor eficiencia y presteza de acuerdo a los requerimientos y necesidades en salud de los niños.

El trabajo de investigación está vinculado con diversos sectores de la población y podrá contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de los niños que asisten a los centros de atención infantil, siempre y cuando semejaren las capacidades de las profesionales en atención infantil y de sus cuidadores.

Los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la intervención se constituirán en un importante aporte a los procesos de atención generados desde los centros de salud hacia la comunidad, ya que permitirán incluir a los protocolos aspectos característicos de la zona de estudio, que se podrán utilizar en situaciones y contextos similares.

² El Buen Vivir es la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad. No es buscar la opulencia ni el crecimiento económico infinito. (SENPLADES, 2011)

Siendo el Estado el encargado de poner en marcha y dar seguimiento a los procesos de mejoramiento de la calidad de vida de los niños del centro, la ejecución de la intervención coadyuvara en el fortalecimiento de las acciones emprendidas por los organismos encargados ya sea el MIES o el MSP las acciones emprendidas, fortaleciéndolas al mismo tiempo que facilitara.

Lo que en gran medida beneficiará a los niños del centro infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” disminuyendo la recurrencia de consultas de morbilidad por IRAs; optimizando de esta manera los recursos en la atención de salud, y en especial proporcionar estabilidad y bienestar familiar.

La investigación es factible a desarrollarse ya que se cuenta con el apoyo del MSP, ESPOCH, Centro de Salud Puerto Napo, centro infantil Corazones Abiertos, GAD parroquial, comité local de salud y todas las autoridades competentes además se cuenta con la factibilidad para acceder a toda información necesaria, el financiamiento para su ejecución y los recursos materiales e intelectuales para establecer soluciones efectivas en base al proyecto a ejecutar.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Reducir la Incidencia de IRA altas de los niños menores de cinco años del CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo, del cantón Tena, a través de la aplicación de una estrategia de intervención integral dirigida a los cuidadores (Padres, representantes legales y educadoras)

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables socio epidemiológicas, de los representantes legales y educadoras de los niños del Centro Infantil de Buen Vivir “Corazones Abiertos”
- Determinar la relación entre los conocimientos de las medidas preventivas de las IRAS altas con las variables socio epidemiológicas, demográficas, practicas higiénico dietéticas de los representantes legales y educadoras del CIBV
- Establecer los factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas altas de los niños del CIBV
- Aplicar el modelo de estrategia intervención dirigido a representantes legales y educadores para reducir la incidencia de IRA alta.
- Evaluar el nivel de impacto alcanzado.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General

La aplicación de la estrategia de intervención dirigida a representantes legales y educadoras reduce la incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo del cantón Tena.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. *Ámbito internacional*

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS , 2017), 5,9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en 2015, el 57% de esas muertes prematuras se debieron a enfermedades que podrían haber sido evitadas si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles.

Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía con una alta probabilidad de que se haya presentado en su inicio como una infección respiratoria aguda alta la misma que no se atendió de forma oportuna, según estimaciones de las Naciones Unidas, el 33 % de las defunciones ocurridas en el mundo en niños menores de 5 años, son producidas por enfermedades respiratorias agudas.

Townsend, Greenlan y Curtis (2018), estiman que en 2010 hubo 120 millones de episodios de neumonía causantes de 1,3 millones de muertes, en este sentido los niños que viven en países con economías precarias corren un riesgo mayor. En la India, por ejemplo, la mortalidad infantil alcanza el 5%, esto es una quinta parte del total a nivel mundial, la neumonía, representa el 18% del total mundial que es de 146,660 millones debido a infecciones respiratorias agudas.

En el Perú los estudios demográficos ENDES por la UNICEF (2011), establecieron que en el año 2009 el 17% de los niños menores de 3 años han presentado algún tipo de episodio de IRA, vinculado a el bajo peso al nacer, insuficiente lactancia materna, infecciones previas, esquemas incompletos de vacunación y deficiencias nutricionales. Sobre el conocimiento y prácticas para enfrentar EDAS e IRAs, se, demostró que más del 75% de madres tenían un conocimiento deficiente (Velez, 2017).

Sobre los factores de Riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, Coronel, Huerta y Ramos (2018), a través de un estudio observacional analítico retrospectivo

entre el 2015 y el 2017 demostraron que los factores con mayor incidencia fueron la convivencia con fumadores, la lactancia materna exclusiva por menos de seis meses, la malnutrición por defecto, y la presencia de animales en el hogar.

En Cuba, en un estudio realizado a nivel de áreas de salud, por Triana, Domínguez, Álvarez y Navarro (2018), se evidenció que las infecciones respiratorias agudas tenían mayor incidencia en el grupo menores de cinco años con el 41,9%, encontrándose que las patologías con mayor incidencia fueron la rinofaringitis aguda y la bronconeumonía, se determinó además que los factores de riesgo más evidentes fueron los fumadores pasivos 55,3%, el hacinamiento 16,4%, malnutrición 1,3 y la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses 2,6%.

Por su parte, Oliva, Piloto e Iglesias (2013), al analizar la clínica epidemiológica de las IRA en niños de 0 a 14 años determinaron que las IRA altas eran las de mayor incidencia con el 88,2%, encontrando que el resfriado común presentó la mayor prevalencia en 60% de los casos, los niños de 1 a 4 años fueron los más afectados con IRA baja en un 17,1% prevaleciendo la neumonía con el 4,8%.

La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias de Argentina fue para el bienio (cada dos años) 2004-2005 de 1,27 por 1.000 nacidos vivos, superior a la de Costa Rica, Chile y Cuba e inferior a la de México y El Salvador. En Cuba, en el 2008, la tasa de incidencia de IRA para todas las edades fue de 450 por 1000 habitantes, siendo más alta para los menores de 1 año (Bosio & Arias, 2011).

En Centro América un estudio de Dubón E (2016), encontró que el hacinamiento como riesgo de contraer enfermedades respiratorias representa un factor importante para la incidencia de IRAs, demostrando que 8 de cada 10 niños, que habían contraído patologías relacionadas vivían en condiciones precarias.

El estudio edad y nivel educativo asociados al conocimiento sobre signos de alarma para infecciones respiratorias en madres adolescentes fue de corte transversal, con una muestra aleatoria de 120 madres adolescentes, a quienes se aplicó el cuestionario de Prácticas Claves sobre IRA propuesto por la OPS, el promedio de edad de las participantes fue 17 ± 1.3 años, se encontró que ser mayor de 17 años aumenta la probabilidad de reconocer por lo menos tres signos alarma.

Asimismo, las adolescentes con un mayor nivel de escolaridad tienen más probabilidad de reconocer tres signos de alarma para la enfermedad [OR: 3.2 (IC 95%: 1.5 - 6.9)], que aquellas

con menor nivel educativo, finalmente se concluyó que es importante el fortalecimiento de los programas de educación en salud para el cuidado de los niños entre esta población (Anaya, Caéz, Escolar, & Ávila, 2017).

2.1.2 Ámbito nacional

En el Ecuador las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA) representan la principal causa de demanda de atención de salud, y son responsables del 20 al 40% de las consultas externas para niños y del 12-35 % de los ingresos hospitalarios, con la presencia de brotes en población abierta e instituciones cerradas y la cuarta causa de muerte para todas las edades (Cifuentes J, 2014).

En un estudio realizado por Suqui y Garcia (2019), sobre IRAs en un Centro de Salud de la Comunidad e Pumapungo en la provincia del Azuay con 143 niños menores de 5 años, reportan que la incidencia de infecciones respiratorias agudas altas fue de 84,6% siendo la más frecuente el resfriado común con 69,4% y la faringitis con un 15,2% mientras que las infecciones respiratorias agudas bajas alcanzaron el 15,4%, con la bronquitis como patología de mayor incidencia con el 50%.

Pozo (2017), en una investigación realizada en el Hospital General Martín Icaza, de la ciudad de Babahoyo sobre factores ambientales relacionados con IRAs, reporta el 69% de IRAs altas, presentándose con mayor frecuencia casos de faringitis 37%, seguida de laringitis con 17% y sinusitis con un 15%.

Las IRAs bajas se manifestaron en el 31%, siendo la bronquitis 16% y la Neumonía 15% las de mayor incidencia, en este estudio se determina que los mayores factores de riesgo son que los niños viven con fumadores en el 55% de los casos, hacinamiento el 28%, y la contaminación ambiental en 5%.

En un trabajo de investigación realizado por Isaías (2016), sobre factores causales de enfermedades respiratorias altas en la zona de Zurmi, en la Provincia de Zamora Chinchipe, con niños menores de 12 años reportan como como media 4 años, demostrando que los niños menores de 5 años presentan características fisiológicas e inmunológicas que los hacen más susceptibles, ubicando a las IRAs entre las tres principales causas de mortalidad infantil.

En un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil, por Castro y Sánchez (2012), relacionado al conocimiento de los padres de familia sobre IRAs en niños menores de 5 años, se

determinó que tenían un conocimiento muy limitado sobre la prevención y actuación acerca del cuidado de sus niños en función de ello recomiendan brindar mayor información sobre el tema, con el propósito de elevar el nivel de conocimientos e incidir en la incidencia de la patología.

En un estudio similar sobre el conocimiento de IRA por parte de las madres, se determinó que los cambios bruscos de las condiciones ambientales, constituyen desencadenantes para la aparición de enfermedades respiratorias y síntomas, como tos, gripe, bronquitis y otras.

De acuerdo a la información disponible de 2011 a 2012, y se dio un incremento del 84% en los casos notificados como Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), convirtiéndose junto con la enfermedad diarreica aguda en uno de los más frecuentes e importantes (Cifuentes J, 2014). Se establece además que otros dos importantes factores de riesgo son la falta de higiene (lavarse las manos) y los niveles de hacinamiento, donde la prevalencia es particularmente alta, por efecto de la pobreza (Ardura G, y otros, 2015).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Infecciones respiratorias

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un grupo de enfermedades del sistema respiratorio provocadas por virus, bacterias, hongos u otros, en un periodo de incubación de 15 días, se acompañan de síntomas y signos tales como: Tos, rinorrea, congestión nasal, odinofagia, disfonía, otalgia, respiración ruidosa, disnea, que podrían estar o no acompañados de fiebre, son la primera causa de morbilidad, de consulta a los servicios de salud y de internación en la población pediátrica (Gahagan, y otros, 2016).

Las Infecciones Respiratorias Agudas IRA, se clasifican en Infecciones respiratorias altas (IRAs) e Infecciones Respiratorias Bajas (IRBs). Las IRAs, se desarrollan en las vías aéreas que van desde las fosas nasales hasta las cuerdas vocales en la laringe, incluyendo los senos paranasales y el oído medio, como se explicara con más detalle más adelante (Tamayo R & Bastart O, 2015).

Un niño puede desarrollar entre seis a doce infecciones respiratorias superiores cada año las mismas que, dependiendo de la intensidad y el compromiso del estado general, pueden ser leves, moderadas o severas, siendo estas últimas responsables de una morbi-mortalidad importante en la población pediátrica y sobre todo en lactantes y menores de cinco años (Cordero, Beltran, & Astudillo, 2015).

Las IRBs atacan a la continuación de las vías aéreas del cuerpo, esto incluye la tráquea, los bronquios, bronquiolos y alveolos, por sus características microbianas puede tener efectos sistémicos, por la inflamación y por la disminución de la capacidad funcional de los pulmones (Tamayo R & Bastart O, 2015).

Por lo que son la principal causa de la morbi-mortalidad pediátrica sobre todo en niños menores de cinco años de edad. Estadísticamente la proporción entre enfermedades leves y severas varía significativamente entre países dependiendo del nivel percapita, como también por diferencias en las etiologías específicas, factores de riesgo y severidad (Haines, Perrott, & Weir, 2006).

2.2.2. Infecciones Respiratorias Altas (IRAs)

El sistema respiratorio superior incluye la nariz, la cavidad nasal, la faringe y la laringe con área subglótica de la tráquea, el aire ingresa al sistema respiratorio a través de las fosas nasales, donde se filtra, humidifica y calienta dentro de la cavidad nasal. El aire pasa a través de la faringe, la laringe y la tráquea y luego ingresa en el sistema respiratorio inferior. La disfunción de cualquier parte del tracto respiratorio superior puede cambiar la calidad del aire inhalado y, en consecuencia, puede afectar la función del árbol traqueal y el pulmón (Ovalles & Velásquez, 2015).

Las infecciones del tracto respiratorio superior son las infecciones más comunes en la población. Son la causa principal para que los adultos falten al trabajo o los niños no vayan a la escuela, por lo tanto, tienen importantes implicaciones sociales. Van desde enfermedades leves y autolimitadas como el resfriado común, el síndrome de la nasofaringe hasta enfermedades graves y potencialmente mortales, como la epiglotitis (Torres L, Martínez P, & Portales Z, 2018).

La mayoría de estas infecciones son de origen viral y afectan más o menos a todas las partes del sistema respiratorio superior y estructuras asociadas, como los senos paranasales y el oído medio. En el Tracto respiratorio superior son comunes las infecciones como la rinitis, rinosinusitis o sinusitis, nasofaringitis, faringitis, epiglotitis, laringitis, laringotraqueítis, y traqueítis. En la mayoría de los casos, estas enfermedades son autolimitadas y se pueden controlar en el hogar (Tamayo R & Bastart O, 2015).

En general, la terapia sintomática es suficiente (analgésicos, antipiréticos, anticolinérgicos, antihistamínicos, antitusivos, agonistas adrenérgicos, corticosteroides, descongestionantes), en algunos casos también se utilizan antibióticos o alguna forma tradicional de curación. Los casos más graves o aquellos con complicaciones necesitan buscar ayuda médica

en raras ocasiones una intervención quirúrgica o la atención en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (Oliva , Piloto, & Iglesias, 2013).

2.2.1.1. Ocurrencia natural de la enfermedad

La mayoría de las infecciones del tracto respiratorio superior son causadas por virus y bacterias, que invaden la mucosa. En la mayoría de los casos, la infección se propaga de persona a persona cuando se tiene contacto directo con las secreciones generalmente con las manos o al inhalar las gotitas de los estornudos. Las infecciones bacterianas pueden ser la causa principal de las infecciones del tracto respiratorio superior, pero también pueden deberse a una infección viral (Juy A, y otros, 2004).

Los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de infecciones del tracto respiratorio superior son el contacto cercano con personas enfermas, como el que tienen los niños pequeños que asisten a la guardería o a la escuela, estar cerca de fumadores, situación que puede alterar la resistencia de la mucosa, hacinamiento, otros contaminantes, cambios bruscos de temperatura y otros factores que puedan provocar cambios del tracto respiratorio. (López C, Massip N, & Domínguez, 2014).

El tracto respiratorio está muy bien equipado para combatir todo tipo de invasores, los mecanismos de defensa incluyen defensas inmunes físicas, mecánicas, humorales y celulares. Las barreras mecánicas como el pelo en la nariz, que filtran y atrapan algunos patógenos y capas de moco son muy eficientes. Las células ciliadas con sus propiedades similares a escaleras mecánicas ayudan a transportar todo tipo de partículas hasta la faringe; de allí, son procesadas en el estómago.

La inmunidad humoral, mediante la inmunoglobulina “A” secretada localmente y otras componentes del sistema inmune que atacan a los antígenos y actúa para reducir las infecciones locales. Las células inflamatorias e inmunes (macrófagos, monocitos, neutrófilos y eosinófilos) se coordinan por medio de numerosas citoquinas y otros medios para engullir y destruir a los invasores (Pavez , Pérez, Cofré, & Rodríguez, 2019).

En caso de disminución de la función inmunitaria (heredada o adquirida), existe un mayor riesgo de desarrollar la infección del tracto respiratorio superior o prolongar el curso de la enfermedad. Se recomienda atención especial en aquellas personas con defensas insuficientes,

como los que no tienen bazo, los que tienen infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los que se someten a trasplante de células madre u órganos.

Se debe recomendar el tratamiento antimicrobiano adecuado y el seguimiento, ya que una infección simple del tracto respiratorio superior puede progresar rápidamente a una enfermedad sistémica en pacientes inmunocomprometidos (Malo, Njerrum, Lallana, Poncel, & Rabaneque, 2015).

2.2.1.2. Diagnóstico

El diagnóstico de infecciones del tracto respiratorio superior en la mayoría de los casos se basa únicamente en el reconocimiento de los síntomas y un examen físico. La clasificación de esas enfermedades se basa en las manifestaciones clínicas, como ya se mencionó. Algunas de estas enfermedades pueden ser tratadas en el hogar.

Si los síntomas son graves, tienen una duración inesperada y prolongada, o en algunas otras circunstancias, como en personas inmunocomprometidas, o durante epidemias, se necesita atención médica. El objetivo es reconocer o detectar el agente causal y, por lo tanto, permitir una terapia eficiente. En algunos casos, las técnicas de visualización e imagen ayudan en el manejo de estos pacientes. El arsenal de investigaciones para llegar al diagnóstico final es enorme (Coronel, Huerta, & Ramos, 2018).

2.2.1.3. Microbiología

Como la mayoría de las infecciones del tracto respiratorio superior son causadas por virus y como no hay terapias dirigidas para la mayoría de los virus, las pruebas virales generalmente no están indicadas, excepto en ciertas ocasiones como la sospecha de influenza o en pacientes inmunocomprometidos (Jeffers, Begue, Guzmán, & Hernández, 2015)

Jiménez y Romero (2017) aseguran que la búsqueda del tipo de infección bacteriana causante de la enfermedad debe realizarse en algunos casos. Generalmente la más frecuente es una infección estreptocócica del grupo A, especialmente faringitis, conocida coloquialmente como "estreptococo en la garganta". El estreptococo b-hemolítico del grupo A es el agente etiológico en aproximadamente el 10% de los casos de faringitis. Las características clínicas que pueden suscitar una sospecha son:

- Eritema, edema o exudados en las amígdalas o faringe
- Fiebre con una temperatura de al menos 38.3 ° C durante 24 horas.
- Ganglios linfáticos cervicales anteriores sensibles
- Ausencia de tos, rinorrea y conjuntivitis (común en enfermedades virales)
- Paciente de 5 a 15 años.
- Ocurrencia en la temporada con mayor prevalencia (invierno) (Jiménez N & Romero, 2017).

Si la sospecha clínica es alta, no es necesario realizar más pruebas y se administra un antibiótico empírico. Cuando el diagnóstico no es concluyente, se recomiendan pruebas adicionales. La prueba rápida de antígenos para el estreptococo del grupo A es rápida, ya que da resultados en aproximadamente media hora y su especificidad es satisfactoria.

Los cultivos de garganta no se recomiendan para la evaluación primaria de rutina en pacientes con faringitis o para la confirmación de pruebas de antígeno rápidas negativas. Los cultivos de garganta pueden estar indicados como parte de la investigación de los brotes de la enfermedad estreptocócica b-hemolítica del grupo A, para controlar el desarrollo y la propagación de la resistencia a los antibióticos. (Pavez , Pérez, Cofré, & Rodríguez, 2019).

En la mayoría de los pacientes con sospecha de rinosinusitis bacteriana, la búsqueda de bacterias causantes no está indicada. La búsqueda de un agente causante en la rinosinusitis puede ser necesaria si la enfermedad tiene una duración prolongada, o si se sospecha de influenza, mononucleosis o herpes simple (Ovalles & Velásquez, 2015).

La recolección de muestras para el análisis microbiológico se realiza a través de varios procedimientos: frotis de garganta, lavado nasal, frotis o aspirados para punción sinusal y aspiración, o con la ayuda de un endoscopio. Las pruebas de diagnóstico para agentes específicos son útiles cuando la terapia dirigida de infección del tracto respiratorio superior sigue el aislamiento de un microbio específico (Jiménez N & Romero, 2017).

2.2.2. Rinitis y rinosinusitis

La rinitis es una inflamación y edema de las membranas mucosas de la nariz, caracterizada por secreción nasal, estornudos, congestión, obstrucción de la respiración nasal y, en algunos casos, prurito. Sobre la base de la duración de los síntomas y los cambios de la mucosa nasal, la rinitis puede ser aguda o crónica.

La etiología incluye varias causas, y la rinitis infecciosa es solo una entre muchas (Tabla 1). Cada tipo de rinitis puede inducir un episodio asociado de sinusitis en un paciente predisuesto debido a obstrucciones en los pasajes intranasales.

Tabla 1-2 Clasificación y etiología de la rinitis

| Tipo de Rinitis | Etiología |
|-------------------------------------|---|
| Rinitis infecciosa | Virus, bacterias, hongos. |
| Rinitis vasomotora | Desequilibrio del sistema parasimpático y simpático. |
| Rinitis Ocupacional | Irritantes inhalados |
| Rinitis hormonal | Desequilibrio de estrógenos |
| Rinitis medicamentosa | IECA, β -bloqueadores, metildopa, aspirina, AINE, fentolamina, clorpromazina, penicilamina, cocaína inhalada, estrógeno, anticonceptivos orales |
| Rinitis gustativa | Alimentos calientes y picantes. |
| Rinitis alérgica | Varios alérgenos |
| Rinitis no alérgica con eosinofilia | Metabolismo anormal de la prostaglandina. |

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; AINE, antiinflamatorios no esteroideos.

Fuente: Colom y del Pino (2016)

2.2.2.1. Rinitis Viral Aguda (Resfriado Común)

La rinitis infecciosa aguda y la rinosinusitis suelen ser parte de una infección del tracto respiratorio superior, que implica a la faringe conocida como resfriado común. El rinovirus humano es responsable del 50–80% de todos los resfriados comunes y el resto está causado por el coronavirus, el adenovirus, el virus de la parainfluenza, el virus sincitial respiratorio (RSV) o el enterovirus. La incidencia del resfriado común varía según la edad.

Los niños menores de 5 años tienden a tener de 3 a 8 episodios de resfriado común por año en promedio, mientras que los adolescentes y adultos pueden tener aproximadamente de 1 a 4 episodios en un año (Menegheti, 2012).

Los pacientes suelen presentar secreción nasal, estornudos, congestión, descarga nasal mucopurulenta, sentido del olfato alterado, goteo posnasal con tos y fiebre de bajo grado. También puede haber dolor facial y presión. En ocasiones, también se presentan cefalea, erupción cutánea (con infecciones estreptocócicas del grupo A o enterovirus), síntomas gastrointestinales, mialgia y fatiga (Coronel, Huerta, & Ramos, 2018).

La rinorrea sustancial es una característica distintiva de la infección viral. Durante 2 a 3 días, la descarga nasal cambia de transparente a mate, verdosa y amarilla. Estos signos no

diferencian el ataque del virus de la infección bacteriana. Debido a la afectación faríngea, el acto de tragar podría verse perturbado de forma transitoria y dolorosa. La obstrucción nasal puede causar respiración bucal y sequedad bucal (Barry & Bernard, 2018).

Las infecciones virales generalmente son autolimitadas y se resuelven en 7-10 días. La terapia debe dirigirse a la atención sintomática, que incluye analgésicos, antipiréticos e irrigación con solución salina.

El uso de descongestionantes tópicos u orales conduce a síntomas de rebote y debe ser evitado. Se debe alentar la ingesta de líquidos para evitar deshidratación y la ingesta oral reducida. Si hay síntomas como fiebre o tos, se deben reducir las actividades físicas, porque el descanso es beneficioso en el proceso de recuperación (Menegheti , 2012).

Debido a la predisposición anatómica, la rinitis viral aguda en niños pequeños puede ir acompañada de congestión de la trompa de Eustaquio, lo que reduce la afluencia de aire en el espacio del oído medio y produce otitis media. Desde la década de 1980, hubo controversia con respecto a la terapia antimicrobiana versus la observación en niños con un diagnóstico confirmado de otitis media aguda debido a una infección aguda del tracto respiratorio superior, probablemente de origen viral.

Sin embargo, investigaciones recientes mostraron que los niños se recuperaron más rápidamente cuando fueron tratados con amoxicilina más ácido clabulánico, iniciado en el momento del diagnóstico (Hoberman, y otros, 2011; Tahtinen, Laine, Jalava, Rosenen, & Ruohole, 2011)

2.2.2.2. *Rinosinusitis bacteriana aguda*

Los síntomas persistentes de rinosinusitis aguda durante más de 10 días o el empeoramiento de los síntomas después de 5 a 7 días, secreción purulenta y fiebre de grado moderado a alto sugieren una infección bacteriana secundaria.

En los niños, los síntomas más comunes de la rinosinusitis bacteriana son tos, secreción nasal, fiebre y aliento maloliente. En pacientes con rinosinusitis bacteriana aguda, la descarga nasal es purulenta y mínima, no responde a la medicación sintomática y, ocasionalmente, se acompaña de estornudos.

La tos en la rinosinusitis está presente durante todo el día, pero generalmente es más persistente por la mañana, después de despertarse, como una reacción a las secreciones acumuladas en la faringe posterior durante la noche.

La inspección revela secreción mucopurulenta, edema y eritema de la mucosa, causas de obstrucción nasal como pólipos o desviación septal, edema periorbital en la sinusitis etmoidal y sensibilidad facial en la proyección del seno frontal y maxilar (Tamayo R & Bastart O, 2015).

La sinusitis es común en personas con infección viral del tracto respiratorio superior, pero se refiere solo a los cambios de transición en la TC. Sin embargo, está clínicamente explícito en solo alrededor de 2 a 10% de las personas con infección viral del tracto respiratorio superior.

Los patógenos principales de la sinusitis bacteriana aguda son *Streptococcus pneumoniae* y *Hemophilus influenzae*, seguidos de estreptococos hemolíticos, estafilococo aureus y anaerobios. En la última década, *S. anginosus* y *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM) han sido reconocidos cada vez más como una causa de sinusitis bacteriana en niños y adolescentes (Botting M, Mcintosh, & Mahadevan, 2018)

La TC proporciona una vista detallada de los senos paranasales, pero esta técnica no está indicada de manera rutinaria en la evaluación de la sinusitis no complicada. Si bien el hisopo nasofaríngeo no es confiable, los cultivos microbiológicos deben obtenerse mediante aspiración sinusal directa. Los cultivos guiados por endoscopia del meato medio pueden considerarse en adultos, pero su confiabilidad en niños no se ha establecido.

Debido a la falta de precisión y practicidad de los métodos de diagnóstico actuales, el diagnóstico clínico de la rinosinusitis bacteriana aguda se realiza principalmente en función de la historia y los síntomas (Chow , y otros, 2012).

La rinosinusitis bacteriana no tratada puede causar una serie de complicaciones graves: osteítis de los huesos de los senos frontales, celulitis orbitaria y propagación de bacterias al sistema nervioso central dando como resultado meningitis, absceso cerebral o infección del seno cavernoso intracraneal (Germiller, Monin, Sparano, & Tom, 2016).

Por esta razón, se debe iniciar un tratamiento antimicrobiano empírico inmediatamente después de que se establezca el diagnóstico clínico de infección bacteriana. La amoxicilina-

clavulánico es el agente antimicrobiano de primera elección, que es superior a la cobertura de amoxicilina contra el aumento de patógenos productores de β -lactamasa entre los aislamientos del tracto respiratorio superior.

Los niños con alergia a la penicilina tipo I pueden tratarse con la combinación de una cefalosporina oral de tercera generación y clindamicina. Las fluoroquinolonas se reservan para pacientes en los que el tratamiento de primera línea ha fallado (Menegheti , 2012). La duración recomendada del tratamiento antimicrobiano es de 5 a 7 días para la rinosinusitis bacteriana no complicada en adultos y de 10 a 14 días en niños.

Los corticosteroides intranasales se recomiendan como terapia complementaria en personas con antecedentes de rinitis alérgica. Deben evitarse los medicamentos de venta libre, como los descongestivos y los antihistamínicos (Hempel, y otros, 2012).

2.2.2.3. *Rinitis crónica*

La rinitis crónica suele ser una prolongación de la rinitis infecciosa o infecciosa subaguda. La humedad baja y los irritantes en el aire pueden contribuir a la inflamación prolongada. También puede ocurrir en enfermedades infecciosas crónicas, como tuberculosis, leishmaniasis, blastomycosis, histoplasmosis. Todas estas enfermedades se caracterizan por la formación de granulomas, que resultan en la destrucción de tejidos blandos, cartílago y hueso.

Los síntomas más comunes de la rinitis crónica son obstrucción nasal, secreción purulenta y sangrado frecuente. Una forma especial de rinitis es la atrófica crónica, que se caracteriza por atrofia progresiva y esclerosis de la mucosa nasal y el hueso subyacente.

La membrana mucosa cambia de epitelio cilíndrico pseudoestratificado cilado a epitelio escamoso estratificado, y la lámina propia se reduce en cantidad y vascularidad. La rinitis atrófica puede ser primaria o secundaria debido a la granulomatosis de Wegener o la extirpación excesiva de tejido nasal inducida iatrogénicamente (Manual Merck, 2018).

La rinitis atrófica primaria (también conocida como ozena) es una enfermedad de etiología poco clara que afecta predominantemente a adultos jóvenes y de mediana edad, especialmente a mujeres, con preferencia racial entre los asiáticos, hispanos y afroamericanos (Mishra, Kawatra, & Gola , 2012).

La mayoría de los pacientes son de zonas rurales o entorno industrial con alta predisposición a trastornos alérgicos o inmunológicos (Bunnag , Jareoncharsi, Tansuriyawong, Bhothisuwa, & Chantaraku, 2009), También se ha descrito esta etiología de herencia familiar por genética donde los pacientes presentan una infección bacteriana prolongada, principalmente causada por especies de *Klebsiella*, especialmente *K. ozaen*. (Silber & Barton, 1980).

Los síntomas comunes en la rinitis atrófica crónica primaria y secundaria incluyen secreciones, costra, obstrucción nasal, epistaxis, anosmia y, a veces, destrucción de tejidos blandos y cartílagos. En la literatura se han descrito diferentes modalidades de tratamiento: irrigación nasal, gotas nasales (glucosa-glicerina, parafina líquida), antibióticos tópicos y sistémicos, vasodilatadores, estrógenos, vitamina A y D pulverizados en la nariz o tomados por la boca.

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo disminuir el tamaño de las cavidades nasales y mejorar la lubricación de la mucosa nasal seca. Sin embargo, no hay pruebas de ensayos controlados aleatorios sobre los beneficios a largo plazo de diferentes modalidades de tratamiento para la rinitis atrófica (Mishra, Kawatra, & Gola , 2012).

2.2.3. Faringitis

2.2.3.1. Faringitis viral aguda

La faringitis es causada por la inflamación y la hinchazón de la mucosa faríngea. El síntoma principal de la faringitis aguda es un dolor de garganta. Otros síntomas pueden incluir fiebre, cefalea, dolor en las articulaciones y dolores musculares, erupciones en la piel y ganglios linfáticos inflamados en el cuello. La inspección revela eritema faríngeo, exudados, a veces erosiones de las mucosas y vesículas, hipertrofia amigdalina, linfadenopatía cervical anterior, conjuntivitis y erupción cutánea.

Al igual que otras infecciones respiratorias superiores, la causa más común de la faringitis aguda es una infección viral en entornos de resfriado común o gripe. Los patógenos más comunes son el rinovirus y la influenza A y B. Algunos otros virus pueden causar formas específicas de faringitis, como los enterovirus, el virus de Epstein-Barr (VEB) y el VIH (I Bru, 2017)

2.2.3.2. *Herpangina*

Herpangina es una faringitis dolorosa causada por varios enterovirus como el virus A16 de Coxsackie, el virus B de Coxsackie, el enterovirus 71, el ecovirus, el parechovirus 1, el adenovirus y el virus del herpes simple. La herpangina ocurre en todo el mundo, principalmente durante los meses calurosos, y afecta con mayor frecuencia a los bebés y niños pequeños de 3 a 10 años de edad (Wang & Liu, 2009).

La manifestación clínica incluye fiebre alta, malestar, dolor de garganta, dolor al tragar, cefalea, anorexia, emesis y, a veces, dolor abdominal. Puede simular apendicitis. Las infecciones por enterovirus pueden ir acompañadas de varios tipos de erupciones, que dependen del subtipo viral.

En casos raros, la herpangina puede estar acompañada de meningitis aséptica y síntomas neurológicos. Se caracteriza por lesiones vesiculares o ulcerativas pequeñas (menos de 5 mm de diámetro) que afectan la pared posterior de la faringe, las amígdalas, el paladar blando, la úvula y, en ocasiones, la mucosa bucal y de la lengua.

También puede haber agrandamiento de los ganglios linfáticos cervicales. El diagnóstico se basa en los síntomas clínicos, los signos físicos característicos, la edad, los datos epidemiológicos y el aspecto estacional (Chen, y otros, 2016).

El estándar microbiológico para el diagnóstico se basa en el aislamiento de enterovirus en cultivos celulares obtenidos de hisopos de la nasofaringe. Otras muestras incluyen heces, orina, suero y líquido cefalorraquídeo (LCR).

Sin embargo, los análisis de laboratorio no son necesarios en la mayoría de los casos, ya que la herpangina suele ser una enfermedad leve y autolimitada. La terapia de apoyo incluye hidratación, ingesta adecuada de calorías, actividad limitada, antipiréticos y analgésicos tópicos (Wang & Liu, 2009).

2.2.3.3. *Faringitis bacteriana aguda*

La faringitis bacteriana aguda y la amigdalofaringitis suelen aparecer durante los meses más fríos. La causa más común es el estreptococo β -hemolítico del grupo A (*S. pyogenes*), que es responsable del 15-30% de todos los casos de faringitis en niños y del 10% en adultos (Snow, Mottur P, Cooper, & Hoffman, 2011).

Se recomienda el tratamiento con antibióticos para acelerar la resolución clínica de los síntomas, y para prevenir la aparición de complicaciones no supurativas, como la fiebre reumática. Un tratamiento de antibióticos con penicilina durante 10 días es el tratamiento estándar para la amigdalofaringitis estreptocócica. Las alternativas a este estándar "de oro" son otros β -lactámicos (por ejemplo, amoxicilina, cefalosporinas), macrólidos y clindamicina.

2.2.4. Laringitis

La laringitis es una inflamación aguda o crónica de las estructuras laríngeas. La etiología incluye varias causas infecciosas y no infecciosas enumeradas en la Tabla 2. El agente causal más común de la laringitis aguda es el rinovirus.

Tabla 2-2 Clasificaciones y etiología de la laringitis

| Viral | Bacterial | Fungal |
|-----------------------|--|--------------------------|
| Rhinovirus | Hemophilus influenzae tipo B | Candida albicans |
| Influenza A, B, C | Estreptococos p-hemolíticos | Blastomyces dermatitidis |
| Adenoviruses | Moraxella catarrhalis | Histoplasma capsulatum |
| Parainfluenza viruses | Streptococos neumonia | Cryptococcus neoformans |
| VSR | Klebsiella pneumoniae | |
| Varicella-zoster | Staphylococcus aureus | |
| | Difteria {Corynebacterium diphtheriae, Corynebacterium ulcerans) Tuberculosis (Mycobacterium tuberculosis) Sífilis [Treponema pallidum] | |

Laringitis no infecciosa

Laringitis irritante por inhalación de agentes tóxicos, tabaquismo, drogas (crack), alergia, ERGE, afectación laríngea de la artritis reumatoide, LES, hipotiroidismo, edema angioneurótico

VSR, virus sincitial respiratorio; ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; LES, lupus eritematoso sistémico.

Otros incluyen influenza A y B, adenovirus, virus parainfluenza, H. influenzae tipo B, estreptococos hemolíticos b, etc. La laringitis aguda puede ocurrir como una infección aislada o, más comúnmente, como parte de una infección viral o bacteriana en el tracto. Comienza con ronquera (de leve a completa pérdida de la voz), dolor al tragar o hablar, tos seca y edema laríngeo

de diversos grados; la fiebre y el malestar son comunes. Los síntomas generalmente se resuelven en 7 días.

En la laringitis crónica, la ronquera suele ser el único síntoma que persiste durante más de tres semanas. Cuando la presentación clínica se encuentra entre el subtipo agudo y crónico, a veces puede ser de utilidad clínica clasificarlo como subagudo (Tamayo R & Bastart O, 2015).

El procedimiento de diagnóstico comienza con una historia completa de la enfermedad que incluye la cronicidad de la enfermedad, los datos epidemiológicos, la exposición a humos e irritantes ambientales, la medicación y los hábitos de fumar. En la laringitis aguda, la laringoscopia indirecta revela cuerdas vocales hemorrágicas rojas, inflamadas y, en ocasiones, con bordes redondeados y exudados.

El examen físico también debe incluir la orofaringe, la tiroides y los ganglios linfáticos cervicales. La laringitis micótica crónica causada por *C. albicans*, que es un efecto secundario común de los esteroides inhalados, se caracteriza por múltiples parches de mucosa blanquecina que se extienden en la epiglotis y orofaringe. Los hallazgos de laboratorio (recuento de glóbulos blancos, proteína C reactiva) pueden ser una ayuda para distinguir virus de infección bacteriana (Wong, Pace, Wu, & Morrison, 2009).

Si existe una sospecha sobre una causa bacteriana o micótica, deben obtenerse exudado laríngeo e hisopo orofaríngeo para los cultivos. La prueba de detección rápida de antígenos también es útil en la determinación de infecciones bacterianas. El diagnóstico de la difteria requiere un cultivo positivo a partir de la secreción del tracto respiratorio y un análisis positivo de toxinas.

La duración de la ronquera es importante en el diagnóstico diferencial. Hay ronquera aguda en la fiebre del heno, inhalación aguda de gases tóxicos e irritantes, aspiración de sustancias químicas cáusticas, aspiración de cuerpo extraño y edema angioneurótico, además de laringitis infecciosa aguda.

El diagnóstico diferencial de la ronquera crónica incluye numerosas enfermedades, la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), la rinosinusitis crónica con síndrome sinobronquial, la afectación laríngea en la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico (LES), e hipotiroidismo (Wong, Pace, Wu, & Morrison, 2009).

2.2.5. Enfermedad crup

En la época anterior a la vacunación, el término "croup" era un sinónimo de difteria. Hoy en día, esta palabra se refiere a una serie de enfermedades respiratorias que se caracterizan por diversos grados de estridor, tos seca y ronquera debido a la obstrucción en la región de la laringe (Cherry, 2008). Este grupo de enfermedades afecta a bebés y niños menores de 6 años de edad con una incidencia máxima entre los 7 y 36 meses (Segal, Crighton, Moineddin, Mandani, & Upshur, 2005)

Los factores del hospedador, especialmente los factores alérgicos, parecen ser importantes en la patogénesis (Welliver, 2005). Las enfermedades del crup son causadas con mayor frecuencia por los virus de parainfluenza, seguidos por el virus de la influenza A, VSR, el virus del sarampión, el adenovirus y el rinovirus.

En algunos casos, como la bronconeumonitis laringotraqueal y la traqueítis bacteriana, la característica del crup se debe a una infección bacteriana secundaria, particularmente de *S. aureus*. De acuerdo a Noriega y López (2018), los síntomas y signos, las enfermedades del crup se dividen en tres entidades clínicas:

- 1) Crup espasmódico: inicio nocturno repentino de estridor y tos de ladridos, sin fiebre, sin inflamación, presentación no tóxica.
- 2) Una laringotraqueobronquitis linda: ronquera y tos de ladridos, estridor mínimo a severo, fiebre alta, presentación tóxica mínima.
- 3) Laringotraqueobronquitis, laringotraqueobronconeumonitis y traqueítis bacteriana, ronquera y ladridos de la tos, estridor severo, fiebre alta, presentación típicamente tóxica, y la infección bacteriana secundaria es común.

El tratamiento de la laringitis aguda depende de la gravedad de la enfermedad y del grado de compromiso de la vía aérea. La laringitis viral aguda más común por lo general es autolimitada y solo requiere tratamiento de apoyo, como analgésicos, mucolíticos, reposo, aumento de hidratación, los antibióticos son necesarios solo cuando se sospecha una infección bacteriana. (Reveiz, Cardona, & Ospina, 2007)

Los pacientes con algún grado de compromiso de la vía aérea, especialmente aquellos que sufren de difteria y otras enfermedades de "croup", requieren atención especial. Además, los pacientes con un factor de riesgo subyacente que limita la vía aérea, como la estenosis subglótica

o la parálisis de las cuerdas vocales, pueden desarrollar una obstrucción grave de la vía aérea incluso en entornos de inflamación leve de las estructuras laríngeas.

Los corticosteroides deben administrarse en todos los pacientes con posible compromiso de la vía aérea, y las vías respiratorias deben monitorearse estrechamente para evaluar la necesidad de traqueotomía.

Los pacientes que se sospecha que tienen difteria, deben ser hospitalizados y se les debe administrar antitoxina y antibiótico diftérico (penicilina o eritromicina). Deben estar aislados para evitar exponer a otros a la infección (Fitzgerald, 2016).

La antitoxina diftérica es un paso crucial del tratamiento, y debe administrarse lo antes posible, sin esperar los resultados del cultivo. En casos graves de obstrucción de las vías respiratorias, cuando el paciente no puede respirar por sí solo, puede ser necesario insertar un tubo de respiración y traqueotomía (OMS, 2011).

El tratamiento de las enfermedades del crup que no sean la difteria se basa en los corticosteroides (dexametasona intramuscular 0,6 mg / kg). En casos severos, se han usado tratamientos repetidos con epinefrina y con frecuencia disminuyó la necesidad de intubación (Fogel, Berg, Gerbe, & Sherter, 2012)

Dado que los tipos más graves de enfermedades del crup se asocian con una infección bacteriana secundaria debida a *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* o *Moraxella catarrhalis*, los antibióticos deben administrarse después de que se hayan obtenido los cultivos. La mayoría de los niños con este tipo de crup severo requieren la colocación de vías respiratorias mecánicas y el tratamiento en una unidad de cuidados intensivos (Tamayo R & Bastart O, 2015).

La laringitis tuberculosa crónica es casi siempre una complicación de la tuberculosis pulmonar activa y requiere el mismo régimen de medicamentos antituberculosos que la tuberculosis pulmonar. Dado que es altamente contagioso, el diagnóstico rápido y el tratamiento adecuado son críticos. La laringitis fúngica suele aparecer en pacientes inmunocomprometidos y el tratamiento se basa en fármacos antimicóticos sistémicos.

En individuos inmunocompetentes, la laringitis por hongos a menudo se asocia con el uso regular de corticosteroides inhalados para el control del asma. Se debe recomendar a los pacientes

que se enjuaguen la boca antes y después de la inhalación, y la dosis de corticosteroide debe reducirse siempre que sea posible (Tamayo R & Bastart O, 2015).

2.2.6. Intervención Educativa en salud.

Para hacer frente a las altas tasas de mortalidad infantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) diseñaron una estrategia llamada Gestión Integrada de Enfermedades Infantiles. Dicha estrategia promueve una visión sistémica e integral de los niños, incluidos los componentes del cuidado y el control de las enfermedades más prevalentes durante la infancia. (OMS , 2017).

Tanto la OPS (2017) como la OMS (2017) clasificaron las muertes por neumonía en tres tipos básicos: muertes por profesionales de la salud o por negligencia médica de los servicios, ya sea en la etapa de identificación o tratamiento, muertes por no buscar servicios de salud o retrasar la búsqueda de ayuda debido a un retraso en la realización de la gravedad; muertes que ocurren en el hogar en las que no se consulta a los servicios de salud ni a los profesionales debido a la falta de reconocimiento de la gravedad de la enfermedad.

Según la OPS (2017), las estrategias para controlar las IRA que ofrecen beneficios inmediatos a los niños en los países en desarrollo son: a) tratamiento adecuado de los casos: clasificación temprana de la gravedad de la infección por parte de las familias y los trabajadores en la atención primaria; uso de terapia antimicrobiana; b) mejora de los conocimientos, la conducta y las prácticas de cuidado infantil por parte de las madres y las familias a través de su participación directa en las intervenciones educativas.

Algunos estudios identifican una relación cercana entre la morbilidad y la mortalidad debida a las IRA y el escaso conocimiento de las familias sobre la enfermedad y la calidad de la atención brindada en el hogar, que exigen acciones de educación de salud adecuadas a las características de los cuidadores, promoviendo la atención que necesitan los niños, el reconocimiento temprano de los signos y síntomas de la enfermedad. (Sigaud, 2013; Prado & Fujimori, 2006)

Otro estudio sobre el conocimiento materno relacionado con la atención domiciliaria proporcionada a los niños con IRA reveló que solo una pequeña parte de las madres identificó el "suministro creciente de líquidos" o "alimentación", un aspecto importante para el cuidado de los

niños con IRA, a pesar de que estos se reconocen como acciones de cuidados esenciales en la recuperación de niños con este tipo de enfermedad (Sigaud, 2013).

Dada la importancia del proceso de comunicación en la educación para la salud, la caracterización y el análisis de este proceso durante las consultas pueden contribuir a la evaluación de las acciones educativas en el cuidado infantil. Se ha establecido, que las instrucciones proporcionadas a las madres con respecto a la atención brindada en el hogar a niños con IRA no siguen una norma, por lo tanto, la orientación es variable e incompleta.

Por lo que Carvalho y Veríssimo (2011), aseguran que, los conceptos de los profesionales relacionados con la práctica educativas deben revisarse para establecer una comunicación participativa entre profesionales y cuidadores, compartiendo el conocimiento en un enfoque emancipatorio para promover el control de las familias en relación con el continuo de salud-enfermedad.

El proceso educativo de los profesionales de la salud debe incluir oportunidades para aprender competencias y habilidades para la educación para la salud, considerando la comunicación como una acción de cuidado para promover el intercambio que apoye los proyectos hacia una mejor calidad de vida.

Teniendo en cuenta el papel central que desempeñan la promoción de la salud y la educación en la atención primaria de salud y también que tales acciones no ocurren por separado de un proceso comunicativo dialógico, es esencial incluir este tema y estrategias de intervención en los planes permanentes de salud preventiva. Vinculados a los procesos educativos de los profesionales del sistema de atención primaria de salud.

2.2.7. Resultados del estudio de línea de Base.

Se propone como línea de base para este estudio el trabajo de investigación realizado por Guzmán Pinos (2016), cuyo objetivo general es el de diseñar una estrategia educativa para la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas dirigida a 45 padres de familia de los niños del Centro Infantil de Buen Vivir “Morete Sisa”, durante el período 2015 a 2016.

Para el efecto, se procede a realizar una encuesta que permite concretar los siguientes objetivos: se caracteriza socio demográficamente a la población y se determinan las prácticas de salud que maneja la comunidad, se identifican los conocimientos de los cuidadores sobre las IRAs, para luego correlacionarlos con las variables antes mencionadas.

De la investigación se obtuvieron los siguientes resultados relevantes: el grupo etario predominante de padres de familia fue el comprendido entre los 20 a 29 años con el 55%. Se encontró un predominio de tres madres por cada padre estos es el 75% mujeres y el 25% hombres. En cuanto al nivel de instrucción el 40% tenía bachillerato, 20% educación de tercer nivel, otros porcentajes representan datos ambiguos en los que se habla de escolaridad incompleta.

Con respecto a la higiene, se reporta en el trabajo de Guzmán Pinos que el 52,5% de los encuestados aseguran manejar prácticas adecuadas para lavarse las manos y el 47,5% afirmaron no hacerlo adecuadamente. Al evaluar los conocimientos generales sobre IRAs, el 95% no alcanzo los niveles básicos requeridos, solamente 2 (5%) de las 40 personas demostraron tener conocimientos satisfactorios.

Sobre el conocimiento de la importancia de la lactancia materna, como factor protector de las IRAs, lo reconocen así el 87,5% de los encuestados, el 45% consideran que a través de ella se fortalecen las relaciones afectivas madre –hijo, 22,5% indica que interviene en las infecciones y 12% que contribuye a la economía del hogar.

Con respecto al cruce de variables, que el estudio descrito considera como evidencia del efecto de la aplicación de la intervención d educación en salud, se reporta para la relación de las variables sexo vinculado al nivel de conocimientos que es estadísticamente demostrable con P valor de 0,4.

En la relación de los conocimientos sobre IRAs y el nivel escolar se determina una valor de 0,54, considerando la autora que existe una asociación estadísticamente demostrable y finalmente en la relación del nivel de conocimientos relacionados con la higiene en lavado de manos, con P valor de 0,94, lo que indico, que no hay una asociación estadísticamente demostrable.

Con respecto a este análisis, resulta difícil determinar cuáles fueron los fundamentos que posibilitaron llegar a estas conclusiones, considerando que no se ha planteado, ya que no demuestra la Hipótesis planteada en la investigación que hace referencia a lo siguiente; si se diseña una estrategia educativa dirigida a ofrecer conocimientos a los padres de familia, disminuirá la morbilidad de Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”.

Con los resultados obtenidos y en base a las necesidades que la autora de la investigación considera los más apremiantes para la comunidad se estructura las estrategias de intervención. De acuerdo a lo propuesto en la investigación, se basa en el trabajo grupal y en el papel de los aprendizajes colectivos organizados y conducidos por un facilitador, que en este caso fue la médica familiar comunitaria.

Se asegura que el diseño de la estrategia de intervención parte de una estructura científica con bases teóricas que se plantean en los diferentes elementos que la componen. Se proponen a continuación los objetivos de intervención educativa mencionados en la propuesta, cuyo propósito general es contribuir al fortalecimiento de los conocimientos de los padres del CIBV sobre las infecciones respiratorias.

Se procede a concientizar a los padres de los niños sobre sus responsabilidades en el cuidado de sus hijos con respecto a las IRAs se les explica la importancia de la prevención y el cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias para atenuar la incidencia de las afecciones.

Se da a los encargados las herramientas necesarias para que sean capaces de identificar los signos de alarma y evitar complicaciones posteriores y finalmente motivar el trabajo mancomunado entre todos los actores responsables del cuidado y protección de los menores.

La intervención educativa fue planteada en tres fases, a saber:

Fase 1: Fase de planeación o de descripción de las problemáticas en la que se realiza la identificación de problemas partir de la aplicación de los instrumentos de recolección de información.

Fase 2: Diseño de las acciones contenidas en la estrategia propuesta.

La estrategia se desarrolla en seis sesiones de trabajo. Cada estrategia se trabajó con los siguientes elementos: Tema, contenidos, objetivos de cada sesión, métodos y técnicas a utilizar, recursos humanos, materiales y de soporte para el desarrollo de las sesiones, tiempo de duración de las sesiones, metas, propuesta para el desarrollo de las sesiones de trabajo.

Tema 1: Generalidades de las Infecciones Respiratorias Agudas

Tema 2: Clasificación de las Infecciones Respiratorias Agudas

Tema 3: Complicaciones de las Infecciones Agudas de las vías Respiratorias Altas no tratadas.

Tema 4: Prevención de las IRAS. Cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias.

Tema 5: Signos de peligro y conducta a asumir por la familia en las Infecciones Respiratorias Agudas.

Tema 6: Importancia de la relación institucional y familiar.

Fase 3: Evaluación de la estrategia educativa propuesta.

La valoración de la estrategia de intervención se basó en los siguientes procedimientos

a) Evaluación permanente durante cada sesión de trabajo.

- Aplicación de un instrumento breve para evaluar nivel de satisfacción en la última sesión de trabajo.
- Aplicación del cuestionario de diagnóstico de las problemáticas iniciales posterior a 3 meses de aplicada la estrategia.

b) Evaluación de indicadores de motivación:

c) Evaluación con los indicadores de Cambio

En este punto recién se realiza la evaluación de la disminución del nivel de incidencia de las IRAs en los niños menores de cinco años a través de los resultados obtenidos en el RDACCA. De lo propuesto se establece que la estructura de la intervención está estructurada de forma adecuada, sin embargo.

Las estrategias que se emplearon para esta investigación partieron de las necesidades encontradas al momento de esta evaluación por lo que, se aplicaron algunas estrategias del trabajo base y otras nuevas en función de requerimientos de los padres y niños del CIVB “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo.

2.3. Glosario de términos

Atención primaria en salud. - Estrategia para la organización y la gestión del sistema de salud que tiene como objetivo garantizar el acceso universal a unos servicios sanitarios mínimos mediante una distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria y la implicación de las políticas de otros sectores.

Comorbilidad. - Dos o más enfermedades o afecciones que ocurren al mismo tiempo, como depresión y ansiedad.

Criterio centor.- Los criterios de Centor se han desarrollado para predecir la infección bacteriana en el dolor de garganta agudo. Los cuatro criterios de Centor son: presencia de exudado de amígdalas, linfadenopatía cervical anterior sensible o linfadenitis, antecedentes de fiebre y ausencia de tos.

Desinfección. - Un proceso que elimina todos los microorganismos patógenos viables (distintos de las esporas bacterianas) de los objetos inanimados.

Entorno de salud. - Contexto en el que se proporciona atención médica (por ejemplo, hospital, clínica ambulatoria u hogar)

Higiene de manos. - Un término general que se aplica al lavado de manos, el lavado antiséptico de manos, el frotamiento antiséptico de manos o la antisepsia quirúrgica de manos.

Higiene respiratoria. - La práctica de cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar (usar una máscara médica, una máscara de tela, pañuelos, una manga o un codo flexionado), seguida de la higiene de las manos, para reducir la dispersión de las secreciones respiratorias que pueden contener partículas infecciosas.

Infección Respiratoria Aguda (IRA). - IRA se define como cualquier enfermedad infecciosa del tracto respiratorio superior o inferior. Las infecciones del tracto respiratorio superior (IRAs) incluyen el resfriado común, la laringitis, la faringitis / amigdalitis, la rinitis, la rinosinusitis / sinusitis y la otitis media. Las infecciones del tracto respiratorio inferior (IRBs) incluyen bronquitis, bronquiolitis, neumonía.

Transmisión aerotransportada. - La propagación de un agente infeccioso causado por la diseminación de núcleos de gotitas que permanecen infecciosos cuando se suspenden en el aire a través de largas distancias y tiempo. La transmisión aérea puede clasificarse aún más en transmisión aérea obligatoria o preferencial

Transmisión de contacto. - La propagación de un agente infeccioso causado por el contacto físico de un huésped susceptible con personas u objetos. La transmisión por contacto directo implica un contacto directo de la superficie corporal y la transferencia física de microorganismos entre una persona infectada y un huésped susceptible. La transmisión de contacto indirecto implica el contacto de un huésped susceptible con un objeto intermedio contaminado

Transmisión de gotas. - La propagación de un agente infeccioso por la diseminación de gotitas. Las gotitas se generan de una persona infectada (fuente) durante la tos, el estornudo y el hablar. La transmisión ocurre cuando estas gotitas que contienen microorganismos son impulsadas (generalmente <1 m) a través del aire y se depositan en la mucosa

2.4. Identificación de variables

Variable Independiente

Estrategia de Intervención

Variable Dependiente

Incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas altas en los niños del CIBV.

2.5. Operacionalización de variables

| Variable | Definición | Indicador | Valor Final | Tipo de variable |
|---|---|---|--|----------------------|
| Variable Independiente | | | | |
| Estrategia de Intervención para reducir las Infecciones Respiratorias Agudas altas en los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” | Conjunto de actividades propuestas en forma sistémica orientadas a el mejoramiento de los conocimientos de los padres y cuidadoras del Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” para la prevención de IRA altas. | Nivel de conocimientos adquiridos por padres y cuidadoras de los niños menores de 5 años, CIBV “Corazones Abiertos” para la prevención de IRA altas como resultado de la aplicación de una guía de intervención educativa replicada de la Propuesta de estrategia educativa sobre infecciones respiratorias agudas altas dirigida a padres presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH por la Dra María Fernanda Guzmán Pinos (2016) | SI mejora NO mejora | Categórica / Nominal |
| Lavado de manos | Antisepsia de manos por frotación | Proceso para mantener limpias las manos referido par el participante en el momento de la investigación | a) Si se lavan las manos b) No se lavan las manos a) =1 Punto b) = 0 Puntos | Categórica nominal |

| | | | | |
|---|---|---|--|-------------------|
| Frecuencia del lavado de manos | repetición menor o mayor del lavado de manos | Repetición mayor o menor la actividad descrita por el participante en el momento de la investigación | <p>a) Rara vez b) Una vez al día c) Dos veces al día d) Tres veces al día</p> <p>a), b), c) = 0 puntos d) = 1 punto</p> | Categoría nominal |
| Práctica higiénica de lavado de manos | Procedimiento por medio del cual se asean las manos con base en las reglas de asepsia. | Técnica utiliza que utiliza para el aseo de las manos. | <p>a) Buena b) Regular c) Mala</p> <p>a) 1 Punto b) y c) = 0 puntos</p> | Categoría nominal |
| Conoce sobre las ventajas de la Lactancia Materna | Beneficios de la alimentación con leche materna | Conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna descrito por el participante en el momento de la investigación | <p>a) Previene las infecciones. b) Tiene todos los nutrientes que el niño necesita. c) Ayuda a ahorrar dinero. d) Crea un lazo afectivo. e) Todas son verdad.</p> <p>a), b), c), d) = 1 punto por cada una e) cuatro puntos</p> | Categoría nominal |
| Conoce sobre las vías de Transmisión de infecciones respiratorias altas | Paso de una enfermedad de un individuo o grupo infectado a un individuo o grupo en particular que incluye varias enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior. | Conocimientos sobre transmisión de infecciones respiratorias altas de los participantes en el momento de la investigación | <p>a) Contacto Indirecto: con un objeto contaminado d) Contacto Directo: por ejemplo, dar la mano para saludar. c) Gotitas que genera una persona mediante la tos, el estornudo, al hablar</p> | Categoría nominal |

| | | | | |
|---|---|--|--|--------------------------|
| | | | <p>d) Transmisión por aire</p> <p>a), b), c), d) 1 punto por cada una total 4 puntos</p> | |
| <p>Conoce el tiempo de evolución de las infecciones respiratorias</p> | <p>Clasificación según tiempo de evolución de la enfermedad</p> | <p>Conocimientos sobre clasificación según tiempo de evolución de la enfermedad de los participantes en el momento de la investigación</p> | <p>a) Más de 15 días b) Menos de 15 días</p> <p>a) = 1 punto b) = 0 puntos</p> | <p>Categoría nominal</p> |
| <p>Conoce sobre los Signos y síntomas más frecuentes de las IRA Altas</p> | <p>Referencia subjetiva y objetiva que da un individuo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad</p> | <p>Conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de las IRA Altas de los participantes en el momento de la investigación</p> | <p>a) Tos b) Dolor de garganta c) Secreción nasal d) Fiebre e) Dolor abdominal f) Dolor de oído c) Diarrea con sangre d) Pérdida de peso e) No conozco sobre el tema</p> <p>a), b), c), d) o más cada un 1 punto hasta cuatro puntos e) 0 puntos</p> | <p>Categoría nominal</p> |
| <p>Conoce los signos y síntomas de alarma de las IRA</p> | <p>Referencia subjetiva y objetiva que da un individuo de la percepción que reconoce como anómala de una enfermedad grave</p> | <p>Conocimientos sobre los Signos y síntomas de alarma de las IRA descrita por los participantes en el momento de la investigación</p> | <p>a) Respiración rápida b) Fiebre alta c) Piel morada d) Dificultad para respirar e) no conozco sobre el tema</p> | <p>Categoría nominal</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|--------------------|
| | | | a), b), c), d) o más cada un 1 punto hasta cuatro puntos e) 0 puntos | |
| Conoce cuales son las posibles complicaciones de las IRA altas | Proceso o evento mórbido que ocurre durante el curso de una enfermedad, pero que no es una parte esencial de ella. | Conocimientos sobre las complicaciones de las IRA descrita por los participantes en el momento de la investigación | a) Sordera b) Dolor de muela c) Fiebre permanente d) Bronquitis/ neumonía e) Sinusitis f) Mastoiditis g) No existen complicaciones h) No conozco sobre el tema a), b), c), d) o más cada un 1 punto hasta cuatro puntos g), h) = 0 puntos | Categórica nominal |
| Conocimiento de los representantes legales y educadoras sobre reducir las IRA altas en los niños del CIBV | Nivel de conocimiento alcanzados por los representantes legales sobre medidas de prevención de las IRAS y signos de alarma | Calificación obtenida de las respuestas sobre preguntas referentes al conocimiento de acciones de prevención para las IRAS en las encuestas realizadas. | Satisfactorio (18 puntos hasta 24) No satisfactorio (menos de 18 puntos) | Categórica/nominal |

| Variable | Definición | Indicador | Valor Final | Tipo de variable |
|---|---|--|--|-----------------------------|
| Variable Dependiente | | | | |
| Incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas altas en los niños del CIBV. | Reporte de nuevos casos de Infecciones respiratorias agudas altas en los niños del CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo durante el 2017. | Atenciones médicas por IRA alta aguda en niños CIBV “Corazones Abiertos” registradas en el sistema RDACAA con el código CIE 10 (J00-J06) catalogadas como primera consulta durante el 2018 | -Con Infección Respiratoria Aguda Alta -Sin Infección Respiratoria Aguda Alta | Categoría/nominal |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento hasta el momento de la realización de la investigación | Cálculo realizado con la fecha de nacimiento registrada en el documento de identidad hasta la fecha en la que participaron de la investigación los padres y promotores (Años cumplidos) | Edad en años | Numérica en escala de razón |
| Sexo | Caracteres sexuales fisiológicos secundarios. | Sexo corroborado en el documento de identidad | Hombre Mujer | Categoría/ nominal |
| Etnia | Comunidad humana que comparte un conjunto de rasgos de tipo sociocultural. | Grupo cultural al que las personas que participan en la investigación manifiesta que pertenece | Indígena Mestizo Afro ecuatoriano Otros | Categoría/ nominal |
| Ocupación | Oficio de una persona independientemente del tipo de estudio que hubiese recibido. (Funciones desempeñadas). | Ocupación descrita en por el participante en el momento de la participación en la investigación | Agricultor Ama de casa Empleado público Empleado privado | Categoría/ nominal |

| | | | | |
|---|--|---|--|------------------------|
| Instrucción | Grado más elevado de estudios adquiridos. | Nivel de instrucción formal registrado en el Ministerio de Educación. | Ninguna Básica Bachillerato Superior Ninguna | Categórica/ nominal |
| Información recibida sobre IRA Agudas, por personal de salud | Captación de información emitida por personal de salud | Conocimientos sobre las IRA emitida por el personal de salud descrita por los participantes en el momento de la investigación | Si No | Categórica nominal |
| Nivel de satisfacción por la información emitida por el personal de salud | Sentimiento de bienestar al cubrir la necesidad de información sobre IRA | Conocimientos sobre nivel de satisfacción sobre información de IRA descrita por los participantes en el momento de la investigación | Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho | Categórica nominal |

2.6. Matriz de consistencia

| Problema general | Objetivo General | Hipótesis General | Variables | Indicadores | Técnica | Instrumento |
|---|--|---|---|---|---------------------------|---------------------------|
| ¿La Aplicación de la estrategia de intervención educativa, mejora los conocimientos de los representantes legales y educadoras; reduciendo la incidencia de las IRA Altas en los niños del CIBV “¿Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo, cantón Tena? | Aplicar la estrategia de intervención educativa dirigida a representantes legales y educadoras para la reducción de la incidencia de IRA altas de los niños del CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo, cantón Tena en el periodo noviembre 2018- abril 2019. | La aplicación de la estrategia de intervención educativa dirigida a representantes legales y educadores reduce la incidencia Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo del cantón Tena. | Variable independiente: Estrategia de Intervención Educativa. | Nivel de conocimientos adquiridos por padres y cuidadoras de los niños menores de 5 años, CIBV “Corazones Abiertos” para la prevención de IRA altas | Encuesta | Cuestionarios de encuesta |
| | | | Variable dependiente: Incidencia de IRA altas en los niños del CIBV “Corazones Abiertos” | Atenciones médicas por IRA alta en niños CIBV “Corazones Abiertos” registradas en el sistema RDACAA | Observación | Sistema RDACAA |
| | | | Datos Sociodemográficos Conocimientos sobre las IRA emitida por el personal de salud descrita por los participantes Conocimientos sobre nivel de satisfacción sobre información de IRA descrita por los participantes en el momento de la investigación | Encuestas | Cuestionarios de encuesta | |

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Se trata de un estudio de diseño analítico, de corte longitudinal, cuasi experimental que se realizará en el Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos”, ubicado en la parroquia Puerto Napo en el periodo noviembre 2018 a mayo 2019 para mejorar el conocimiento sobre acciones de prevención e incidencia e Infecciones Respiratorias Agudas Altas y así reducir estas en los niños.

3.2. Método de investigación

Dentro del grupo de los métodos del nivel teórico se utilizaron los siguientes:

- Método Histórico Lógico, utilizado cuando se revisan los antecedentes del problema y se ordenan de forma cronológica las investigaciones sobre el tema.
- Método Analítico Sintético, usado a partir de las operaciones del pensamiento, para analizar de forma particular y luego general, los diferentes aportes de las investigaciones realizadas.
- Método Deductivo, porque se parte del razonamiento hipotético deductivo para transitar de lo general a lo particular en el estudio del fenómeno.

3.3. Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación es mixto (cuantitativo y cualitativo).

3.4. Alcance de la investigación

El alcance de la presente investigación es de tipo aplicativo y correlacional ya que por medio de la aplicación de una intervención se dio respuesta a los cuestionamientos y factores relacionados con el conocimiento sobre IRA Altas que tenían los padres y cuidadoras de los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” a propósito de las necesidades de la población objetivo.

3.5. Población de estudio

El universo de estudio es de 85 personas que representa al total de representantes legales y educadoras de los niños menores de 5 años que pertenecen al CIBV “Corazones Abiertos” en el periodo en que se desarrollara la investigación.

3.6. Unidad de análisis

Tutor Legal y cuidadoras de un niño menor de cinco años, pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo, cantón Tena.

3.7. Selección de la muestra

Todos los representantes legales y cuidadoras registrados en el CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo del cantón Tena

3.7.1. Criterios de inclusión

- Representante legal con el niño registrado (matriculado) en el CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo.
- Los sujetos de estudio estarán constituidos por adultos mayores de 18 años padres (padre o madre), abuelos, tíos, u otros (tutores legales) y cuidadoras de tiempo completo pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo.
- Consentimiento informado del representante legal y cuidadoras para la participación en el estudio.
- Asistencia a la totalidad del proceso de intervención

3.7.2. Criterios de exclusión

- Cualquier indisposición ideológica, cultural o religiosa que le impida participar
- Cualquier discapacidad física y/o mental que invalide la intervención

3.8. Tamaño de la muestra

Se consideran los 85 representantes legales y cuidadoras de los niños menores de cinco años pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia puerto Napo.

3.9. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos durante la investigación fueron: La observación de los registros de las atenciones médicas por IRA alta en niños pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos” del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACAA.

Para el efecto se determinaron los datos de incidencia de IRAs, morbilidad, fechas de atención y diagnóstico, considerando únicamente a los niños menores de 5 años que asisten al CIBV de la parroquia Puerto Napo. Los datos sistematizados fueron los de siete meses antes de la intervención y los datos registrados durante los siete meses de la intervención.

Se utilizó la técnica de la encuesta, para obtener información socio-epidemiológica de la población en estudio, el nivel de conocimiento de los representantes legales y cuidadoras de los niños menores de cinco años sobre IRA alta, la información recibida del personal de salud durante las consultas médicas, y el nivel de satisfacción de acuerdo a la información recibida.

3.9.1. Fuente de Información Primaria

Los datos primarios se recogieron directamente mediante el llenado de una encuesta previo consentimiento informado, a través de un cuestionario, elaborado en base a la propuesta de estrategias educativas sobre IRA alta dirigida a cuidadores de los CIBV, presentada por el Instituto de Postgrado y Educación Continua de la ESPOCH, a través de la investigación de Guzmán Pinos (2016).

Para el efecto se dividió al grupo en dos bloques de 38 y 47 personas cada uno, considerando la disponibilidad de tiempo de los participantes, así como la distribución de las viviendas, previa la aplicación de la encuesta, se realizó a los niños una evaluación médica integral con seguimiento cada dos meses, durante 6 meses, los datos fueron ingresados al sistema RDACAA, para ir evaluando los efectos de la intervención educativa.

3.9.2. Fuentes de Información Secundaria

El análisis documental, se realizó mediante la búsqueda de bibliografía tanto nacional como internacional sobre los factores predisponentes de IRA, además de efectividad de las intervenciones educativas para mejorar conocimientos sobre este problema, esta búsqueda se basó en bibliografía de los últimos 5 años, formulando la pregunta PICO utilizando buscadores

como Pub Med, búsqueda avanzada, en los que se truncó términos, se colocó etiquetas como [ti], [tiab], [mh], [au], Bireme, BSV, Tripdatabase, Elsevier, Cielo.

Datos estadísticos del departamento de estadística de la unidad de salud Puerto Napo, departamento de estadística del distrito (15D01), como también del instrumento usado en atención primaria denominado Análisis Situacional Integral en Salud (ASIS) del establecimiento Satelital.

3.10. Instrumentos de recolección de datos y análisis estadístico

La información de Incidencia de IRA alta con prevalencia en los niños menores de cinco años se recopiló a través de tablas estructuradas en base a los datos proporcionados por el Sistema RDACAA de los niños menores de 5 años pertenecientes del CIBV “Corazones Abiertos de la parroquia Puerto Napo.

Los datos sociodemográficos, de conocimiento de los representantes legales y cuidadoras sobre IRA alta, de la información recibida del personal de salud durante las consultas médicas, y del nivel de satisfacción de acuerdo a la información recibida, se obtuvieron a través de un cuestionario de encuesta estructurado con 19 preguntas distribuidas de la siguiente manera:

Cinco preguntas iniciales sobre aspectos sociodemográficos, nueve preguntas sobre el conocimiento de IRA Alta, a las que se les asignó puntajes de 1 a 4 puntos dependiendo de las respuestas, sumando un total máximo de 24 puntos y una ponderación de 21 a 24 puntos como un conocimiento satisfactorio de 20 a 16 y menos de 16 puntos como conocimiento no Satisfactorio. Una pregunta que establece si ha recibido o no información sobre IRA y una pregunta que mide el nivel de satisfacción sobre la información recibida.

La información se sistematizó a través de tablas en las que se propusieron frecuencias absolutas y porcentajes a través del programa de estadística SPSS versión 2.1 con el que se aplicó la prueba no paramétrica de chi cuadrado de independencia para determinar si existía una asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de percepción de satisfacción de los conocimientos que tenían los cuidadores previa la aplicación de la estrategia integral de intervención.

Para la comprobación de la hipótesis se midió la incidencia de IRAs con los datos obtenidos del RDACAA, se estableció el nivel de morbilidad y diagnóstico con la Información de los registros del mismo sistema para ello se estructuraron tablas de frecuencias absolutas y porcentajes, para un mejor análisis e interpretación se realizaron gráficos estadísticos.

La comprobación del Impacto de la propuesta se realizó a través de la comparación de los datos de morbilidad antes y después de la aplicación de la estrategia integral de intervención, a la que se le aplicó el estadístico de McNemar Bowker que es una prueba no paramétrica de comparación de proporciones para dos muestras relacionadas en el tiempo.

Se realizó un ejercicio similar para establecer si existen diferencias significativas entre el conocimiento de los cuidadores sobre IRAs antes y después de la aplicación estratégica integral, Los niveles de significancia se establecerán en una $p < 0.05$. Los resultados fueron expresados en tablas y gráficos estadísticos para un análisis e interpretación adecuados. Los datos se sistematizaron en un software de hojas de cálculo Excel y la estadística se resolvió en un software de análisis estadístico SPSS versión 21

3.11. Criterios Éticos

En esta investigación se respetaron los criterios éticos de beneficencia, justicia, autonomía y respeto por el ser humano, Los participantes se comprometieron con el trabajo investigativo a través de la firma de un Consentimiento Informado cuyo contenido se puede observar en el ANEXO A. Y en el cual se le expresa la libertad para abandonar la investigación cuando ha bien tuviere, sin ningún tipo de consecuencias. En esta investigación no se reportaron ningún tipo de problemas y ninguno de los participantes se retiró de la investigación.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y RESULTADOS

4.1. Resultados de la investigación

4.1.1. Caracterización sociodemográfica de los representantes de los menores de cinco años pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo.

Tabla 1-4 Edad

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| 20 a 30 | 5 | 5,9 |
| 31 a 41 | 40 | 47,1 |
| 42 a 52 | 26 | 30,6 |
| 53 a 63 | 11 | 12,9 |
| Más de 63 | 3 | 3,5 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores
Elaborado por: Paola Mites. 2019

Como se puede observar en la Tabla 4.1. La edad de los padres de los niños del CIBV “Corazones Abiertos” que se presenta con mayor frecuencia es la del intervalo entre 31 a 41 años representando el 47,1%, seguido de los padres de entre 42 a 52 años con el 30,6%, los de 53 a 63 años con 12,9%, para el intervalo de 20 a 30 años el resultado fue de 5,9%.

La investigación realizada por Guzmán Pinos (2016, p. 45), reporta que el intervalo de edad de los padres con mayor presencia está en el grupo es 20 a 29 años con el 55% de encuestados, mientras que es este trabajo se ha determinado que el grupo de representantes para este intervalo alcanza solamente al 5%, siendo el de mayor presencia el intervalo de 31 a 41 años, seguido del Intervalo de 42 a 52 años.

Esto puede deberse al hecho de que existe un importante número de adolescentes embarazadas, de cuyos hijos se hace cargo la abuela, asumiendo toda la responsabilidad. Por lo que es necesario que en futuras investigaciones se considere dentro de las encuestas la relación del criador con el niño.

Tabla 2-4 Sexo

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Masculino | 29 | 34,1 |
| Femenino | 56 | 65,9 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Sobre el sexo de los encargados de los niños del CIBV “Corazones Abiertos”, se ha encontrado que el 34.1% corresponde a los hombres, mientras que el 65,9% corresponde a las mujeres, este hecho es comprensible considerando que el cuidado de los hijos se reconoce en el contexto social como específico de las mujeres, sin embargo se ve que este resultado es menor al reportado por Guzmán Pinos (2016, p. 46), en el que el porcentaje de mujeres alcanza al 75%.

Tabla 3-4. Nivel de Escolaridad

| Nivel de Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Básica | 15 | 17,6 |
| Bachillerato | 53 | 62,4 |
| Tercer Nivel | 15 | 17,6 |
| Analfabeto | 2 | 2,4 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

En relación al nivel de escolaridad de los padres de los niños del CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo se establece que 53 de ellos esto es 62,4% han alcanzado el bachillerato, el 17,6 % tienen instrucción básica y en el mismo porcentaje educación de tercer nivel, solamente el 2,4% de ellos son analfabetos.

Los datos reportados por Guzmán Pinos (2016, p. 47), indican que el 55% de los padres han alcanzado el bachillerato, 30% tienen instrucción superior y el 10% educación básica y el 5%, no han tenido ningún tipo de instrucción, reflejándose condiciones relativamente similares.

Sin embargo, el porcentaje del nivel de educación básica es mayor con respecto a los padres de familia del CIBV, mientras que el resultado de educación superior reportado en la tesis de Guzmán es superior con el doble.

Los niveles de instrucción en la región amazónica varían constantemente, observándose un importante interés de los pobladores por mejorar el nivel educativo, lo que se vincula positivamente en la incidencia de infecciones respiratorias por el elevado nivel de conciencia de los habitantes.

Tabla 4-4 Práctica de Lavado de Manos

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Adecuada | 53 | 62,4 |
| Medianamente adecuada | 26 | 30,6 |
| Inadecuada | 6 | 7,1 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Sobre la práctica de lavado de manos, se encontró que el 62,4%, esto es 53 padres de familia aseguran que es adecuado, el 30,6% medianamente adecuada y el 7,1% inadecuada. En este ítem se integró un elemento más a la escala de medición en comparación con la investigación de Guzmán Pinos (2016, p. 48), debido a que el lavado de manos tiene 11 pasos básicos, de los cuales cumplir con todos ellos implica un lavado adecuado, de 10 hasta 6 pasos medianamente adecuado y menos de 6 inadecuado.

Los resultados observados implican que los Padres de familia del CIBV “Corazones Abiertos”, tienen una adecuada higiene en el lavado de manos, descartándose, por lo menos en un importante porcentaje el contagio de infecciones de las vías respiratorias por este medio.

Tabla 5-4 Conocimientos generales IRAS

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Muy satisfactorio | 6 | 7,1 |
| Satisfactorios | 30 | 35,3 |
| Insatisfactorio | 49 | 57,6 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

El resultado del conocimiento general de las IRAs, es producto del análisis de 9 preguntas posteriores a las que se calificó con un puntaje de hasta 24 puntos, dividiéndose el nivel de satisfacción en 7,1% como muy satisfactorios; 35,3% como satisfactorio y 57,6% como poco satisfactorio.

Lo que indica que los representantes legales y educadoras aceptaron no tener un nivel adecuado de conocimientos para enfrentar la incidencia de las IRAs, en el caso de que los niños sean afectados por cualquiera de las manifestaciones de infecciones respiratorias agudas altas.

En el caso de la información de base propuesta por Guzmán Pino (2016, ps. 48-49) los resultados reportados indican que el 95% de los encuestados no tienen conocimientos de IRAs, considerando que el indicador tiene 2 ítems de evaluación satisfactorio y no satisfactorio.

Tabla 6-4 Conocimiento de ventajas de Lactancia Materna

| Tipo de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Previene Infecciones | 12 | 14,1 |
| Tiene todos los nutrientes que el niño necesita | 32 | 37,6 |
| Ayuda a ahorrar dinero | 4 | 4,7 |
| Crea un lazo afectivo | 16 | 18,8 |
| Todas | 21 | 24,7 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Sobre el Conocimiento de los Padres con respecto a las ventajas de la lactancia Materna, se encontró que el 37,6% indican conocer que tienen todos los nutrientes que necesita el niño, el 18,8% asegura que crea lazos de afectividad entre la madre y el niño, 14,1% previene infecciones, 4,7% ayuda a ahorrar dinero y el 24,7% señalan que todas las opciones son correctas.

Guzmán Pinos (2016, ps. 49-50) no propone la opción de todas las anteriores, sin embargo, en esta investigación se ha considera como opción en base a que en la validación de los reactivos se encontró que se requería una opción de respuesta múltiple.

En cuanto a los resultados, en las dos investigaciones se encuentran todavía la falta de conocimientos con respecto a este aspecto tan importante para el fortalecimiento orgánico del niño en sus primeros meses de vida para poder combatir con éxito la incidencia de IRAs, como enfermedad muy común.

Tabla 7-4 Periodo de Tiempo de presentación de síntomas de IRAs

| Tiempo | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Menos de 15 días | 36 | 42,4 |
| Más de 15 días | 36 | 42,4 |
| No conozco sobre el tema | 13 | 15,3 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Se ha establecido que el tiempo de presentación de los síntomas de IRAs es inferior a 15 días, en este estudio se ha encontrado que el 42,4% de los padres de familia consideran que este tiempo es menor a 15 días, el 42,4% coincide con el tiempo afirmando que es mayor, 15,3% asegura no conocer sobre el tema.

Estableciéndose que un significativo número de los padres encuestados no consideran el tiempo pudiendo ser esta una causa para el empeoramiento de un niño que ha sido afectado por cualquiera de las patologías de IRAs, en este sentido la Investigación de Guzmán Pino (2016, p. 50), coincide con los resultados de este trabajo al reportar similares porcentajes

Tabla 8-4 Conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de IRA

| Síntomas | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Tos | 16 | 18,8 |
| Dolor de garganta | 17 | 20,0 |
| Secreción Nasal | 15 | 17,6 |
| Fiebre | 18 | 21,2 |
| Dolor abdominal | 2 | 2,4 |
| Dolor de oído | 5 | 5,9 |
| Diarrea con sangre | 1 | 1,2 |
| Pérdida de Peso | 6 | 7,1 |
| No conozco sobre el tema | 5 | 5,9 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Los síntomas más generales que consideran relevantes y que conocen los Padres de los niños del CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo son en primer lugar la fiebre en 21,2% seguida del dolor de garganta con el 20%, en tercer lugar, la tos con el 18,8% y la secreción nasal que les afecta en 17,6%, los demás signos y síntomas alcanzan entre todos unos porcentajes del 22,5%.

Existen sintomatologías de las IRAs que se presentan de forma disfrazada y otras que pasan desapercibidas por lo que es importante que los Padres tengan una idea completa de cuáles son los aspectos que permiten sospechar de la presencia de una infección respiratoria, con el propósito de evitar complicaciones.

En la investigación de Guzmán Pino (2016, p. 51), se utilizan términos demasiado complejos para ser entendidos por los padres o encargados de los niños, muchos de ellos sin ningún conocimiento sobre vocabulario médico, sin embargo, se reportan que los aspectos sintomatológicos más relevantes considerados por los encargados de los niños, fueron la Tos en 62,5%, la Rinorrea con 52,5%, la odinofagia en 55% y la fiebre en el 47%, coincidiendo con los datos obtenidos en esta investigación.

Tabla 9-4 Conocimientos sobre la conducta que asume la familia frente a las IRAs

| Conducta asumida por la familia | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Lo mantengo abrigado | 6 | 7,1 |
| Acudo de inmediato al centro de salud | 41 | 48,2 |
| Le doy remedios caseros | 19 | 22,4 |
| Le compro medicación sin receta | 13 | 15,3 |
| No hago nada | 4 | 4,7 |
| No se | 2 | 2,4 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Sobre la conducta que asume la familia frente a las IRAs, la opinión de los representantes y cuidadores fue la siguiente: 48,2% aseguran que acuden de inmediato al centro de salud, el 22,4% asegura que utiliza remedios caseros, 15,3% compra medicamentos sin receta, el 7.1% asegura que lo mantiene abrigado, 4,7% no hace nada y 2,4% no sabe.

Los datos presentados por Guzmán Pinos (2016, ps. 51-52), sobre la conducta que sume la familia frente a las IRAs, refleja en este grupo mayor responsabilidad, al reportarse que 97,5% de los encuestados acuden al centro de salud, asegurando que la suspicacia de las madres es un aspecto esencial para la atención de calidad y oportuna, conducta que afianza más la medicina familiar y es fortalecida a través de la promoción y la prevención en salud.

Sin embargo, del análisis realizado con los datos obtenidos en la encuesta a los Representantes de los niños en el CIBV “Corazones Abiertos” se establece que menos de la mitad de los cuidadores asiste a un centro de salud, una cuarta parte recurren a remedios caseros, lo que implica que hay un sentimiento profundo arraigado a la medicina tradicional que debería ser considerado como factor importante en la formación integral de los miembros de la comunidad.

Tabla 10-4 Conocimientos sobre los síntomas de alarma de las IRAs

| Síntomas de Alarma | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| Respiración Rápida | 13 | 15,3 |
| Fiebre alta | 35 | 41,2 |
| Piel morada | 5 | 5,9 |
| Dificultad para respirar | 26 | 30,6 |
| No conozco sobre el tema | 6 | 7,1 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

En el análisis de los resultados de la pregunta sobre el conocimiento de los síntomas de alarma de las IRAs, se obtuvieron los siguientes datos: el principal síntoma reconocible que se menciona es la fiebre alta con 41,2%, el segundo es la disnea con 30,6%, le sigue la taquipnea 15,3% y la cianosis en 5,9%, el 7,1% aseguro no conocer sobre el tema.

En el trabajo de Guzmán Pino (2016, p. 52), la información propuesta en la encuesta está en términos de difícil comprensión para los encuestados, sin embargo reporta que el principal síntoma reconocible como de alarma fue la Disnea en el 67,5% de los casos y la fiebre alta con el 62,5%, a pesar de no coincidir en los porcentajes, se establece en los dos casos que la dificultad para respirar y la fiebre alta son los principales signos de alarma que los encargados de los niños detectan y que influyen en la decisión de llevar al niño a un centro de salud.

4.1.2. Relación entre los conocimientos de las medidas preventivas de las IRAs con las variables socio epidemiológicas, demográficas y de prácticas higiénico dietéticas

Tabla 11-4 Tabla de contingencia de conocimientos generales IRAs *Edad

| Conocimientos generales IRAS | | Edad | | | | | Total |
|-------------------------------------|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
| | | 20 a 30 | 31 a 41 | 42 a 52 | 53 a 63 | Más de 63 | |
| Muy satisfactorio | F. observada | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 6 |
| | F. esperada | ,4 | 2,8 | 1,8 | ,8 | ,2 | 6,0 |
| Satisfactorio | F. observada | 2 | 14 | 9 | 4 | 1 | 30 |
| | F. esperada | 1,8 | 14,1 | 9,2 | 3,9 | 1,1 | 30,0 |
| Poco satisfactorio | F. observada | 2 | 23 | 17 | 5 | 2 | 49 |
| | F. esperada | 2,9 | 23,1 | 15,0 | 6,3 | 1,7 | 49,0 |
| Total | F. observada | 5 | 40 | 26 | 11 | 3 | 85 |
| | F. esperada | 5,0 | 40,0 | 26,0 | 11,0 | 3,0 | 85,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Tabla 12-4 Resultados del Chi cuadrado para conocimientos generales IRAs *Edad

| | Valor | gl. | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|------------|------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6,081 ^a | 8 | ,638 |
| Razón de verosimilitudes | 7,181 | 8 | ,517 |
| Asociación lineal por lineal | ,103 | 1 | ,748 |
| N de casos válidos | 85 | | |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites

Sobre los datos obtenidos de los conocimientos generales de IRAs de los cuidadores y relacionados con la edad se aplicó la prueba de chi cuadrado, para determinar si estas variables están relacionadas. Con una probabilidad de Error $P = 0,05$ y 8 grados de libertad se estableció un chi cuadrado de 6,081 y un valor de $P = 0,638$, que es mayor a 0,052.

Por lo que se establece que los conocimientos generales sobre IRAs, no están relacionados con la edad de los cuidadores Tabla 4.1. Compartiendo de esta manera con el análisis que realiza Guzmán Pinos (2016, p. 53) al respecto en el que reporta un valor de chi cuadrado de 0,05 y un valor de $P = 0,81$.

En este caso se supondría que a mayor edad los representantes de los niños deberían tener mayores conocimientos sobre las IRAs, sin embargo, se puede observar desconocimiento generalizado en todos los grupos etarios, lo que justifica de esta manera la intervención educativa en los dos casos.

Tabla 13-4 Tabla de contingencia de los conocimientos generales de IRAs*Sexo

| Conocimientos generales IRAS | | Sexo | | Total |
|-------------------------------------|--------------|-------------|----------|--------------|
| | | Masculino | Femenino | |
| Muy satisfactorio | F. observada | 0 | 6 | 6 |
| | F. esperada | 2,0 | 4,0 | 6,0 |
| Satisfactorio | F. observada | 12 | 18 | 30 |
| | F. esperada | 10,2 | 19,8 | 30,0 |
| Poco satisfactorio | F. observada | 17 | 32 | 49 |
| | F. esperada | 16,7 | 32,3 | 49,0 |
| Total | F. observada | 29 | 56 | 85 |
| | F. esperada | 29,0 | 56,0 | 85,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Tabla 14-4 Resultados del Chi cuadrado para conocimientos generales IRAs

*Sexo

| | Valor | Gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|-----------|------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 3,576 ^a | 2 | ,167 |
| Razón de verosimilitudes | 5,465 | 2 | ,065 |
| Asociación lineal por lineal | ,718 | 1 | ,397 |
| N de casos válidos | 85 | | |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites

La relación entre los conocimientos generales de IRAs con el sexo, se ha determinado a través de la aplicación de la prueba no paramétrica de chi cuadrado con una probabilidad de error de P-0,05 y 2 grados de libertad, encontrándose un Chi cuadrado calculado de 3,576 y un valor de $P = 0,167$, mayor que 0,05, por lo tanto, se establece que no existe relación entre el conocimiento general sobre las IRAs y el sexo Tabla 4.14.

Concordando con la investigación de Guzmán Pinos (2016, p. 54), que reporta un chi cuadrado de 0,7 y un valor $P = 0,4$, lo que indica que no existe una posible relación estadísticamente demostrable entre las dos variables.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las mujeres tienen mayor conocimiento de IRAs que los hombres, debido a que son las cuidadoras que están permanentemente con ellos, sin embargo, es necesario que los cuidadores, tanto nombres como mujeres estén relacionados con los aspectos más relevantes de las IRAs.

Con el propósito de que manejen procedimientos eficientes en sus hogares y que la responsabilidad sea compartida, en este sentido es fundamental que sean educados por lo que se justifica de esta manera la aplicación de un programa de formación para atenuar la incidencia de las patologías relacionadas con las infecciones respiratorias agudas altas.

Tabla 15-4 Tabla de contingencia Conocimientos generales de IRAs + Escolaridad.

| Conocimientos generales IRAS | | Escolaridad | | | | Total |
|------------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|------------|-------|
| | | Básica | Bachillerato | Tercer Nivel | Analfabeto | |
| Muy satisfactorio | F. observada | 2 | 3 | 1 | 0 | 6 |
| | F. esperada | 1,1 | 3,7 | 1,1 | ,1 | 6,0 |
| Satisfactorio | F. observada | 5 | 23 | 2 | 0 | 30 |
| | F. esperada | 5,3 | 18,7 | 5,3 | ,7 | 30,0 |
| Poco satisfactorio | F. observada | 8 | 27 | 12 | 2 | 49 |
| | F. esperada | 8,6 | 30,6 | 8,6 | 1,2 | 49,0 |
| Total | F. observada | 15 | 53 | 15 | 2 | 85 |
| | F. esperada | 15,0 | 53,0 | 15,0 | 2,0 | 85,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Tabla 16-4 Resultados del Chi cuadrado para conocimientos generales IRAs *Escolaridad

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 7,270 ^a | 6 | ,297 |
| Razón de verosimilitudes | 8,293 | 6 | ,217 |
| Asociación lineal por lineal | 3,252 | 1 | ,071 |
| N de casos válidos | 85 | | |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

La relación entre los conocimientos generales de IRAs con la escolaridad, se establece a través de la aplicación una prueba de Chi cuadrado con una probabilidad de error de $P=0,05$ y 6 grados de libertad, estableciéndose un chi cuadrado de 7,270 y un valor de $P = 0,297$, mayor que 0,05.

Lo que significa que no existe una relación estadísticamente significativa entre los conocimientos de IRAs que manejan los encargados de los niños con el grado de escolaridad de estos Tabla 4.16. En la investigación de Guzmán Pinos (2016, p. 55) se reporta un chi cuadrado de 0,37 y un P valor de 0,54, compartiendo el criterio con esta investigación en donde no existe una relación estadísticamente demostrable en ninguno de los dos casos.

En este caso sería lógico pensar mientras más elevado sea el nivel de escolaridad, mejor sería el conocimiento relativo a las IRAs, sin embargo se puede observar que las dos situaciones comparten resultados similares.

Se considera que este fenómeno se puede deber a que los conocimientos de los bachilleres y las especialidades de los profesionales no están vinculados a estudios relacionados con el

conocimiento de las Infecciones respiratorias agudas en la interpretación de Guzmán Pinos, hace referencia a algunos estudios en los cuales se manifiesta que el nivel escolar tiene una relación significativa con el nivel de conocimientos sobre IRAs.

Tabla 17-4 Tabla de contingencia Practica de Lavado de manos * Conocimientos generales IRAs

| Conocimientos generales IRAs | | Practica de Lavado de manos | | | Total |
|------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------|------------|-------|
| | | Adecuada | Medianamente adecuada | Inadecuada | |
| Muy satisfactorio | F. observada | 5 | 1 | 0 | 6 |
| | F. esperada | 3,7 | 1,8 | ,4 | 6,0 |
| Satisfactorio | F. observada | 20 | 8 | 2 | 30 |
| | F. esperada | 18,7 | 9,2 | 2,1 | 30,0 |
| Poco satisfactorio | F. observada | 28 | 17 | 4 | 49 |
| | F. esperada | 30,6 | 15,0 | 3,5 | 49,0 |
| Total | F. observada | 53 | 26 | 6 | 85 |
| | F. esperada | 53,0 | 26,0 | 6,0 | 85,0 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Tabla 18-4 Resultados del Chi cuadrado para conocimientos generales IRAs *Practicas de lavado de manos

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,042 ^a | 4 | ,728 |
| Razón de verosimilitudes | 2,497 | 4 | ,645 |
| Asociación lineal por lineal | 1,746 | 1 | ,186 |
| N de casos válidos | 85 | | |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites

Sobre la relación existente entre el conocimiento general de IRAs con la práctica de lavado de manos se realizó una prueba estadística de Chi cuadrado, con una probabilidad de error de $P = 0,05$ y cuatro grados de libertad, estableciéndose un chi cuadrado de 2,042 y un P valor = a 0,728, determinándose que no existen relaciones estadísticas significativas entre las dos variables.

Por lo que los niveles de conocimientos que tienen los responsables de los niños no están vinculados. En el trabajo de investigación de Guzmán Pinos (2016, p. 56), se obtuvo un valor de

chi cuadrado de 0,53 y un P valor = a 0,94, mayor a 0,05 lo que indica que no existe una relación de estadística entre las dos variables.

Las distribuciones de los resultados indican un importante porcentaje de cuidadores que manejan muy satisfactoria y satisfactoriamente los procedimientos de lavado de manos, sin embargo, el conocimiento de las IRAs no solamente se limita a este aspecto.

4.1.3. Factores de riesgo asociados a la transmisión de IRAs en los niños del CIBV

Tabla 19-4 Factores de Riesgo asociados a la transmisión de IRAs en los niños del CIBV

| Factores de Riesgo | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Contacto Indirecto con objeto contaminado | 11 | 12,94 |
| Contacto directo con portador | 17 | 20,00 |
| Contagio por tos, estornudo, al hablar | 23 | 27,06 |
| Transmisión por aire, humo, gas | 13 | 15,30 |
| Cambios Bruscos de temperatura | 17 | 20,00 |
| No conoce sobre el tema | 4 | 4,70 |
| Total | 85 | 100 |

Fuente: Encuesta a los cuidadores

Elaborado por: Paola Mites.2019

Los factores de riesgo observados por los cuidadores de los niños del CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo son los siguientes: en primer lugar, se ubica como factor de riesgo al contagio por la tos, estornudos o al hablar con el 27,06%, en segundo lugar, están el contacto directo con un portador y los cambios bruscos de temperatura en 20% cada uno de ellos, en tercer lugar se encuentran la transmisión por aire, inhalar humor u otro tipo de gas en 15,30%, en quinto lugar el contacto indirecto con objetos contaminados con 12,94%, finalmente el 4,70% no conocen sobre el tema.

Las IRAs altas, tiene una gran variabilidad de factores de riesgo para el contagio, como se ha establecido en la encuesta, los nombrado son aquellos que se presentan de forma más común, pero están vinculados con otros factores de mayor importancia, como el hacinamiento, la falta de higiene, inadecuada alimentación, convivir con fumadores, entre otros que coadyuvan con el aumento de la incidencia de infecciones respiratorias agudas altas y bajas.

Los resultados obtenidos en esta investigación, son producto de la diversidad de pensamiento de los padres y encargados de los niños menores de cinco años del CIVB, “Corazones Abiertos”, y reflejan una percepción entre mitos y verdades relacionados con las IRA, de ahí la necesidad de fortalecer estos conocimientos y fomentar acciones que mejoran las capacidades de los padres para una atención adecuada a sus hijos en el caso de enfrentar una situación en la que se requiera actuar con rapidez y eficiencia

4.1.4. Impacto de la estrategia integral aplicada posterior a la implementación de la intervención.

4.1.4.1. Incidencia de IRAs después de la intervención Integral

Tabla 20-4 Incidencia de IRAs después de la aplicación de la estrategia integral

| IRAs | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Amigdalitis | 10 | 11,8 |
| Bronquitis | 12 | 14,1 |
| Faringitis | 8 | 9,4 |
| Rinofaringitis | 13 | 15,3 |
| Sinusitis | 3 | 3,5 |
| IRA no especificada | 3 | 3,5 |
| Otitis | 2 | 2,4 |
| Neumonía | 2 | 2,4 |
| Otras IRA | 4 | 4,7 |
| Sin IRAs | 28 | 32,9 |
| Total | 85 | 100,0 |

Fuente: RDACAA.

Elaborado por: Paola Mites.2019

Los resultados obtenidos del RDACCA de incidencia de IRAs en los niños menores de 5 años que asisten al CIVB “Corazones Abiertos”, en el periodo de intervención fue el siguiente: el 15,3% sufrieron de rinofaringitis, 14,1% de bronquitis, 11,8% de Amigdalitis, 9,4% de faringitis. 3,5% para sinusitis y el mismo porcentaje para IRAs no especificadas, Otitis y neumonía 2,4% para cada patología, 4,7% otro tipo de IRAs y el 32,9% sin IRAs

De acuerdo a la lectura de la tabla 20-4 la sumatoria de IRAs al finalizar la intervención integral y de acuerdo a datos del RDACCA es de 57 casos el 67,8%, mientras que los niños sin IRA en este periodo fueron el 32,9% esto es 28 casos.

En este sentido se debe considerar que los niños del CIBV, estaban expuestos a una prevalencia de morbilidad de 3 a 4 cuadros de IRAs al año, en el periodo de intervención se ha logrado disminuir a 89,47% de morbilidad primaria con solo 10,52% de morbilidad subsecuente; con diagnóstico definitivo inicial de 80,70%, diagnóstico definitivo al control 10,52% y diagnostico presuntivo de 8,77%. Gráfico 1-4

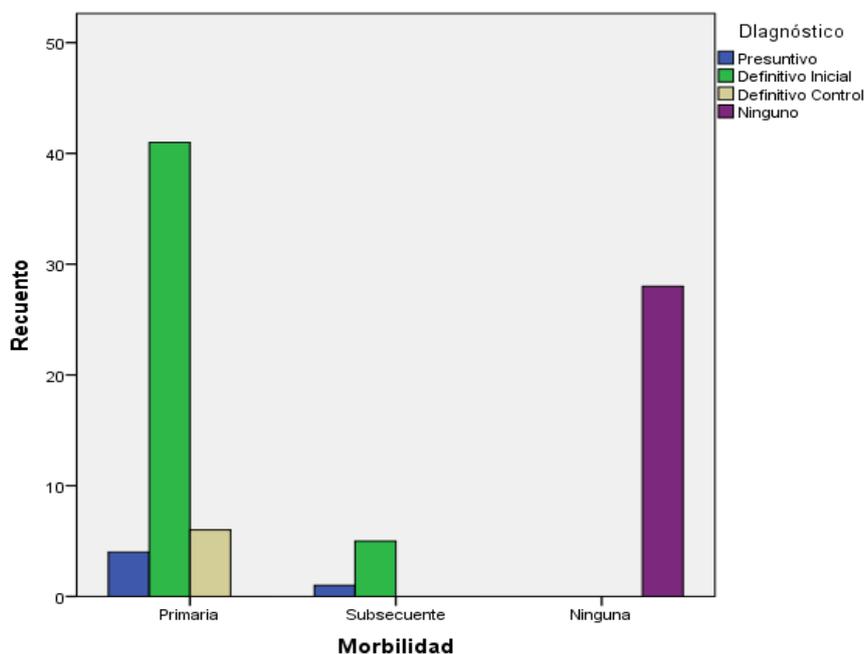


Gráfico 1-4. Morbilidad y diagnóstico.

Fuente: RDACAA.

Elaborado por: Paola Mites. 2019

Otro factor que permite confirmar el impacto de la aplicación de la propuesta es a través del porcentaje de pacientes por fecha de consulta, de los 85 niños pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos de la parroquia Puerto Napo el 32,96% no presentaron ningún tipo de morbilidad relacionada con IRAs, del 67,04% que presentaron patologías relacionadas, el 15,29% se hizo atender en el mes de noviembre, 11,77% en diciembre, 10,58% en enero, 9,41% en febrero, 8,23% en marzo y Abril y mayo con 5,88% para cada mes Grafico 4.3.

Esto significa que durante el periodo en el que se realizó el proceso de intervención de noviembre del 2018 a mayo del 2019, se redujo la morbilidad del 15,29% en noviembre a 5,88% en abril, y se mantuvo en este porcentaje durante el mes de mayo.

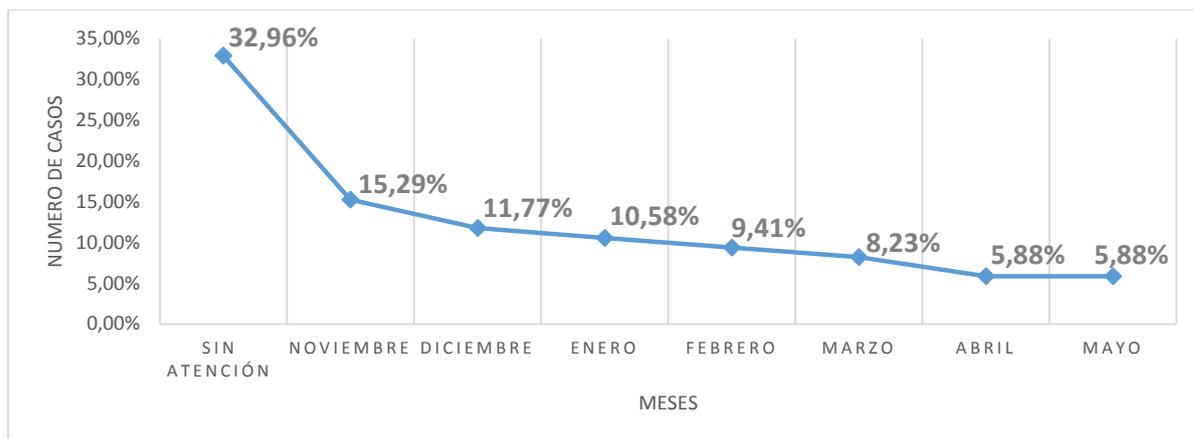


Gráfico 2-4. Porcentaje de morbilidad por mes

Fuente: RDACAA.

Elaborado por: Paola Mites. 2019

4.1.4.2. Impacto de la estrategia de intervención en la Morbilidad de acuerdo al RDACCA

Considerando los tres factores analizados, se puede afirmar que la intervención realizada ha tenido un impacto positivo en los padres y encargados de los niños menores de cinco años que pertenecen al CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo”

Tabla 21-4 Tabla de contingencia Morbilidad antes y después de la intervención integral

| Morbilidad antes | Morbilidad después | | | | | | Total | |
|------------------|--------------------|-------|-------------|------|---------|-------|-------|--------|
| | Primaria | | Subsecuente | | Ninguna | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | | |
| Primaria | 36 | 42,4% | 5 | 5,9% | 23 | 27,1% | 64 | 75,3% |
| Subsecuente | 15 | 17,6% | 0 | 0,0% | 5 | 5,9% | 20 | 23,5% |
| Ninguna | 0 | 0,0% | 1 | 1,2% | 0 | 0,0% | 1 | 1,2% |
| Total | 51 | 60,0% | 6 | 7,1% | 28 | 32,9% | 85 | 100,0% |

Fuente: RDACAA.

Elaborado por: Paola Mites. 2019

Prueba de McNemar Bowker $\chi^2 = 30,667$; P Valor = 0,000

En la Tabla de contingencia 21-4 se comparan los datos de morbilidad de los niños menores de 5 años que asisten al CIBV Corazones Abiertos del cantón Puerto Napo, encontrándose que 42,4% de los niños se ha hecho una atención primaria antes y después, 5,9% de los niños se realizaron una atención primaria y luego tuvieron atenciones subsecuentes; el 27% de los niños que tuvieron atención primaria no se volvieron a atender por IRAs.

17,6% de los niños que tenían atenciones subsecuentes en el periodo de evaluación solo tuvieron una atención y el 5,9% de los niños que tuvieron atenciones subsecuentes, ya no volvieron a presentar síntomas de IRAs, y 1 niño que no había padecido IRAs tuvo que hacer subsecuentes.

Para establecer si la aplicación de la estrategia integral de intervención fue significativa se realizó una prueba de McNemar Bowkwer con 3 grados de libertad y un nivel de significancia del 0,05, obteniéndose un resultado de 30,667 y un P Valor de 0,000 lo que indica que existen diferencias importantes entre el nivel de morbilidad antes y después de la aplicación de la estrategia confirmando su validez.

4.1.4.3. Impacto de la intervención por el Nivel de satisfacción de los Cuidadores

Tabla 22-4 Nivel de satisfacción de la información recibida en la intervención Integral

| Nivel de satisfacción | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Muy Satisfecho | 49 | 57,65% |
| Satisfecho | 30 | 35,29% |
| Poco Satisfecho | 6 | 7,06% |
| Total | 85 | 100% |

Fuente: Encuesta a los cuidadores
Elaborado por: Paola Mites. 2019

Los resultados de la evaluación luego de la implementación de la intervención integral para el conocimiento e IRAs, fueron los siguientes: Muy satisfecho el 57,65% de los cuidadores de los niños, satisfecho el 35,29% de los cuidadores y 7,06 % aseguraron que estaban poco satisfechos.

Del análisis realizado se desprende que la mayoría de encargados de los niños que participaron en la intervención educativa han interiorizado los conocimientos impartidos y están dispuestos a ponerlos en práctica, sin embargo, existieron algunas observaciones sobre la complejidad de los contenidos.

Se requirió por parte de los participantes que los temas tratados se hagan de una forma más simple, por otro lado, se solicitó que se integren a los contenidos conocimientos de plantas medicinales, que son muy importantes y de efectividad probada en ciertas etapas de las IRAs.

Tabla 23-4 Tabla de contingencia nivel de satisfacción en conocimientos antes y después de la intervención

| Conocimientos generales IRAS Después | Conocimientos generales IRAS Antes | | | | | | Total | |
|--|------------------------------------|-------------|---------------|--------------|--------------------|--------------|-----------|---------------|
| | Muy satisfactorio | | Satisfactorio | | Poco satisfactorio | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Muy satisfactorio | 4 | 4,7% | 17 | 20,0% | 41 | 48,2% | 62 | 72,9% |
| Satisfactorio | 2 | 2,4% | 12 | 14,1% | 8 | 9,4% | 22 | 25,9% |
| Poco satisfactorio | 0 | 0,0% | 1 | 1,2% | 0 | 0,0% | 1 | 1,2% |
| Total | 6 | 7,1% | 30 | 35,3% | 49 | 57,6% | 85 | 100,0% |

Fuente: RDACAA

Elaborado por: Paola Mites. 2019

Prueba de McNemar Bowker $\chi^2_{3gl} = 58,287$; **P Valor** = 0,000

Sobre el nivel de satisfacción de los conocimientos adquiridos por los cuidadores de los menores de 5 años que asisten al CIBV de la parroquia Puerto Napo, se puede establecer que el 4,7% se mantiene muy satisfecho, 20% paso de estar poco satisfechos a muy satisfechos, 2,4 % paso de Muy Satisfactorio a satisfactorios 14,4% se mantiene en satisfactorio, 9,4% paso de poco satisfactorio a satisfactorio y 1,2% paso de satisfactorio a poco satisfactorio.

Para establecer si existe diferencia entre las dos evaluaciones, se aplicó la prueba de McNemar Bowker con tres grados de Libertad y un nivel de significancia de 0,05 obteniendo como resultado 58,287 y un P valor de 0,000, lo que significa que existen diferencia significativa entre la evaluación del grado de conocimientos antes de la aplicación de la de la intervención Integral

4.2. Discusión

La mayoría de las estimaciones disponibles de la carga de enfermedades respiratorias agudas y otras enfermedades infecciosas se han realizado a través de metodologías basadas en análisis de revisiones sistemáticas, opiniones de expertos, revisiones de literatura y extrapolación de datos (McDonald , Devleesschauwer, & Wallinga, 2016).

Al respecto se establece que los datos obtenidos para la revisión bibliográfica de esta investigación son el resultado de investigación de estudios que condensan información de varias fuentes, generalmente obtenidas de reportes e informes de salud, los cuales son utilizados para la sistematización de artículos científicos, coincidiendo con lo que aseguran McDonald y colegas.

Savy y otros (2017), realizó una revisión sistemática para estimar la incidencia de IRA en América Latina y el Caribe. Encontrando que las muertes relacionadas vinculadas a infecciones respiratorias agudas bajas y altas son más comunes en la población de los grupos de edad de menores de 5 años y mayores de 60 años, informando que las muertes por IRA en el Ecuador fueron las más altas en América Latina (14.4%) para el año 2003.

En niños menores de 5 años. Finalmente, declararon que la información insuficiente y escasa de información impide la estimación precisa del impacto de la influenza en la región de América Latina y el Caribe (Savy , y otros, 2017)

Los datos disponibles sobre IRA en Ecuador reportados por el Instituto de Métricas y Evaluaciones de la Salud, por sus siglas en inglés IMHE (2017), difieren en ciertos aspectos con los obtenidos en este trabajo, lo que podría atribuirse a las diferencias metodológicas.

Para la obtención de la información, en este caso se han utilizado los casos sistematizados en las bases de datos directas ambulatorias o casos hospitalizados sin ajustes a otras causas no especificadas, por lo que obtener estimaciones confiables basadas en la opinión de la población afectada por la enfermedad es un desafío.

Se ha establecido en esta investigación que los dos grupos etarios más afectados son los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 60 años, reportándose escasamente datos entre estos dos grupos, lo que genera una un alto número de indicadores de años de Vida perdidos (YLL).

Esta distribución "en forma de U" de las tasas de mortalidad por grupo de edad concuerda con la situación reportada por Lara Oliveros en distritos de bajos recursos en Bogotá. (Lara O, De Graeve, Franco, & Daza, 2016)

De acuerdo al foro Internacional de Sociedades de Enfermedades Respiratorias, (FIRS, 2017), más de 4 millones de muertes anuales se producen por infecciones respiratorias agudas en los países en desarrollo. Este foro atribuye los factores de riesgo como vivir en condiciones de hacinamiento, la desnutrición, la falta de inmunización, el VIH y la exposición al tabaco o al humo en interiores, concediendo con los factores de riesgos encontrados en el análisis de los datos de este trabajo de investigación.

En este sentido las decisiones de salud pública relacionadas con las enfermedades respiratorias agudas deben centrarse en los dos grupos de edad mencionados, con prioridad en los

niños menores de 5 años. Si bien en este estudio se encontraron múltiples factores de riesgo para morbilidad y mortalidad, uno de los más importantes resulta ser el desconocimiento de estos factores por parte de los padres o cuidadores de los niños.

Coincidiendo con lo propuesto en este trabajo de investigación Abreu (2005), plantea que es importante dar orientación a la promoción de hábitos saludables, los promotores de salud deben hacer conciencia en los padres y cuidadores de los niños de que si se observa algún problema de tipo respiratorio, se debe evitar que el niño acuda al centro para impedir contagios, que se apliquen las vacunas correspondientes, y otras medidas menores que los encargados de los niños deben tomar en cuenta.

Haciendo posible que estas acciones disminuyan la incidencia de las patologías vinculadas a IRAs, se debe considerar también, que a pesar de tomar estas medidas el niño puede enfermarse, por lo que, es obligación de los padres acudir al centro médico, para que dé una solución adecuada y oportuna al problema.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Estrategia de intervención para reducir las infecciones respiratorias agudas altas en niños menores de cinco años

5.1. Diseño de proyecto de intervención

5.1.1. Antecedentes

La realización de la presente propuesta de intervención surge de dos aspectos esenciales, el primero de ellos está vinculado a la problemática de salud de la Parroquia Puerto Napo y al Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” en específico y el segundo como réplica de una propuesta similar realizada en el CIBV “Morete Sisa” por Guzmán Pinos (2016).

Durante el proceso de investigación se han analizado aspectos teóricos y una serie de datos que han permitido establecer la problemática en salud relacionada con las Infecciones Respiratorias agudas Altas, que enfrentan los moradores de la parroquia Puerto Napo.

En los niños menores de 5 años, esta situación se manifiesta como efecto de la interacción de varios factores, entre ellos la variabilidad climatológica del sector, que se caracteriza por el alto grado de humedad que contribuye al desarrollo de IRAs.

Al elemento natural se suman otros factores de riesgo, entre los cuales, los más importantes son: el hacinamiento, la falta de higiene, el contacto con el humo producto de la combustión de la leña con la que muchos de los moradores de la parroquia utilizan para preparar sus alimentos y el último, no menos importante que es el desconocimiento de los encargados de los niños sobre las características de incidencia, prevalencia, etiología, sintomatología y prevención vinculados a las IRAs.

De ahí que sea necesario promover acciones orientadas a la educación de la familia, que, sustentada en los conocimientos ancestrales, permita el ingreso de elementos científicos que

fortalezcan las capacidades de cuidado y respuesta rápida frente a una posible amenaza de estos tipos de infecciones que son la principal causa de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo.

El segundo aspecto que motiva la realización de este trabajo, es la investigación realizada por Guzmán Pino (2016), que basada en elementos de juicio similares a los propuestos en líneas arriba, contribuyo con la construcción de una estrategia educativa, cuyo contenido se ha considerado como la herramienta base para el desarrollo de la presente estrategia de intervención y que por las características del entorno geográfico y socio económico, en el que se desarrollan los habitantes que son similares.

5.1.2 Fundamentación

La presente propuesta de estrategia de intervención educativa tiene asidero en la intervención realizada por Guzmán Pinos (2016), cuyos contenidos se sustentan en una investigación empírica y aplicada, en la cual se obtuvieron datos sociodemográficos, conocimientos de la población sobre las IRAs y la evaluación de las capacidades y competencias de la población para la prevención y el manejo de las diferentes patologías relacionadas con menores de 5 años.

Así como a la capacidad de respuesta frente a cualquier eventualidad que no pudiesen manejar. Los resultados obtenidos en la investigación se tradujeron en una propuesta de intervención en función de los puntos críticos detectados en el contexto de la investigación ya mencionada.

Se considera que la estructura propuesta de intervención educativa como línea de base para este trabajo, esta adecuadamente estructurada, los problemas y las necesidades detectadas en esta investigación son muy similares, sin embargo existen algunos aspectos puntuales que tienen que ser corregidos en las diferentes etapas del proceso de intervención sobre todo en la propuesta de los contenidos.

Las coincidencias y diferencias entre los dos procesos de investigación han permitido dar lugar a un nuevo planteamiento de la estrategia educativa, de acuerdo a las condiciones específicas de la Parroquia Puerto Napo y a la condición en salud de los niños del CIBV “Corazones Abiertos”.

Sin embargo, se manejan una buena parte de los criterios ya propuestos, ya que reflejan situaciones muy similares y necesidades educativas similares, por lo que en los contenidos de la

presente propuesta se podrán encontrar procesos de aplicación de estrategias y acciones muy similares a las presentadas en el trabajo de Guzmán Pinos (2016).

Entre los aspectos metodológicos coincidentes se encuentra una estrategia de intervención basada en el trabajo grupal, que desarrolla aprendizajes colectivos y organizativos orientados por un facilitador en este caso el médico familiar y comunitario.

El cual, a través de sus conocimientos y experiencia en el tema, buscara los medios más adecuados para promover y desarrollar la temática propuesta en un proceso de enseñanza aprendizaje, activo, ameno y participativo. Los contenidos que se utilizarán para la intervención, estarán fundamentados en contenidos científicamente validados, actualizados y de fácil acceso, para la comprensión de los participantes.

5.1.3. Diagnóstico educativo

Dos aspectos se consideran dentro del diagnóstico educativo, el primero se relaciona al nivel educativo de los cuidadores tienen y que se reporta en la investigación previa, encontrándose que la mayoría de los encargados de los niños, superan la educación media y algunos de ellos tienen tercer nivel, de ahí que se supone una mayor capacidad para entender los contenidos relacionados a la prevención, manejo y respuesta en contra de las IRAs.

La segunda consideración del diagnóstico educativo, se basa en los resultados del nivel de conocimientos sobre las IRAs, que manejan los cuidadores de los niños, que de acuerdo a la evaluación realizada no es de ninguna manera el adecuado y que requiere del fortalecimiento en destrezas u habilidades para reconocer signos y síntomas de IRAs, manejar aspectos para la prevención de las infecciones respiratorias como los relacionados a la alimentación y a la higiene.

Atenuar o eliminar los factores de riesgo y la capacidad de respuesta inmediata en caso de que la patología se complique. Considerando estos dos aspectos, el resultado del diagnóstico educativo indica la necesidad de implementar una intervención vinculada a las IRAs, a través de un proceso sistémico y activo que posibilite un mejoramiento de las capacidades, habilidades y destrezas de los cuidadores de los niños menores de cinco años.

5.2. Objetivos de la propuesta

5.2.1 Objetivo General de la propuesta

Promover el incremento de conocimientos sobre IRAs de los encargados de los niños menores de cinco años pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo

5.2.2. Objetivos específicos de la propuesta

Orientar a los padres de los niños menores de cinco años del CIBV “Corazones Abiertos” sobre el cuidado de sus hijos en relación a las IRAs.

Concientizar sobre la importancia del manejo de medidas higiénicas sanitarias para atenuar la incidencia de IRAs

Capacitar a los padres de los niños menores de cinco años en el reconocimiento e identificación de signos de alarma evitando de esta manera complicaciones posteriores derivadas de la enfermedad.

Fortalecer los procesos de trabajo comunitario orientados a mejorar las condiciones de salud de los niños menores de cinco años y de la población en general.

5.3. Diseño/desarrollo de la intervención

5.3.1. Diseño y programación

La intervención educativa se realizará en función de las fases preestablecidas en el modelo original de aplicación propuesto por Guzmán Pinos (2016).

Fase 1: Contextualización de la problemática en el entorno comunitario

Fase 2: Estructuración de la operatividad de la estrategia educativa

Fase 3: Evaluación de la estrategia educativa

5.3.2.- Desarrollo

5.3.2.1. Fase 1: Contextualización de la problemática de las IRAs en el entorno comunitario

La prevalencia periódica de IRAs y su incidencia en la Parroquia de Puerto Napo es evidente, sobre todo en niños menores de 5 años, entre ellos los 85 niños que forman parte del CIBV “Corazones Abiertos”.

Las condiciones medioambientales del sector con un alto grado de humedad relativa permanente, el hacinamiento en el que viven algunas familias, la inhalación de humo producto de la utilización de leña para la cocina y otros factores de socio ambiental contribuyen al desarrollo de las infecciones respiratorias agudas altas.

La interacción de factores sociodemográficos también forma parte de la problemática de la Prevalencia de la incidencia de IRAs en las comunidades, en este contexto es importante mencionar los siguientes aspectos:

La mayoría de los criadores responsables de los niños menores de cinco años se encuentran entre los 30 y 50 años, edad en la que se puede determinar una estabilidad laboral, económica y social, se ha observado que existe una convivencia fundamentada en el patriarcado por lo tanto las familias son amplias, esta es una de las razones para que personas en estas edades todavía sean responsables de niños, por otro lado, asumen la crianza y el cuidado de niños hijos de madres adolescentes o hijos de jóvenes que se encuentran en un periodo de búsqueda de estabilidad socioeconómica y laboral.

En las familias de la parroquia Puerto Napo, el padre asume el rol exclusivo del sustento, mientras la madre, la crianza de los hijos, endilgándosele toda la responsabilidad que tiene relación a la salud y alimentación de los niños, la coresponsabilidad en la crianza de los hijos es mínima, por lo que los hombres tienen menor conocimiento con respecto a la prevención y respuesta frente a las IRAs.

Se ha encontrado que la escolaridad en la mayoría de los habitantes es de segunda enseñanza por lo que se considera que poseen un alto nivel de conciencia como para asumir de mejor manera los conocimientos a impartirse, situación que se tomó muy en consideración al momento de estructurar los contenidos para la intervención.

De la evolución realizada se determinó que los conocimientos de los cuidadores de los niños menores de cinco años son insuficientes e incompletos a pesar del grado de nivel de escolaridad, y están más relacionados a prácticas de medicina ancestral, lo cual implica una desventaja en función de los objetivos de la intervención.

El déficit de conocimientos, se evidencia en el manejo de la evolución de las enfermedades, el desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna como factor protector y el reconocimiento de la sintomatología de las IRAs.

5.3.2.2. Fase 2: Estructuración de la operatividad de la estrategia educativa

La propuesta se construye en base a los contenidos propuestos por Guzmán Pinos (2016), los cuales se les hace modificaciones elementales, sobre todo en función de la dificultad en el tratamiento de los contenidos.

La propuesta se desarrolló en seis temas estratégicos de trabajo a saber:

Tema 1: Generalidades de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Tema 2: Clasificación de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Tema 3: Complicaciones de las Infecciones Agudas de las vías Respiratorias Altas no tratadas.

Tema 4: Prevención de las IRAs. Cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias.

Tema 5: Signos de peligro y conducta a asumir por la familia en las Infecciones Respiratorias Agudas.

Tema 6: Importancia de la relación institucional y familiar.

Cada tema se estructurará con los siguientes aspectos

- Tema.
- Contenidos.
- Objetivos de cada sesión.
- Métodos y técnicas a utilizar.
- Recursos humanos, materiales y de soporte para el desarrollo de las sesiones.
- Tiempo de duración de las sesiones.
- Metas.

- Propuesta para el desarrollo de las sesiones de trabajo.

Los recursos, metodología y contenidos de la propuesta se desarrollan en las fichas técnicas propuestas en el Anexo 3

5.3.2.3. Fase 3 Evaluación de la estrategia educativa

La evaluación del Impacto de la propuesta educativa se realizará de la siguiente manera.

Se evaluarán los contenidos impartidos por tema, este es durante y después de la conclusión del tema. Generalmente estas evaluaciones serán orales y permitirán al facilitador realizar una retroalimentación activa y oportuna para profundizar en los temas requeridos y hacer aclaraciones si es que fuera necesario.

Se realizara una evaluación breve al finalizar el taller, de intervención educativa, en la que se preguntara a los participantes el nivel de satisfacción alcanzado durante las actividades realizadas.

Se hará una evaluación del nivel de participación, a través de puntualidad, la permanencia y la asistencia a las actividades convocadas para la realización de la intervención.

Para la evaluación de impacto se consideró el análisis de los datos ingresados en el sistema de Registro diarios automatizado de consultas y atención ambulatoria RDACAA, con el propósito de visualizar los niveles de prevalencia e incidencia de las IRAs, en los menores de cinco años que asisten al CIBV “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo.

5.3.2.4. Duración de la Intervención Educativa

La propuesta de intervención tuvo una duración de siete meses de noviembre de 2018 a mayo de 2019. Considerando todas las fases del proceso.

CONCLUSIONES

- Del análisis de las características de la población según variables socio demográficas y epidemiológicas se puede concluir que los criadores de los niños menores de cinco años pertenecientes al CIBV “Corazones Abiertos” de la Parroquia Puerto Napo en el cantón Tena, se encuentra en edades entre los 31 y 52 años, la mayoría de sexo femenino con un alto nivel de escolaridad alcanzando el bachillerato en la mayoría de casos.

Consideran que realizan una adecuada práctica de lavado de manos, aseguran que la lactancia materna es fundamentalmente importante porque aporta con los nutrientes necesarios que el niño necesita, sin embargo, aseguran que los conocimientos que tienen sobre IRAs son Insatisfactorios.

- Con respecto a la relación entre las variables socio-epidemiológicas con el conocimiento de los cuidadores sobre IRAs, se aplicaron pruebas de chi cuadrado para todas las alternativas propuestas, concluyéndose que en ninguna de ellas se da una relación estadísticamente significativa, esto se explica porque es insuficiente conocimiento sobre IRAs que tienen los cuidadores de los niños.
- El análisis de la investigación indica que los factores de riesgo están asociados fundamentalmente al ambiente con una humedad relativa muy alta durante todo el año, además se encontraron otros factores asociados como el hacinamiento, la inhalación de humo de leña, pero fundamentalmente el desconocimiento de los padres sobre las medidas preventivas y capacidad de respuesta frente los signos y síntomas a la incidencia y prevalencia de IRAs.
- Sobre la reducción de la incidencia de IRAs, luego de haber aplicado el modelo de estrategia educativa se pudo concluir que durante el periodo de intervención el 32% de los Niños del CIBV no sufrieron ningún tipo de infección respiratoria, sin embargo, se reportó el 89,47% de niños afectados con morbilidad primaria, frente a los dos o tres atenciones subsecuentes que se tenían antes de la intervención.
- Se confirma con los datos propuestos por el RDACAA con la baja de morbilidad de IRAs en el periodo de intervención para noviembre de 2018 fue de 15,29%, para abril de 2019 descendió a 5,88%, se aplica la prueba de McNemar encontrándose diferencias significativas de morbilidad y de satisfacción antes y después de la intervención integral.

RECOMENDACIONES

- Es importante que los resultados obtenidos de la investigación, así como los logros alcanzados en la intervención educativa en la lucha para atenuar la incidencia y prevalencia de IRAs, se socialice a toda la comunidad, con el propósito de incentivar el cuidado a los niños y fomentar el desarrollo de comunidades más saludables.
- La investigación realizada es el segundo paso en un proceso de investigación longitudinal que ira observando de forma sistemáticamente, el mejoramiento de las condiciones de salud de los niños menores de cinco años, proyectándose al futuro con ciudadanos capaces de aportar positivamente a sus comunidades, por esta razón se recomienda que los datos obtenidos se sistematicen y publiquen periódicamente en artículos científicos, que posibilite visibilizar la situación, pero que se constituyan en fuentes referenciales que reflejen el trabajo que se está realizando con los niños.
- Los datos obtenidos en esta investigación y propuesta educativa para atenuar la incidencia de las IRAs, han permitido establecer los factores de riesgos vinculados a IRAS, por lo que se recomienda que los pobladores tomen las medidas correctivas adecuadas con el propósito de atenuar en lo posible el impacto y hacer extensiva la propuesta de intervención a entornos con similares condiciones de vida.
- Se recomienda mantener, las acciones emprendidas y reforzar los conocimientos adquiridos por los cuidadores a través de la planificación de un plan de formación permanente que involucra a todos los actores comunitarios, en la lucha contra las infecciones respiratorias agudas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abreu, G. (2005). Factores de Riesgo en las IRA. *Colección de Pediatría*, 9, 44-46.
- Alcaide, M., & Bisno, A. (2007). Faringitis y epiglotis. *Infect Dis Clin North America*, 449-69.
- Anaya, R., Caéz, E., Escolar, J., & Ávila, I. (2017). Edad y nivel Educativo asociados al conocimiento sobre signos de alarma para infecciones respiratorias en madres adolescentes. *Revista Cuidarte*, 1628-37. Obtenido de <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.395>.
- Ardura G, C., Vaca, M., Oviedo, G., Sandoval, C., Workman, L., Schuyler, A., & Cooper, P. (2015). Risk factors for acute asthma in tropical America: a case-control study in the City of Esmeraldas, Ecuador. *Pediatric Allergy and Immunology*, 423-30.
- Asamblea Constituyente. (Ecuador 2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador*. Montecristi.
- Barreda H, C. (2019). Tratamiento de la estenosis suglótica y suglotocotraqueal adquirida en pacientes pediátricos. *Revista pediátrica*.
- Barry, B., & Bernard, S. (2018). Infecciones de las vías respiratorias superiores. - *Tratado de Medicina EMC*, 22(2), 1-8.
- Bosio, J., & Arias, J. (2011). Mortalidad Infantil en Argentina. *Arch. argent. pediatr*, 547-57.
- Bostock, A., Gilbert, F., Lewis, D., & Smith, D. (2004). Infección por *Corynebacterium ulcerans* asociada a leche no tratada. *J Infect*, 9, 286-8.
- Botting M, A., McIntosh, D., & Mahadevan, M. (2018). Las infecciones pediátricas peri-orbitales pre y post septales son enfermedades diferentes. Una revisión retrospectiva en 252 casos. *Int J Pediatric Otorhinolaryngology*(72), 377-83.
- Bunnag, C., Jareoncharsi, P., Tansuriyawong, P., Bhothisuwa, W., & Chantaraku, N. (2009). Características de la Rinitis atrófica en pacientes tailandeses en el Hospital Siriraj. *La Rinología*, 37, 125-30.
- Carvalho, A., & Veríssimo, M. (2011). Comunicación y educación en consultas de salud en niños con infecciones respiratorias agudas. *Revista de la Escuela de enfermería de la USP*, 847-884.
- Castro, T., & Sanchez, C. (2012). *Conocimiento de los padres de familia sobre prácticas de prevención de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del sub centro de salud "RUMIÑAHUI" área # 2 de la ciudad de Guayaquil enero-junio 2012*. Guayaquil: Universidad Estatal de Milagro.
- Centros para la prevención y control de Enfermedades CDC. (2015). *Virus de Epstein-Barr y mononucleosis infecciosa*. Obtenido de Centro nacional de Enfermedades infecciosas: <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>.
- Chen, L., Yang, H., Wang, C., Yao, X., Zhang, H., Zhang, r., & He, Y. (2016). Características genómicas de las cepas de coxsackievirus A8 asociados con la enfermedad de manos, pies y boca y herpangia. *Archivos de virología*, 161(1), 213-17.
- Cherry, J. (2008). Croup. *New England Journal of Medicine*, 358(4), 384-391.

- Chow, A., Benninger, M., Brook, I., Brozek, J., Goldstein, E., & Hick, L. (2012). Guía práctica clínica IDSA para la rinosinusitis bacteriana aguda en niños y adultos. *Clinica Infect Dis*, e72-e112.
- Cifuentes J, N. (2014). *Nivel De conocimiento a las madres de Lactantes con bronquiolitis en el área de emergencia del hospital Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil en el periodo de mayo - Junio del 2013*. Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Guayaquil.
- Cohen, J. (2015). Vacunas contra el virus Epstein -Barr. *Inmunología clínica y Translacional*, 4(1), e32.
- Colom, L., & del Pino, M. (2016). Nuevas perspectivas en el tratamiento de la rinitis alérgica. *Nuevas fronteras en el tratamiento de las enfermedades alérgicas respiratorias*, 23-42.
- Condori Junes, F. (2015). *Conocimientos 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 Hospital San José de Chincha*. Obtenido de Alicia CONCYTEC: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/AUIC_70968ed24a7ff4259ab85f17d356fd48
- Cooper, D., Gold, J., Maclean, P., Donovan, B., Finlayson, R., & Barnes, T. (2005). Infección aguda por retrovirus del SIDA. Definición de una enfermedad clínica asociada a la seroconversión. *Lanceta*, 537-40.
- Cordero, A., Beltran, P., & Astudillo, J. (2015). Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en Pacientes Menores de 5 años y su asociación con Desnutrición Enero - Diciembre 2014. *Revista Médica HCJA*, 100-105.
- Coronel, C., Huerta, Y., & Ramos, O. (2018). Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 194-203.
- Dubón F, E. (2016). Hacinamiento en menores de 5 años como factor de riesgo para infecciones respiratorias agudas en una comunidad rural de Honduras. *Revista Médica Honduras*, 84(1-2), 31-35.
- Farizio, K., Strebel, P., Chen, R., Kimber, A., Cleary, T., & Cochi, S. (1993). Enfermedad respiratoria fatal debida a *Corynebacterium diphtheriae*: reporte de un caso y brevisión de la spautas de anejo investigación y control. *Clin Infect Dis*, 16, 59-68.
- Forum of International Respiratory Societies FIRS. (2017). *Respiratory diseases in the world*. Londres: Forum of International Respiratory Societies.
- Fitzgerald, D. (2016). LA Valoración y gestión del Crup. *Revista de Pediatría Respiratoria*, 73-81.
- Fleisher, G. (2002). Emergencias por enfermedades infecciosas. En G. Fleisher, S. Ludwig, & F. Henretting, *Libro de texto de Medicina de Emergencia Pediátrica* (pág. 783). Filadelfia: Lippincott William y Wilkins.
- Fogel, J., Berg, L., Gerbe, M., & Sherter, C. (2012). Epinefrina racémica en el tratamiento de crup: solo nebulización VS. nebulización con respiración intermitente positiva. *J Pediatría*, 101, 1028-31.
- Gahagan, S., Kliegman, R., Stanton, B., Geme, J., Schor, N., & Behrman, R. (2016). Nelson, Libro de texto de Pediatría. *South Asia*, 19, 179-91.

- Galazka, m., & Robertson, S. (1995). Difteria: Patrones cambiantes en el mundo industrializado. *EUR J Epidemiol* , 107-17.
- Germiller, J., Monin, D., Sparano, A., & Tom, L. (2016). Complicaciones intracraneales de la sinusitis en niños y adolescentes. *Arco Otolaryngol Head Neck Surg* , 969-76.
- Guzmán Pinos, M. (2016). *Propuesta de estrategia educativa sobre infecciones respiratorias agudas altas dirigida a padres del Centro Infantil del Buen Vivir 2016*. ESPOCH, Instituto de posgrado y Educación Continua. Riobamba: ESPOCH.
- Haines, C., Perrott, M., & Weir, P. (2006). Cuidados de promoción para niños con enfermedades agudas: desarrollo y evolución de una herramienta de alerta temprana pediátrica. *Enfermería en cuidados intensivos y Críticos*, 22, 73-81. doi:doi: 10.1016 / j.iccn.2005.09.003
- Heath C, Brodsky, A., & Potolosky, A. (2012). Mononucleosis infecciosa en una población general. *Soy Epidemiologo*, 42-42.
- Hempel, S., Newberry, S., Maher, A., Wang, Z., Miles, J., & Shanam, R. (2012). Probióticos para la prevención y el tratamiento de la diarrea asociada a antibióticos: una revisión sistemática y metaanálisis. *Jama*, 307, 1959-69.
- Hoberman, A., Paradise, J., Rockette, H., Shaikh, N., Wald, E., & Keraney D. (2011). Tratamiento de la otitis media aguda en niños menores de 2 años. *N Engl J Med*, 364, 116-26.
- Hug, L., Sharrow, D., & You, D. (2017). *Levels and trends in child mortality*. Ginebra: Report 2017 Estimates developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation .
- I Bru, J. (2017). Infecciones de vías respiratorias altas -1 Faringitis aguda y recurrente. *PediatríaIntegral*, 385.
- Institute for Health Metrics and Evaluation IMHE. (2017). *Instituto de métricas y evaluaciones de la salud*. Obtenido de Ecuador: <http://www.healthdata.org/ecuador?language=149>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. (2017). *Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones en el 2016*. Quito: INEC.
- Isaías, M. (2016). *Causales de Infecciones Respiratorias Altas en Menores de 12 Años en la Unidad De Salud de Primer Nivel de Atención de la Parroquia Zurmi, Zamora Chinchipe*. Zamora Chinchipe: Universidad de Guayaquil.
- Jeffers , M., Begue, D., Guzmán, Z., & Hernández, J. (2015). Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Un acercamiento a la Bronquitis. *Revista información Científica*, 90(2), 391-400.
- Jiménez N, K., & Romero, D. (2017). *Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años*. Milagro: Universidad Estadal de Milagro.
- Joaki, G., Hoffman, I., Martinson, F., Mapanje , C., & Stewar, P. (2017). Transmisión amplificada del VIH-1: Comparación de las concentraciones de VIH-1 en el semen y la sangre durante la infección aguda y crónica. *SIDA*, 21, 1723-30.

- Juy A, E., Céspedes F, E., Wong R, R., Maza G, A., Guardia, T., & Alberti, C. (2004). Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Medison*, 18(11), 1490-1498.
- Kang , M., & Kieff, E. (2015). Virus de Epstein Barr genes latentes. *Medicina experimental y molecular*; 47(1), e131.
- Kassutto, S., & Rosenberg, E. (2014). Infeccion primaria por VIH tipo 1. *ClinInfect Dis.* , 1447-53.
- Lara O, C., De Graeve, D., Franco, F., & Daza, S. (2016). Carga de la enfermedad y análisis de costos médicos de las infecciones respiratorias agudas en el un distrito de bajos ingresos de Bogota. *Revista Salud Pública*, 18(4), <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/45485> .
- López C, X., Massip N, T., & Domínguez, Y. (2014). Factores de riesgo de infecciones respiratorias altas recurrentes en menores de cinco años. *Revista Panamericana de Infectología*, 16(1), 7-16.
- Macki , I. (2008). Los rinovirus humanos: se reinician las guerras frias . *J Clinica Viral* , 297-321.
- Malo, S., Njerrum, L., Lallana, M., Poncel, A., & Rabaneque, M. (2015). Prescripción atibiótica en infecciones respiratorias agudas en atención primaria. *Anales de Pediatría*, 82(6), 412-16.
- Manual Merck. (2018). *El Manula Merck para profesionales de la salud*. Obtenido de http://www.merckmanuals.es/professional/ear_nose_and_throat_disorders/nose_
- McDonald , S., Devleessschauwer, B., & Wallinga, J. (2016). El impacto de la heterogeneidad a nivel individual en la carga estimada de enfermedades infecciosas: un estudio de simulación. *Popul Health Metr (Internet)*, 14, 1-19. Obtenido de <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=120270123&site=ehost-live>
- Menegheti , A. (Abril de 2012). *Infecciones del Tracto Respiratorio*. Obtenido de <https://emedicine.medscape.com/article/302460-overview>
- Ministerio de Inclusión Económica y SocialMIES. (2013). *Informe de Gestión 2011-2012*. Quito: SENPLADES.
- Milián , M., López, M., López , L., & Garaguay, A. (2016). Infecciones respiratorias agudas: greve recorrido que justifique su comportamiento. *Revista de información Científica*, 95(2), 339-55.
- Mishra, A., Kawatra, R., & Gola , M. (2012). Intervenciones para la rinitis atrófica. . *Cocharane Database Syst Rev.*, CD008280.
- Ministerio de Salud Publica MSP. (2017). *Ministerio de Salud Pública* . Obtenido de Sala de situación Epidemiológica SE-42_2017: <https://www.salud.gob.ec/sala-de-situacion-epidemiologica-2017/>
- Naluonde, T., Wakefield, C., Markle, L., Martin, A., Tresphor, C., Abdulla, R., & Larsen, D. (2018). A disruptive cue improves handwashing in school children in Zambia. *Health Protion International*, 1(10), Digital. doi:doi.org/10.1093/heapro/day080

- Navazo E, A., Gómez, F., Alfonso A, M., Escorihuela G, V., Pérez S, J., Valencia R, J., & Gutierrez D, M. (2015). Obstrucción de la vía aérea superior en la infancia . *Máximo de estridor en la infancia*.
- Noriega, D., & López, A. (2018). Infecciones agudas traqueales y del árbol bronqueal *Medicine. Programa de formación Médica Continuada Acreditada*, 12(64), 3714-750.
- Oliva , Y., Piloto, M., & Iglesias, P. (2013). Clínica y epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* , 49-62.
- Organización Mundial de la Salud OMS . (2017). *Informes sobre resultados* . Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2010). *Aspectos Clínicos de la Infección por el virus de influenza A (H1N1) pandémica 2009*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (Junio de 2011). *Difteria*. Obtenido de <http://www.who.int/immunization/topics/diphtheria/>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (Marzo de 2017). *1,7 millones de niños menores de cinco años fallecen anualmente por contaminación ambiental, según la OMS* . Obtenido de Organización Panamericana de la Salud Ecuador: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1878:1-7-millones-de-ninos-menores-de-cinco-anos-fallecen-anualmente-por-contaminacion-ambiental-segun-la-oms&Itemid=360
- Ovalles , Y., & Velásquez, J. (2015). Infecciones respiratorias virales en pediatría;: Generalidades sobre fisiopatología, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. *Revista Médica UIS*, 28(1), 133-41.
- Pavez , D., Pérez, R., Cofré, J., & Rodríguez, J. (2019). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de infecciones respiratorias agudas en pediatría. *Revista Chilena de Infectología*, 36(1).
- Pozo A, W. (2017). *Determinantes ambientales asociados a infecciones respiratorias agudas en pacientes de 1 a 5 años de edad en el Hospital General Martín Icaza, Cantón Babahoyo Provincia de los Ríos*. Babahoyo: UTB.
- Prado , S., & Fujimori, S. (2006). Conocimiento materno/familiar sobre el cuidado prestado a la crianza de un niño enfermo. *Revista Brasileira de Enfermería*, 492-6.
- Reveiz, L., Cardona, A., & Ospina, E. (2007). Antibióticos para la laringitis aguda en adultos. . *Cochrane Database Syst Rev* , CD004783.
- Savy , V., Ciapponi, A., Bardach, A., Glujovski, D., Aruj, P., & Mazzoni, A. (Noviembre de 2017). *La carga de la influenza en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática y un metanálisis*. doi:<http://doi.wiley.com/10.1111/irv.12036>
- Segal, A., Crighton, E., Moineddin, R., Mandani, M., & Upshur, R. (2005). Hospitalización de crup: un análisis de series temporales de 14 años . *Pediatrics*, 51-5.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES. (2011). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito: Semplades.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES. (2017). *El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 "Toda una Vida" se presentó en Riobamba*. Obtenido de

<http://www.planificacion.gob.ec/el-plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021-toda-una-vida-se-presento-en-riobamba/>

- Sigaud, C. (2013). *Conceptos y prácticas maternas relacionadas al niño con neumonía: Un estudio Realizado en la Ciudad de Sao Paulo*. Sao Paulo: Facultad de Salud Pública.
- Silber, J., & Barton, R. (1980). Dominant inheritance in a family with primary ciliary dyskinesia. *J Med Genet*, 39-49.
- Snow, V., Mottur P, C., Cooper, R., & Hoffman, J. (2011). Principios del Uso apropiado de antibióticos para la faringitis aguda en adultos. *Ann Interna Medicina*, 134, 506-8.
- Sobol, S., & Zapata, S. (2018). Epiglottitis y crup. *Otolaryngol Clin North Am*, 41, 551-66.
- Suqui U, F., & García C, D. (2019). *Prevalencia de infecciones respiratorias agudas y factores relacionados en niños de 0 a 5 años atendidos en el centro de salud n° 1 Pumapungo zona 6 distrito 01d01, en el año 2017*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Tahtinen, P., Laine, M., Jalava, J., Rosenen, O., & Ruohole, A. (2011). Un ensayo controlado con placebo de tratamiento antimicrobiano para la otitis media aguda. *N Engl J Med*, 116-26.
- Tamayo R, C., & Bastart O, O. (2015). Nuevo enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. *MediSan*, 19(5), 684-694.
- Tebruegge, M., Pantazidou, A., Thorburn, K., Rordan, A., Ronda, J., & De Munter, C. (2009). Traqueítis bacteriana: una perspectiva multicéntrica. *Spanish J Infect Dis*.
- Torres L, L., Martínez P, T., & Portales Z, V. (2018). Promoción y educación para la salud en la prevención de las infecciones respiratorias agudas. *Humanidades Médicas*, 18(1), 122-36.
- Torres, L., Cuaical, N., Macero, C., Luque, J., & Bacalhua, J. (2017). Difteria: Aspectos microbiológicos. *Medicina Interna*, 32(4).
- Townsend, J., Greenland, K., & Curtis, V. (2018). Costs of diarrhoea and acute respiratory infection attributable to not handwashing: the cases of India and China. *Tropical Medicine & International Health*, 22(1).
- Triana, B., Domínguez, Á., Álvarez, D., & Navarro, B. (2018). Infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de quince años en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina*.
- United Nations International Children's Emergency Fund UNICEF. (2011). *Estado de la Niñez en el Perú*. Obtenido de http://casasdonbosco.org/download/cdb/compartir/2_ESTADO_DE_LA_NINEZ_EN_EL_PERU.pdf
- Velez, R. (2017). *Factores Ambientales que influyen en la aparición de enfermedades respiratorias*. Milagro: Universidad Estatal de Milagro.
- Wang, S., & Liu, C. (2009). Enterovirus /1: epidemiología, patogenia y manejo experto. *Rev Anti Infect Ther*, 735-42.
- Welliver, R. (2005). Croup: controversia continua. *Seminario Pediátrico de infecciones respiratorias 1995*, 90-5.

Wong, K., Pace, P., Wu, B., & Morrison, M. (2009). Candidiasis laringiaen el ámbito ambulatorio. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, 38, 624-7.

ANEXOS

Anexo A Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antecedentes

Yo, Paola Vanessa Mites Carrasco, posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis con el tema Estrategia de intervención para reducir las Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo, cantón Requisito para obtener el título de especialista. Se brindará la atención medica integral a los niños del CIBV, se desarrollará un total de 6 sesiones educativas y se encuestará a los padres de familia, y cuidadoras, garantizando que toda la información brindada será estrictamente confidencial y sólo será utilizada con fines investigativos, La participación en el estudio no supone riesgo ni gasto alguno, pudiendo la persona decidir libremente participar o no en la investigación.

Consentimiento Informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado, por lo que Yo, _____; con CC: _____, Acepto voluntariamente participar en esta investigación, acerca de: Estrategia de intervención para reducir las Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” de la parroquia Puerto Napo de la Autora Dra. Paola Vanessa Mites Carrasco,

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Anexo B

Encuesta

Encuesta dirigida a padres de familia del Centro Infantil del Buen Vivir “Corazones Abiertos” Parroquia Puerto Napo, durante el período octubre 2018 a junio 2019.

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento.

Instrucciones: Marque con una X, según corresponda.

DATOS GENERALES

Edad: _____ años

Sexo Hombre Mujer

Esoja el grupo cultural al que pertenece:

Indígena
Mestizo
Afroecuatoriano
Otros

Cuál es su Nivel de Instrucción alcanzado hasta el momento.

Básico
Bachillerato
Tercer Nivel
Ninguna

Al momento en que trabajo se desempeña

Agricultor
Ama de casa
Empleado publico
Empleado privado
Vendedor informal
Desempleado
Otra

CUESTIONARIO

❖ **Sobre el Cuidado en la Higiene personal**

1. ¿Usted se lava las manos con agua y jabón?

SI
NO

2. ¿Cuántas veces al día se lava las manos?

1 vez
2 veces
3 veces
Rara vez

3.-Considera que su Práctica de lavado de manos es:

Adecuada
Medianamente Adecuada
Inadecuada

❖ **Sobre los Centros del Buen Vivir**

4. ¿Cuántos niños cree Usted que deben estar por aula en un Centro Infantil del Buen Vivir?

Hasta de 10
De 10 a 20
Más de 20

Sobre la Lactancia Materna

5. ¿Hasta qué edad considera Usted que se debe dar la Lactancia Materna exclusiva a un niño?

- Menos 6 meses
- Hasta los 6 meses
- Hasta 1 año
- Más de 2 años

6. ¿Cuáles son las ventajas de la Lactancia Materna?

- Previene las infecciones.
- Tiene todos los nutrientes que el niño necesita.
- Ayuda a ahorrar dinero.
- Crea un lazo de amor muy fuerte entre madre e hijo.
- Todas
- Ninguna
- No conozco sobre el tema

❖ Sobre las Infecciones Respiratorias

7.- ¿Cómo cree Ud. que se producen las infecciones respiratorias altas en los niños?

- Contacto Indirecto: en este caso un objeto contaminado
- Contacto Directo: por ejemplo dar la mano para saludar, besar, etc.
- Gotitas que genera una persona mediante la tos, el estornudo, al hablar
- Transmisión por aire
- Cambios bruscos de la temperatura (época de invierno)
- No conozco sobre el tema

8. ¿Hasta cuántos días se considera Infección Respiratoria Aguda?

- Menos de 15 días
- Más de 15 días
- No conozco sobre el tema

9. ¿Qué síntomas son los más comunes de las Infecciones Respiratorias Agudas?

- Tos
- Dolor de garganta
- Secreción nasal
- Fiebre
- Dolor abdominal
- Dolor de oído
- Diarrea con sangre
- Pérdida de peso
- no conozco sobre el tema

10. ¿Qué hace cuando sospecha que su hijo tiene Infección Respiratoria Aguda?

- Lo mantengo abrigado
- Acudo de inmediato al centro de salud
- Le doy remedios caseros.
- Le compro medicamentos en la farmacia, sin receta médica.
- Nada

11. ¿Cuáles considera signos de peligro (alarma) de las Infecciones Respiratorias Agudas?

- Respiración rápida
- Fiebre alta
- Piel morada
- Dificultad para respirar
- no conozco sobre el tema

12.- ¿Cuáles de las siguientes considera que son las complicaciones de una Infección Respiratoria Aguda alta sin manejo oportuno?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sordera |
| <input type="checkbox"/> | Dolor de muela |
| <input type="checkbox"/> | Fiebre permanente |
| <input type="checkbox"/> | Bronquitis/ neumonía |
| <input type="checkbox"/> | Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> | Dolor de oído |
| <input type="checkbox"/> | No existen complicaciones |
| <input type="checkbox"/> | No conozco sobre el tema |

13. ¿Ha recibido alguna información por el personal de salud sobre cómo evitar las Infecciones Respiratorias Agudas en su niño o niña?

- | | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | SI |
| <input type="checkbox"/> | NO |

14.- De acuerdo a la información que recibió por el personal de salud durante sus consultas médicas su nivel de satisfacción es:

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Muy satisfecho |
| <input type="checkbox"/> | Satisfecho |
| <input type="checkbox"/> | Poco satisfecho |

Gracias por su gentil colaboración

Anexo C Propuesta metodológica y aplicativa

| | | |
|----------------|---|-----------------------|
| Ficha 1 | <i>Intervención Educativa en Salud</i> ESPOCH | <i>F1 Hoja 1 de 2</i> |
| | Tema: Generalidades de las Infecciones Respiratorias Agudas. | |

Contenidos:

- Definiciones.
- Vías más comunes de transmisión de la enfermedad.
- Epidemiología de la enfermedad en el mundo, Ecuador y la provincia de Napo.

Objetivos:

- Socializar el contenido de la estrategia, sensibilizando a los participantes con la importancia del cambio.
- Explicar las características, epidemiología y vías más comunes de transmisión de la enfermedad para sensibilizar a los padres con la realización de acciones preventivas.

Métodos y técnicas:

- Técnicas participativas: lluvia de ideas.
- Taller de inicio.
- Conferencia dialogada.

Recursos humanos, materiales y de soporte:

- Médico familiar y comunitario
- Técnico en Atención primaria de salud
- Computadora
- Infocus

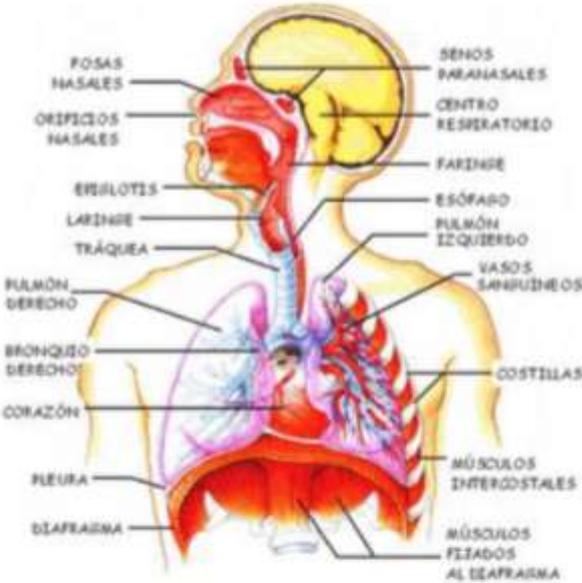
Tiempo de duración: 40 minutos

Meta:
Conocimiento de las vías de transmisión de las Infecciones Respiratorias Agudas para cortar el ciclo infeccioso adoptando las medidas de prevención necesarias.

Propuesta para el desarrollo de la sesión de trabajo:

La primera sesión de trabajo se iniciará con la presentación por parte del responsable del contenido de la estrategia, para lo que se auxiliará de una presentación en power point, que ilustre de manera sintética los contenidos a abordar.

Posteriormente se procede a la introducción de los miembros del grupo, para ello se utilizará una técnica de presentación. Estas técnicas tienen como objetivo estimular la participación e integración entre los miembros, propiciando la creación de un ambiente agradable y de compenetración. Se propone utilizar la técnica de los refranes, que tiene como objetivo favorecer la presentación por parejas de los 40 participantes. Para ello se seleccionarán 20 refranes del refranero popular ecuatoriano que se dividan en dos partes y cada participante debe encontrar la otra parte entre los integrantes del grupo.



El diagrama muestra una vista frontal y lateral del sistema respiratorio humano. Las etiquetas incluyen: FOSAS NASALES, ORIFICIOS NASALES, ENFILOTES, LARINJE, TRÁQUEA, PULMÓN DERECHO, BRONQUIO DERECHO, CORAZÓN, PLEURA, DIAFRAGMA, SENOS PARANASALES, CENTRO RESPIRATORIO, FARINGE, ESÓFAGO, PULMÓN IZQUIERDO, VASOS SANGUÍNEOS, COSTILLAS, MÚSCULOS INTERCOSTALES, y MÚSCULOS PEZADOS AL DIAFRAGMA.

Los refranes pueden ser:

F1 Hoja 2 de 2

- Días de mucho ... víspera de nada.
- El que anda entre miel ... algo se le pega.
- No dejes para mañana ... lo que puedes hacer hoy.
- Educar una persona no es hacerle aprender algo que no sabía ... sino hacerle de él alguien que no existía.
- Más vale ser cabeza de león ... que cola de ratón.
- No hay mal que dure cien años ... ni cuerpo que lo resista.
- No digas lo que piensas ... pero piensa lo que dices.
- La paciencia es un árbol de raíz amarga ... pero de frutos muy dulces.
- Quien ríe último ... ríe mejor.

Para su aplicación el responsable debe haber elaborado previamente un conjunto de tarjetas, de acuerdo al número de participantes, donde estén escritos fragmentos de refranes populares. Cada fragmento del refrán se escribirá en dos tarjetas diferentes: el comienzo en una de ellas y su complemento en otra. Cada participante debe buscar a la persona que tiene la otra parte del refrán. De esta forma quedan conformadas las 20 parejas y se dará unos 5 minutos aproximadamente para que se conozcan las parejas y se presenten en plenaria.

A continuación, se realizará una lluvia de ideas donde los participantes expresaran en voz alta lo que esperan lograr en las sesiones. Se anotarán las respuestas en una cartulina que debe permanecer ubicada en un espacio del aula durante todo el tiempo que se prolongue la intervención.

Posteriormente se presentará el tema de la sesión y se abordarán las definiciones de las Infecciones Respiratorias Altas, la epidemiología y sus vías de transmisión, reforzando los contenidos más importantes, a través de una conferencia interactiva. Para esta actividad el responsable se auxiliará de los principales organizadores gráficos que le permitan sintetizar a información y jerarquizar los elementos más importantes, entre estos organizadores se propone utilizar los mapas mentales y mapas conceptuales.

La sesión concluye cuando los participantes determinan sus expectativas de aprendizaje a través de la utilización de una técnica en las que se les solicita que respondan individualmente a las siguientes preguntas:

"Con respecto a la salud de mis hijos".

¿Qué deseo saber mejor?

¿Qué deseo hacer mejor?

¿Qué puedo hacer mejor para cuidar de su salud?

Estas preguntas se recogerán, serán revisadas y clasificadas por el responsable dando inicio a la siguiente sesión.

Contenidos:

- Clasificación de acuerdo a Dennis y Clyde.
- Descripción de las principales afecciones respiratorias agudas más frecuentes, según las diez primeras causas de morbilidad.

Objetivos:

Explicar a los participantes los diferentes criterios clasificatorios de las Infecciones Respiratorias Agudas, enfatizando en las formas de presentación más comunes en la provincia y comunidad..

Métodos y técnicas:

- Taller interactivo.
- Técnica participativa para la elaboración de un mensaje educativo.

Recursos humanos, materiales y de soporte:

- Médico familiar y comunitario
- Técnico en Atención primaria de salud
- Computadora
- Infocus
- Papelógrafo

Tiempo de duración: 40 minutos

Meta:

Conocimiento de las afecciones respiratorias más frecuentes en la comunidad para evitar la propagación intra y extradomiciliaria.

Propuesta para el desarrollo de la sesión de trabajo:

La segunda sesión de trabajo se iniciará con el análisis de las respuestas ofrecidas por los participantes en forma escrita. Para esto, el Médico familiar y comunitario dará lectura al resumen que hizo previamente sobre las respuestas a las preguntas en relación a la salud de los hijos: ¿Qué deseo saber mejor?, ¿Qué deseo hacer mejor? y ¿Qué puedo hacer mejor para cuidar de su salud?

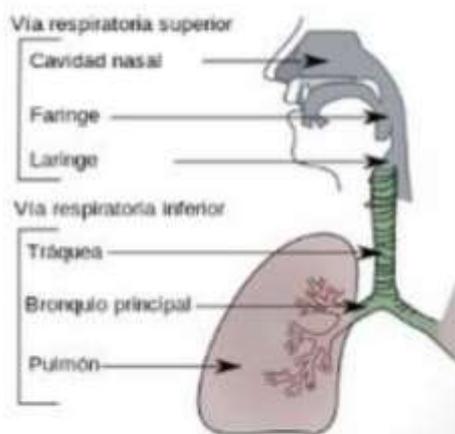
Se leerán en voz alta las respuestas que se seleccionen al azar y se propiciará el debate grupal sobre las mismas, para finalizar se determinarán las regularidades en las respuestas y se esclarecerán las necesidades de aprendizajes compartidas por los participantes.

A) Según la etiología:

- Bacterianas, virales, parasitarias
- Específicas, inespecíficas

B) Según la localización:

- Altas (nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senos paranasales.
- Bajas



Posteriormente, se procede a realizar un Taller sobre el tema correspondiente a la sesión, para ello el responsable debe subdividir el grupo al menos en 4 subgrupos y se le pide a cada uno de los integrantes que formulen por escrito una pregunta sobre el tema a tratar ese día (las preguntas se harán en base a la clasificación de las infecciones respiratorias agudas), las mismas deberán ser entregadas al subgrupo contiguo y respondidas por este. Finalmente, se selecciona un miembro de cada subgrupo para responder estas preguntas y en base a los elementos brindados se harán las correcciones necesarias y se abordará el tema, favoreciendo la interacción permanente entre los miembros.

El expositor se ayudará de una presentación en power point con los elementos centrales del tema. Para concluir se pide a un miembro de cada equipo que proponga en voz alta, un mensaje educativo relacionado a la pregunta que les correspondió responder y se realizan reflexiones sobre la utilidad de cada uno de los mensajes.

Tema: Complicaciones de las Infecciones Agudas de las vías Respiratorias Altas no tratadas.

Contenidos:

- Neumonía.

Objetivos:

Valorar la importancia del cuidado de las infecciones respiratorias agudas altas para evitar la afección de las vías aéreas bajas, siendo la neumonía la más común.

Métodos y técnicas:

- Métodos de discusión
- Técnicas participativas

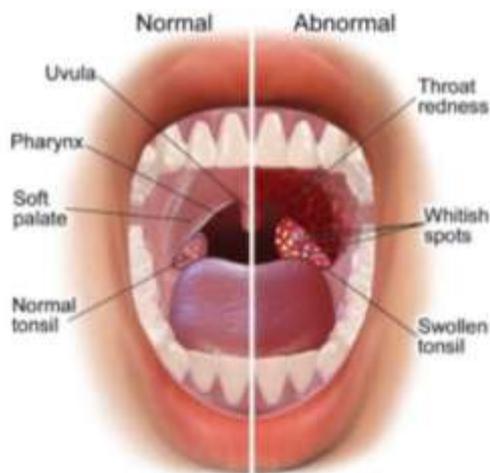
Recursos humanos, materiales y de soporte:

- Médico familiar y comunitario
- Técnico en Atención primaria de salud
- Computadora
- Infocus
- Papelógrafo

Tiempo de duración: 40 minutos

Meta:

Adopción de actitudes responsables hacia los hijos que eviten las complicaciones de las Infecciones Respiratorias Altas con otros procesos respiratorios de mayor complejidad y que requiera de otras acciones de salud como la hospitalización



Propuesta para el desarrollo de la sesión de trabajo:

La sesión comienza pidiendo a un participante que realice una relatoría de los principales aprendizajes logrados en la sesión anterior. Para el desarrollo de esta sesión, se propone el uso del método de discusión que se caracteriza por el análisis colectivo de situaciones problemáticas en las que se promueve un intercambio de ideas, opiniones y experiencias, sobre la base de los conocimientos teóricos previos que poseen los participantes, lográndose una visión integral y compartida del problema, para de esta forma arribar a una solución colectiva y el esclarecimiento de la posición propia y de los distintos enfoques sobre el problema. Las situaciones para utilizar en el método de discusión pueden ser:

Caso 1

Una madre, asiste al centro de salud acompañada de su hijo de un año pues, según refiere, lleva aproximadamente dos días con fiebre alta y tos persistente, durante la entrevista explica que cada vez que le sube la fiebre le pone compresas debajo del brazo pero como trabaja en el campo no ha tenido tiempo de acudir al centro de salud. Al examen físico el médico detecta respiraciones rápidas y coloración morada en los labios. - ¿Considera correcta la actitud asumida por la madre? - Si usted estuviera en su lugar ¿qué conducta asumiría?

Caso 2

Un padre acude a consulta, con su hijo de dos años y seis meses, que presenta fiebre alta con escalofríos, poca tos, con flema amarillenta de diez días de evolución. Refiere además que, al inicio del cuadro, a los dos días, lo llevó a la consulta y le dijeron que era una gripe por lo que le enviaron a la casa con tratamiento no farmacológico.

- ¿Considera que con la presencia de este cuadro clínico los padres deben llevar al niño al facultativo nuevamente?

- Si usted estuviera en el lugar del padre. ¿Qué tiempo considera que debe esperar para asistir nuevamente al médico?

Caso 3

Durante la visita del médico familiar a un CIBV, detecta a un menor de dos años que presenta secreción nasal verde amarillenta, tos persistente, decaimiento y fiebre. En la entrevista la promotora refiere que el niño está así desde hace varios días, pero en las últimas 24 horas su cuadro ha empeorado, no participa de las actividades y se alimenta poco.

- Valore la actitud asumida por los padres al enviar al menor en ese estado al CIBV.

- ¿Cuáles son los síntomas que considera Usted de mayor gravedad en el cuadro que presenta este niño?

Caso 4

Durante una visita domiciliaria, el médico familiar encuentra a varios miembros de una familia, incluidos tres menores y un adulto con cuadros gripales similares, la madre indica que tiene otro niño de un año, dos meses que duerme con sus padres en la misma cama y que ha empezado con los mismos síntomas que el resto.

A la inspección se comprueba que uno de los enfermos presenta dificultades para respirar, cambio de coloración en los labios y fiebre elevada por lo que permanece en la cama desde hace tres días, sin ánimo de realizar ninguna actividad ni siquiera el aseo personal. El médico pregunta por qué no lo han llevado a un centro de salud y le responden que creían que este malestar era pasajero e iba a pasar rápidamente.

- ¿Considera que el estado de salud del paciente se puede agravar por la demora en buscar ayuda médica?

- Dentro de todos los miembros de esta familia. ¿Quiénes considera Usted que necesitan atención médica?

Dentro de los métodos de caso se trabajará fundamentalmente la discusión en pequeños grupos, la que favorece una mayor integración de todos los miembros a las discusiones del tema y fundamentalmente ofrece la oportunidad a todos de participar por igual dentro de los marcos de sus subgrupos.

Durante todo el tiempo que permanezcan trabajando los pequeños grupos el responsable (médico familiar y comunitario auxiliado por el técnico de atención primaria de salud) intercambiará con ellos, favoreciendo los análisis, intencionando las discusiones y aclarando todas las dudas, de manera que los resultados de los aprendizajes que se realizan entre los miembros se asemejen lo más posible a las respuestas correctas que se presentaran en la plenaria.

Posteriormente el responsable de la actividad dará lectura a cada uno de los casos presentados y un miembro de cada subgrupo expondrá las conclusiones a las que arribaron, estas respuestas serán corregidas o reforzadas por el profesional de salud, para facilitar la comprensión del tema y el cumplimiento del objetivo inicial.

La sesión culmina cuando el responsable pida a los participantes que completen un cuadro previamente elaborado en una cartulina ubicada en el centro del local y que estará dividida en dos columnas

Columna A: lo que debo hacer para evitar las complicaciones de la enfermedad.

Columna B: lo que no debo hacer cuando algún miembro de mi familia presenta una afección respiratoria.

Se pedirá a los participantes que escriban en la columna que prefieran y en base a las respuestas ofrecidas se comprobarán los aprendizajes y se reforzarán las conductas positivas y corregirán las dudas que aún se mantengan.

Ficha 4

Tema: Prevención de las IRAS. Cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias

Contenidos:

- Orientaciones generales para evitar la propagación de la enfermedad.
- Lavado de manos. Importancia y técnica.
- Manejo adecuado de las secreciones naso bucales.

Objetivos:

- Concientizar a los participantes con la importancia del cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias para evitar las infecciones y reinfecciones del sistema respiratorio.
- Demostrar a los participantes la realización de las técnicas seleccionadas para el cumplimiento de las acciones de prevención de las infecciones respiratorias altas.

Métodos y técnicas:

- Demostración
- Taller grupal

Recursos humanos, materiales y de soporte:

- Médico familiar y comunitario
- Técnico en Atención primaria de salud
- Computadora
- Infocus
- Útiles de aseo: jabón, agua, toallas desechables.

Tiempo de duración: 40 minutos

Meta:

Adquisición de habilidades para el cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias de prevención de las Infecciones Respiratorias Altas



Propuesta para el desarrollo de la sesión de trabajo:

La actividad comenzará mostrando los resultados del aprendizaje obtenido en la sesión anterior realizando un breve resumen sobre las conductas a adoptar para evitar las complicaciones de esta enfermedad en sus hijos y se les preguntará si mantienen estos criterios o desean añadir nuevas conductas.

Una vez concluida esta parte inicial, se introduce el tema de la sesión del día referido a las acciones de prevención que pueden realizarse para evitar las infecciones respiratorias altas.

Se realizará a través de un Taller donde el responsable puede utilizar varias tarjetas en las que lleve escrito propuestas de diferentes acciones para que los participantes determinen si

son efectivas o no para prevenir esta enfermedad. Si consideran que son efectivas mostrarán su acuerdo levantando la mano y si consideran que no lo son las mantendrán abajo.

Como ejemplo de las acciones contenidas en la tarjeta se presentan los siguientes:

- Cuando hace frío o está lloviendo no debo bañar al niño pues, corre el riesgo de coger catarro.
- Si uno de mis hijos tiene tos, le indico que se tape la boca o vire la cara para evitar que lo haga sobre los demás.
- Aunque sienta que tengo gripe puedo besar a mi hijo en la boca pues, de esta manera no hay riesgo de que le transmita el virus.
- Cuando termino de bañar a mi niño pequeño y lo traslado a otra habitación prefiero hacerlo sin ponerle ropa pues evito que coja salpullido u otra infección en la piel.
- Cuando estoy preparando los alimentos y me siento con catarro no es necesario que me preocupe si toso pues por esta vía no es posible que ellos se enfermen también.
- Aunque mi niño se sienta con catarro y malestar y está lloviendo si el me pide que lo deje mojar en el aguacero lo debo hacer pues esto lo ayuda a eliminar toda la flema que le queda dentro.
- Cuando mi niño tose le sugiero que no escupa y mejor trague pues de lo contrario sería un signo de mala educación de su parte.
- Si mi niño tiene con frecuencia tos y catarro, no lo llevo al médico pues ya me han dicho qué debo hacer y hasta ahora todo me ha funcionado muy bien.
- Si durante el transcurso de una enfermedad respiratoria observo que a mi niño le comienza a dar fiebre todos los días, considero que mejor es esperar pues si lo llevo al médico de seguro lo inyectan y no me gusta verlo llorar.
- Si mis hijos tienen secreción nasal puedo utilizar la misma toallita húmeda o pañito para limpiarlos a todos, sin riesgo para los demás.
- Si observo a mi niño con los labios morados, falta de aire y tos frecuente no me preocupó pues ya sé que son síntomas de que tiene catarro y se le va a quitar en unos días.

Cada vez que se lea una de las tarjetas se les solicitará a los participantes que levanten la mano si están de acuerdo con el planteamiento y dos de ellos al azar, deben explicar por qué consideró dar esta respuesta. En todos los casos el responsable realizará las aclaraciones necesarias y reforzará los aprendizajes correctos.

Luego, se utiliza la demostración como técnica fundamental de la educación para la salud para fomentar el desarrollo de habilidades correctas en relación al aspecto seleccionado por el profesional.

Las habilidades que se van a demostrar son:

- Posición adecuada al toser y estornudar para evitar la contaminación del medio.
- Limpieza de las secreciones nasales.
- Manejo apropiado de los desechos sólidos
- Correcto lavado de mano.

Una vez realizada la demostración por el médico familiar y auxiliado por el técnico de atención primaria de salud, se procede a realizar la técnica con todos los participantes y de esta manera se va trabajando con la totalidad, permitiendo en dependencia del tiempo disponible, que se repitan las acciones hasta realizarlas correctamente.

El profesional de la salud debe insistir en la responsabilidad asumida por cada participante con replicar estas medidas con el resto de los miembros de la familia y fundamentalmente con los que conviven en el hogar.

Ficha 5

Tema: Signos de peligro y conducta a asumir por la familia en las Infecciones Respiratorias Agudas.

Contenidos:

- Signos de alarma.
- Conducta a seguir cuando ocurran estos eventos.

Objetivos:

Reconocer los principales signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas para adoptar las conductas oportunas en cada caso por parte de los participantes.

Métodos y técnicas:

- Video debate.
- Técnicas participativas

Recursos humanos, materiales y de soporte:

- Médico familiar y comunitario
- Técnico en Atención primaria de salud
- Computadora para proyección de video
- Infocus
- Pancartas

Tiempo de duración: 40 minutos

Meta:

Conductas adecuadas de los padres ante la identificación de los primeros signos de alarma en los hijos, evitando retardos innecesarios o no asistencia a los centros de salud ante indicadores de enfermedad en los menores.

Propuesta para el desarrollo de la sesión de trabajo:

La sesión comienza recordando los contenidos abordados en la actividad anterior para lo que se le puede solicitar a uno de los participantes que ejemplifique las habilidades adquiridas y valore en una escala del 1 al 5 cómo considera que esta sesión contribuyó a que él y su familia aprendan a prevenir estas infecciones.

Consecutivamente, se procede a presentar el video de Signos de Alarma en Infección Respiratorias Aguda en niños que dura aproximadamente 5 minutos, en el que se abordarán los principales signos de alarma y las conductas a asumir por los padres ante estas situaciones.

En esta época de lluvia y pensando en nuestros usuarios y sus familias, la E.S.E. Hospital Salazar de Villeta recomienda tener en cuenta lo siguiente



Al estornudar o toser cúbrase con un pañuelo o con el antebrazo



Mantenga limpias las superficies y la casa ventilada



Si tiene gripe, use tapabocas



Tome bastante líquido



Lávase las manos con frecuencia

Una vez que concluya esta presentación se procede al debate con una lista de preguntas previamente elaborada por el responsable. Las preguntas que se sugieren pueden ser:

- ¿Cómo se sintió durante la proyección de este video?
- ¿Considera que la conducta que ha estado asumiendo hasta el presente en relación a las enfermedades respiratorias de sus hijos era correcta?
- ¿Qué fue lo que más le preocupó de los contenidos abordados en este video?
- ¿Qué nuevos conocimientos ha obtenido?
- ¿Si alguno de sus hijos o usted manifiesta solamente uno de los signos de alarma que se mostraron en la proyección, que decidirá: esperar a que pasen los días para ver si mejora o empora o acudir inmediatamente al centro de salud?
-

Para finalizar la actividad se propone la utilización de algunas de las técnicas propuestas por De Bono para consolidar los aprendizajes. Se sugiere la utilización de la técnica conocida por sus siglas P.N.I (Aspectos Positivos, Negativos, Interesantes) considerando que los aspectos Positivos (P) son los aspectos buenos que gustaron de la sesión, los Negativos (N) aquellos que no lo hicieron y los Interesantes (I) son los que despiertan una interrogante o les resultaron novedosos al sujeto.

Se propone que la técnica se realice primeramente de forma individual, entregando una hoja de papel a cada participante para que escriba sus consideraciones sobre cada uno de los aspectos a evaluar y luego se colocan en un buzón de donde se extraen aleatoriamente algunas (no más de diez) y se leen en voz alta preservando el anonimato.

Se pueden colocar tres pancartas en las cuales el responsable, escribirá todas las respuestas que ofrecieron los participantes en cada uno de los aspectos.

Para el responsable de la actividad (médico familiar y comunitario) es fundamental leer posteriormente la totalidad de las respuestas pues le servirá como retroalimentación y evaluación de la percepción que tienen los participantes de la efectividad de las propuestas.

Tema: Importancia de la relación institucional y familiar.

Contenidos:

- Derechos de salud de los infantes en Ecuador.
- Responsabilidad de la familia en el cuidado de los hijos.
- Papel de las instituciones en el cuidado de los infantes.

Objetivos:

Demostrar la importancia de la relación familiar e institucional en la prevención y manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Métodos y técnicas:

- Panel
- Técnicas participativas
- Cuestionario

Recursos humanos, materiales y de soporte:

- Médico familiar y comunitario
- Técnico en Atención primaria de salud
- Pancartas

Tiempo de duración: 40 minutos

Meta:

- Consolidados los aprendizajes obtenidos durante el desarrollo de la estrategia.
- Comprendida la importancia de la articulación entre la familia y las instituciones en la prevención y el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas.



FACTORES PROTECTORES

Patrones familiares positivos:
buena relación con los miembros de la familia



Propuesta para el desarrollo de la sesión de trabajo:

La actividad comienza cuando el responsable presenta la pancarta con los resultados consolidados de la técnica Positivo, Negativo e Interesante aplicada en la sesión anterior y refuerza visualmente los principales criterios expresados por los participantes.

Posteriormente se procede a realizar un Panel, para lo que reunirán tres expositores y un moderador que expondrán sus ideas sobre el tema seleccionado: papel de las familias y las instituciones en los derechos de salud del menor.

Una vez finalizadas las intervenciones se estimulará la participación del auditorio con preguntas y dudas relacionadas al tema debatido. El moderador o responsable puede seguir conduciendo esta segunda parte de la actividad grupal.

Para culminar la sesión de trabajo, se le asignará a cada equipo la propuesta de elaboración de un material educativo donde se exprese esta relación. Los materiales pueden ser: tríptico, volante, pancarta, aviso, etc.

Estos materiales se expondrán en diferentes lugares del local y cada participante firmará al pie del impreso como muestra del compromiso con el cambio.

Al constituir la sesión final de la estrategia, el responsable deberá agradecer a los participantes por sus intervenciones, opiniones y aportes, reforzará la importancia de mantener los aprendizajes y logrará el compromiso individual y grupal en beneficio de los infantes.

En esta actividad también participarán e igualmente se comprometerán con las acciones, los promotores que han estado durante todo el proceso de intervención.

Anexo D Evidencia Fotográfica



Foto 1.



Foto 2



Foto 3



Foto 4.



Foto 5



Foto 6



Foto 7.



Foto 8



Foto 9