



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

PROPUESTA DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS DIRIGIDA A PADRES DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR. 2016

AUTORA: MARÍA FERNANDA GUZMÁN PINOS

TUTORA: DRA. MARÍA TERESA PAZ RODRÍGUEZ

Trabajo de Titulación modalidad: Proyecto 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

Diciembre 2016

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
INSTITUTO DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA IPEC

El Tribunal del Proyecto de Investigación: PROPUESTA DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS DIRIGIDA A PADRES DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR 2016, de responsabilidad del Médico María Fernanda Guzmán Pinos, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del Proyecto de Investigación, quedando autorizada su presentación.

Ing. Fernando Proaño

DIRECTOR IPEC

MsC. Dra. María Teresa Paz

TUTOR

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Orlando Rodríguez

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MsC. Dra. Soini Gonzáles

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Diana Belkis

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, María Fernanda Guzmán Pinos, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Politécnica de Chimborazo.

FIRMA

C.C. 1718299520

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mis padres, Felipe y Nuri, que con su ejemplo, amor y sabiduría han sabido guiarme.

A mis hermanos Viviana, Verónica y Edgar por su comprensión y ayuda en todo momento.

A mi abuelita, Raquel, por darme todo su cariño y apoyo cuando lo necesité.

María Fernanda

AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer de manera especial a mi querido amigo, esposo y confidente Víctor Hugo por su amor, cariño y entrega que me demuestra día a día.

Además, quiero dar las gracias a todos los docentes que me han brindado todo su apoyo en este proceso de formación.

María Fernanda

ÍNDICE

Contenido	Páginas
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
DERECHOS INTELECTUALES	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. Planteamiento del problema de investigación	6
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	8
1.4.1. General.....	8
1.4.2. Específicos	8
1.5. Hipótesis	8

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Infancia. Consideraciones generales.....	10
2.2. Infecciones Respiratorias Agudas.....	13
2.2.1. Antecedentes	13
2.2.2. Definición	15
2.2.3. Factores de Riesgo	16

2.2.4.	Epidemiología.....	17
2.2.5.	Modo de transmisión	17
2.2.6.	Clasificación	18
2.3.	Infección Respiratoria Aguda Alta	19
2.3.1.	Definición	19
2.3.2.	Etiología.....	19
2.3.3.	Signos de Alarma.....	20
2.4.	Resfriado Común	20
2.4.1.	Definición y Etiología.....	20
2.4.2.	Epidemiología.....	21
2.4.3.	Clínica y diagnóstico	21
2.4.4.	Tratamiento.....	22
2.4.5.	Medidas de prevención	24
2.5.	Faringoamigdalitis	24
2.5.1.	Generalidades.....	24
2.5.2.	Definición	25
2.5.3.	Factores epidemiológicos	25
2.5.4.	Etiología.....	26
2.5.5.	Manifestaciones clínicas	27
2.5.6.	Diagnóstico	29
2.5.7.	Tratamiento.....	29
2.5.7.1.	Fallas del tratamiento e infección recurrente	31
2.5.7.2.	Indicaciones quirúrgicas para amigdalectomía en población pediátrica	31
2.5.8.	Prevención y estilo de vida	32
2.5.9.	Medidas de control.....	32

CAPÍTULO III

3.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
3.1.	Tipo de Investigación.....	34
3.2.	Diseño de Investigación.....	34
3.3.	Método de Investigación.....	34
3.4.	Enfoque de la Investigación.....	35
3.5.	Alcance de la investigación	35

3.6.	Descripción de la población de estudio	35
3.7.	Unidad de análisis	35
3.8.	Tamaño de la muestra	35
3.9.	Variables y Operacionalización	37
3.10.	Técnicas de recolección de la información	42
3.11.	Fuentes de información.....	42
3.11.1.	Fuente Primaria.....	42
3.11.2.	Fuente Secundaria.....	42
3.11.3.	Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios	42
3.12.	Proceso de recogida de la información	43
3.13.	Aspectos éticos	44

CAPÍTULO IV

4.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	45
----	--	----

CAPÍTULO V

5.	INTERVENCIÓN EDUCATIVA	58
5.1.	Introducción	58
5.2.	Principios fundamentales en los que se sustenta la Estrategia.....	59
5.2.1.	Principios del trabajo grupal	59
5.3.	Bases teóricas.....	60
5.4.	Elementos para el diseño e implementación de la estrategia.....	61
5.5.	Objetivos de la Estrategia de intervención	62
5.5.1.	Objetivo general.....	62
5.5.2.	Objetivos específicos	62
5.6.	Fases de la Estrategia Educativa	62
5.6.1.	Fase 1: Fase de planeación o de descripción de las problemáticas.....	62
5.6.2.	Fase 2: Diseño de las acciones contenidas en la estrategia propuesta	63
5.6.2.1.	Primera Sesión	63
5.6.2.2.	Segunda Sesión	66
5.6.2.3.	Tercera Sesión.....	67

5.6.2.4. Cuarta Sesión	70
5.6.2.5. Quinta Sesión.....	73
5.6.2.6. Sexta Sesión.....	75
5.6.3. Fase 3: Propuesta de evaluación	77
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES.....	80
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA TABLAS

	Páginas
Tabla 1-4: Distribución de padres según edad. Centro Infantil el Buen vivir Morete Sisa. Tena. 2016.	45
Tabla 2-4: Distribución de encuestados según sexo. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.	46
Tabla 3-4: Distribución de padres según escolaridad. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.	47
Tabla 4-4: Conocimiento sobre prácticas higiénicas de lavado de las manos. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016	48
Tabla 5-4: Conocimientos generales acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.....	48
Tabla 6-4: Conocimientos sobre las ventajas de la Lactancia Materna. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.....	49
Tabla 7-4: Conocimiento sobre el tiempo de presentación de los síntomas de las Infecciones Respiratorias Agudas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016. 50	
Tabla 8-4: Conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.....	51
Tabla 9-4: Conocimientos sobre la conducta que asume la familia frente a las Infecciones Respiratorias Agudas Altas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.....	51
Tabla 10-4: Conocimientos sobre los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.	52
Tabla 11-4: Relación entre conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas y grupo etario. Centro Infantil el Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.....	53
Tabla 12-4: Relación entre conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas y sexo. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016..	54
Tabla 13-4: Relación entre conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas y la escolaridad. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.....	55

Tabla 14-4: Relación entre conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas y prácticas higiénicas de lavado de manos. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.	56
--	----

RESUMEN

Propuesta de una estrategia educativa sobre Infecciones Respiratorias Agudas Altas, dirigida a padres del Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”. Tena 2015 - 2016. Se realizó un estudio de desarrollo, observacional, de tipo correlacional, de corte transversal. El universo fue 45 padres de familia y la muestra de 40, que cumplieron con los criterios de inclusión, escogida por muestreo probabilístico aleatorio. Para la recolección del dato primario se utilizó como fuente directa una encuesta. En los resultados obtenidos, la edad que predominó fue de 20 a 29 años 55% (22), de sexo femenino 75% (30), con educación media 40% (16), con prácticas higiénicas adecuadas 52,5% (21) y conocimientos no satisfactorios sobre estas afecciones respiratorias con un 95% (38); los cuales se organizaron en tablas describiendo los porcentajes. No existiendo relación entre conocimientos, edad, escolaridad y prácticas higiénicas de lavado de las manos. Por lo que se diseñó una propuesta de estrategia educativa acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas de las vías aéreas Altas dirigida a los padres de familia de los niños del Centro Infantil de Buen Vivir “Morete Sisa”. Recomendado la socialización y publicación de esta investigación.

Palabras claves: <ESTRATEGIA EDUCATIVA>, <PRÁCTICAS HIGIÉNICAS>, <CONOCIMIENTOS INFECCIONES RESPIRATORIAS>, <CENTRO INFANTIL DE BUEN VIVIR MORETE SISA>, <TENA (CANTÓN)>.

ABSTRACT

A proposal of an educational strategy about high acute respiratory infections, addressed to patterns of Children's Center of Good Living "Morete Sisa". Tena 2015-2016, was carried out with a development, observational, correlational type and transversal cutting. The universe was 45 parents and the sample 40, who accomplished with the inclusion criteria, chosen by a random probabilistic sampling. The predominated age in the obtained results were 22 to 29 year old, 55% (22), female sex 75% (30), their media education 40% (16), with proper hygienic habits 52.5% (21) and non satisfactory knowledge on these respiratory affections 95% (38); they were organized in percentages describing tables. There is no relation among knowledge, age, school and hygienic practices of hands washing. Therefore an educational strategy was designed on Acute Respiratory Infections of respiratory tracts address to parents of Children's Center of Good Living "Morete Sisa" children. The socialization and publication of this research is recommended.

Keywords: <EDUCATIONAL STRATEGY>, <HYGIENIC PRACTICES>, <RESPIRATORY INFECTIONS KNOWLEDGE>, < CHILDREN'S CENTER OF GOOD LIVING "MORETE SISA" >, <TENA (CANTON)>.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), define a la primera infancia como la época que comprende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. Es una etapa decisiva en el crecimiento y desarrollo de los niños, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de un individuo. Es decir, la primera infancia es una importante ventana de oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje y la participación permanentes, previniendo posibles retrasos del desarrollo y discapacidades. (UNICEF, 2013)

Para Molina, anualmente más de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años de países en desarrollo no logran desplegar su óptimo potencial de desarrollo físico, psíquico y social. Los factores que inciden sobre estos resultados son múltiples y responden tanto a condiciones biológicas, como sociales y ambientales, dístales y proximales al niño que han sido sistematizadas en base al modelo ecológico del desarrollo humano. (Molina, 2008)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, varios niños de países en desarrollo no alcanzan a realizar todas sus potencialidades porque sus familias son de escasos recursos. Además, no cuentan con una nutrición y cuidados adecuados, y sus oportunidades de aprender son limitadas. Por lo que, es posible ayudar a estos niños y a sus familias, a través de los servicios de salud, los trabajadores sanitarios y los dispensadores comunitarios que pueden desempeñar un papel importante en la promoción del desarrollo de los niños pequeños. La buena nutrición y salud, los constantes cuidados afectuosos y el estímulo para aprender en los primeros años de vida ayudan a los niños a obtener mejores resultados escolares, estar más sanos y participar en la sociedad. (OMS, 2012)

Las investigaciones en diferentes países señalan que, la intervención temprana contribuye considerablemente a permitir que los niños de familias sobre todo los de

bajos ingresos como en el caso del Ecuador, entren en la vía del desarrollo y del éxito escolar; por lo que, se han creado lugares destinados al cuidado integral de los infantes en estas edades. (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica Andes, 2014)

Tal es así, que a nivel mundial, existe la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Organización Internacional conformada por países industrializados, tales como: Suecia, Islandia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Noruega, Bélgica, Eslovenia, Hungría, Nueva Zelanda, Austria, Inglaterra, Holanda, Alemania, Italia, Japón, Portugal, República de Corea, España, Estados Unidos, México, Suiza, Australia, Canadá e Irlanda; esta es la primera organización que se preocupó por la primera infancia, en la que la mayoría de los niños no permanecen gran parte de esta etapa en sus hogares, sino en algún tipo de centro de cuidado infantil, es así que aproximadamente el 80% de niños con edades entre los 3 y 6 años reciben algún tipo de educación y cuidados en la primera infancia, y en lo que respecta a los menores de 3 años, la proporción de niños que reciben cuidados infantiles es cerca del 25 % de los países de la OCDE en su conjunto y superior al 50% en algunos de ellos como es el caso de Suecia. (UNICEF, 2008)

En virtud de esto, el Gobierno Nacional, mediante el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) se creó una de las modalidades de servicio que son los denominados Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), para que haya un desarrollo integral infantil óptimo, en la actualidad funcionan alrededor de 3600 centros, que se encargan de acoger a 480000 niños y niñas de 12 a 36 meses, y excepcionalmente de 3 a 11 meses, sin discriminación y principalmente cuyos padres se encuentran en situación de vulnerabilidad, para ello, hay un presupuesto total del programa de desarrollo infantil que está cerca de ciento cuarenta millones de dólares. (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica Andes, 2014; Ecuador, Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2015)

En la Provincia de Napo, el MIES trabaja en convenio de cooperación económica para la ejecución de proyectos sociales de desarrollo infantil con el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial por aproximadamente UDS 4'500.000, con una cobertura de 3307 niños y niñas, en 113 CIBV distribuidos en diferentes sitios, de acuerdo a las necesidades detectadas por esta Institución. (Ecuador, MIES, 2012)

Y en Tena, como se describe en el Análisis Situacional de Salud (ASIS) del Barrio San Vicente de Morete, ubicado en una zona urbano marginal de la ciudad, en el que se realizó este estudio, existe un Centro Infantil del Buen Vivir, llamado “Morete Sisa”, que acoge aproximadamente a 45 niños, de los que el 86.6% proviene de este lugar y el resto pertenecen a lugares aledaños. (Guzmán, 2015)

Los Centros Infantiles del Buen Vivir evidentemente ayudan a desarrollar el crecimiento psicomotor y socio afectivo de los niños, en ellos, los infantes de corta edad comienzan a adquirir y perfeccionar sus conocimientos y habilidades de socialización por lo que es una ventaja la creación de estas instituciones. Sin embargo, constituyen también un factor de riesgo para la aparición y propagación de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas, debido al intercambio personal de los niños si tenemos en cuenta que la propagación de esta enfermedad fundamentalmente es por la eliminación de las gotitas de flugge.

Por otro lado, en el niño los factores anatómicos, unidos a la inmadurez o fallas en los mecanismos de defensa, así como el poco desarrollo de prácticas higiénicas y a la mayor exposición a los agentes etiológicos, hacen que se propicie la infección y uno de los grandes problemas que afectan a la infancia, son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), específicamente las que afectan a las vías respiratorias altas, que ocupan la primera causa de consultas médicas y de morbimortalidad tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; representando, además, un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. (París, 2013)

A nivel mundial, la Infección Respiratoria Aguda es la de mayor prevalencia, siendo el principal motivo de consulta ambulatoria en un 30 al 50% y entre un 20 al 40% de motivos de hospitalización. Está también entre las 10 principales causas de muerte en la población general y dentro de las tres primeras en los menores de cinco años. Además, las apreciaciones actuales revelan que cada año, la influenza estacional afecta alrededor del 10,5 % de la población mundial produciendo entre 250000 y 500000 muertes. (OMS, 2015)

En Europa, particularmente en España, el motivo más frecuente de las consultas en pediatría extrahospitalaria, con alrededor del 70%, concierne a una Infección Respiratoria Aguda y más de la mitad de ellas, son de origen viral. La mayoría de estas infecciones solo afectan al tracto respiratorio superior y pueden ser consideradas leves, de curso benigno y autolimitado (catarro común, rinitis y faringoamigdalitis). Se estima que aproximadamente el 5% puede involucrar al tracto respiratorio inferior (bronquitis, bronquiolitis y neumonía), son potencialmente más graves y, en muchos casos, requieren el ingreso hospitalario. (Eiros, 2009)

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Latinoamérica y el Caribe, aproximadamente nacen 12 millones de niños. De acuerdo con las estimaciones, alrededor de 400000 mueren antes de cumplir los cinco años; 270000 antes del primer año y 180000 durante el primer mes de vida. No obstante, entre 1990 y 2003 la tasa de mortalidad infantil en los países de Latinoamérica descendió de 43 por 1000 nacidos vivos a 25 por 1000. Las causas de la pérdida constante de vidas aún pueden ser prevenibles o tratadas si son detectadas en forma temprana, como las Infecciones Respiratorias Agudas y Gastrointestinales, que son responsables de una de cada cuatro muertes en menores de cinco años. (OPS, 2012)

En Cuba, en un estudio se indica que, las Infecciones Respiratorias Agudas altas fueron más frecuentes que las bajas en una relación de 7,5:1 en la primera infancia. En cuanto a la forma clínica la más usual de la Infección Respiratoria alta fue el Catarro Común y la de IRA baja fue la Neumonía. Y además indica que, la infección viral aguda febril recurrente en vías aéreas superiores tiene mayor incidencia en los menores de 3 años, por lo que, en este País se da asistencia integral a toda la población, en especial a los grupos de riesgo como son los infantes menores de 5 años. (Oliva, 2013)

En lo referente a Ecuador, la mortalidad en menores de 5 años se presenta en un número de 14.9 por cada 1000 nacidos vivos, gran parte de estas muertes suceden en la etapa neonatal, sin embargo, la primera causa de muerte entre 1 y 4 años es debida a Infecciones Respiratorias Agudas con un 16.4%. (OPS, 2012) Según, el Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la Infección Respiratoria Aguda es un gran problema de salud y una de las más prevalentes, además es la primera causa de consulta externa, con tendencia al

incremento. De acuerdo a la información disponible de 1994 al 2004, se dio un incremento del 84% de los casos notificados. (Ecuador, INEI, 2011) Para el año 2014, el Ministerio de Salud Pública reportó que, en primer puesto, con un 46,35% de casos se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas. (Ecuador, MSP, 2014)

En Napo, en el año 2014, se reporta como primera causa de morbilidad a las Infecciones Respiratorias Agudas con 67624 casos (MSP, 2014). En Tena, en lo que se refiere al Distrito 15D01, según datos obtenidos del Servicio de Estadística, en el 2015 se notificaron 28823 casos de IRA altas, representando el 55% de pacientes entre 1 a 4 años que acudieron a la consulta externa por estas patologías. Y en lo que va de este año 2016, en el periodo de enero a agosto, se reportan 16423 casos, ubicándose al igual que en el resto del País como la primera casusa de morbilidad.

En el Barrio San Vicente de Morete, donde se realizó el Análisis Situacional Integral de Salud, se evidenció que de los niños en la etapa de la primera infancia que acudieron a la consulta médica ambulatoria, las Infecciones Respiratorias Agudas de las vías superiores, ocupan el primer lugar con un 64.2%, coincidiendo con los resultados anteriormente indicados. (Guzmán, 2015)

Como complicación principal de estas afecciones agudas de las vías respiratorias altas, está la Neumonía (infección respiratoria baja), que en el mundo es la principal causa individual de mortalidad infantil. Se calcula que la neumonía mató a unos 922000 niños menores de 5 años en 2015, lo que supone el 15% de todas las defunciones de niños menores de 5 años en todo el mundo. La neumonía afecta a niños y a sus familias de todo el mundo, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional. Pueden estar protegidos mediante intervenciones sencillas y tratados con medicación y cuidados de costo bajo y tecnología sencilla. (OMS, 2015)

La situación socioeconómica hace que los países en desarrollo, como lo son la mayor parte de los países de África, presentan una incidencia más alta con mayores cifras de morbilidad y mortalidad; tal es así que, la tasa de mortalidad infantil supera los 40 casos por cada 1000 nacidos vivos. Se calcula que al año se producen 1,5 millones de defunciones por IRA, principalmente por neumonía. (París, 2013)

En América del Sur, en países como Argentina, Brasil y Chile más de 140000 niños menores de cinco años fallecen anualmente por Neumonía, cada 8 segundos muere un infante por algún tipo de Infección Respiratoria Aguda y esta constituye la primera causa de consulta y hospitalización en edades pediátricas. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD, 2016)

En Ecuador, las atenciones hospitalarias de menores de 1 año, de acuerdo a la Lista Internacional Detallada CIE-10, se evidencia como primera causa la Neumonía, organismo no especificado (Código J18) con una tasa de 229,18 por cada 10.000 niños menores de un año y representa el 10,03% del total de egresos de menores de un año. (Ecuador, INEC, 2013)

Es así que, las Infecciones Respiratorias Agudas, se han transformado en uno de los principales problemas de salud que los países deberán enfrentar con el compromiso de reducir la mortalidad infantil. Por lo que se hace necesaria la implementación de estrategias de prevención y promoción, como una herramienta fundamental del equipo de salud de bajo costo y con una tremenda capacidad de impacto en la calidad de vida. En esta época de espectaculares avances técnicos, el simple acto de escuchar y a veces aconsejar mantiene todavía un poder inigualable como aliado de la Salud. (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2011)

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se definen como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el Catarro Común hasta la Neumonía, pasando por la Otitis, Amigdalitis, Sinusitis, Bronquitis Aguda, Laringotraqueitis, Bronquiolitis y Laringitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre. (Ferrerira, 2013)

1.2. Planteamiento del problema de investigación

Invertir en los niños pequeños desfavorecidos, es una iniciativa de políticas públicas poco habitual que promueve la equidad y la justicia social y, al mismo tiempo, fomenta la productividad en la economía y en la sociedad en general.

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen la primera causa de morbimortalidad en Ecuador al igual que en la Provincia del Napo según el INEC, (2010). En el Análisis Situacional Integral de Salud, del Barrio San Vicente de Morete, se evidenció un elevado número de casos con Infecciones Respiratorias Agudas de las vías superiores que representa el 64.2% en la población en el periodo de la primera infancia, siendo la primera causa de morbilidad. Por lo que se consideró la necesidad de hacer frente a esta problemática desde la Prevención, como un pilar fundamental del Modelo de Atención Integral de Salud. (Guzmán, 2015)

¿Qué relación guarda el nivel de conocimiento y prácticas higiénicas de los padres de familia, en la aparición de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del Centro Infantil de Buen Vivir “Morete Sisa”?

1.3. Justificación

En la actualidad es innegable la importancia que ha cobrado la atención infantil en su etapa inicial; la tendencia hacia la educación y los cuidados en la primera infancia brindan enormes posibilidades: de ofrecer a los niños un óptimo comienzo en la vida, de limitar la pronta creación de desventajas, de prevenir enfermedades infecciosas y no infecciosas prevalentes de la infancia, de impulsar el rendimiento escolar y de invertir en ciudadanía y, por otro lado, se considera que sin su cuidado y atención, el desarrollo de los niños y niñas menores de 3 años puede verse afectado de manera irreversible ya sea a corto o a largo plazo. (Ecuador, MIES 2013)

Precisamente, dependiendo del cuidado infantil que se les dé en esta etapa de su vida, representará un avance o un revés para los niños de hoy en día y el mundo de mañana. Conociendo que estos infantes no solamente están al cuidado de sus padres, sino también pasan parte del día al cuidado de los promotores del Centro Infantil del Buen Vivir, dando así inicio a una vida social que, por un lado, favorece a su estimulación temprana; sin embargo, en el ASIS se comprobó que este establecimiento no cumple con algunas de las normas creadas para su funcionamiento lo que podría favorecer a la aparición de enfermedades transmisibles. Cabe señalar que, el 86.6% de los niños que asisten a esta Institución habitan en el Barrio San Vicente de Morete. (Guzmán, 2015)

Las afecciones más frecuentes que afectan la salud de los infantes, son las Infecciones Respiratorias Agudas altas, que constituyen la primera causa de morbilidad en esta población. Sin embargo, numerosos estudios apuntan a que sus causas son modificables, mediante la implementación de acciones que promuevan la prevención de estas patologías. Este tipo de estrategia favorecerá el cumplimiento de las políticas de salud encaminada a la prevención, dirigidas a alcanzar una población saludable y disminuir el gasto destinado al tratamiento de estas enfermedades. (Guzmán 2015)

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Diseñar una estrategia educativa para la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas dirigida a los padres de familia de los niños del Centro Infantil de Buen Vivir “Morete Sisa”, durante el período 2015 a 2016.

1.4.2. Específicos

- 1.- Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas y prácticas higiénicas asociadas.
- 2.- Identificar los conocimientos sobre la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas en padres de familia de los niños.
- 3.- Determinar la relación entre los conocimientos sobre la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas, las prácticas higiénicas y las variables sociodemográficas.
- 4.- Elaborar una estrategia educativa para la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas.

1.5. Hipótesis

Si se diseña una estrategia educativa dirigida a ofrecer conocimientos y prácticas higiénicas a los padres de familia, disminuirá la morbilidad de Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”.

H₀: El diseño de una estrategia educativa dirigida a ofrecer conocimientos y prácticas higiénicas a los padres de familia, no influirá en la disminución de la morbilidad de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”.

H_a: El diseño de una estrategia educativa dirigida a ofrecer conocimientos y prácticas higiénicas a los padres de familia, puede contribuir en la disminución de al menos un 50% de la morbilidad de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas en los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Infancia. Consideraciones generales

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la primera infancia comprende desde el periodo prenatal hasta los ocho años, es la etapa de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida. Es primordial proveer una estimulación y nutrición apropiadas para el desarrollo en los cinco primeros años de vida, y de ellos en los tres primeros, ya que en ellos es cuando el cerebro de un niño es más sensible a las influencias del entorno exterior. Un rápido desarrollo cerebral influye también en el desarrollo de algunas áreas, que favorece a que cada niño alcance su potencial y se integre como ente productivo en una sociedad mundial en vertiginoso cambio. (OMS, 2012)

Para Sánchez (2015), la definición de esta etapa se modifica de acuerdo a los países, dependiendo de sus tradiciones locales y la forma de organizar los ciclos de educación, en Chile la primera infancia va desde el primer control de gestación hasta el ingreso al sistema escolar, alrededor de los 4 a 5 años de edad.

Según Camargo, la primera infancia ha sido considerada la fase de desarrollo más importante de todo el ciclo vital. Es un período fundamental en la constitución del ser humano, de sus competencias, habilidades y de su modo de relacionarse con el mundo. Durante la niñez se llevan a cabo trascendentales procesos de maduración y aprendizaje que son los que le permiten interactuar, integrarse y desarrollar al máximo como persona, por lo tanto, el sano desarrollo infantil se ha relacionado con la disminución de problemas tales como: la obesidad, el sedentarismo, las dificultades en el desarrollo psicomotor, las infecciones, entre otros.

En este sentido, las estrategias de promoción de la salud en la primera infancia pretenden lograr un impacto positivo en la salud de los niños y niñas, adaptándose a las

necesidades y posibilidades en lo local, con participación activa de padres, madres, cuidadores, docentes y de la comunidad. (Camargo, 2012)

Acerca del desarrollo del infante en esta primera etapa de la niñez, es un término genérico que se refiere al desarrollo cognitivo, social, emocional y físico; indica el grado de maduración alcanzado, lo que da origen a nuevas formas, estructuras y funciones. El mismo término se usa para describir una serie de programas cuya finalidad última es mejorar la capacidad del niño pequeño de desarrollarse y aprender, y que pueden aplicarse a diferentes niveles, por ejemplo, al niño, a la familia y a la comunidad, y en diferentes sectores, como la salud, la educación y la protección social. Hay varios factores que pueden influir de buena o mala manera en el desarrollo de los niños como son los factores genéticos y ambientales (condiciones socioeconómicas, infecciones, condiciones sanitarias y acceso a los servicios de salud). (Kliegman, 2013)

Tal es así, que el cuidado de los más pequeños, que durante siglos ha sido un asunto de familia, se está convirtiendo, en buena medida en una actividad fuera del hogar en la que participan cada vez más los gobiernos y la empresa privada, creando lugares con ambientes apropiados para que estos niños permanezcan parte del día con los cuidados necesarios.

Por ello, hace más de cuatro décadas, la trayectoria político-legal promoviendo la atención a la infancia en el Ecuador, ha sido una experiencia que permanentemente ha estado analizada y evaluada. Sin lugar a dudas, el rol y los resultados cumplidos por el Instituto de la Niñez y la Familia (INFA) público en sus tres años de existencia desde el 2009 al 2012, fue trascendental para empezar a construir los retos que plantean actualmente los mandatos constitucionales y la legislación ecuatoriana en materia de derechos de la niñez, entre ellos, el más importante, la formulación de la política pública de Desarrollo Infantil Integral de niñas y niños de 0 a 3 años de edad. Dichos instrumentos confieren a la atención infantil un carácter universal y obligatorio; donde el interés, la preocupación y la inversión pública y privada para el Desarrollo Infantil Integral rige en todo el territorio nacional e involucra a todas las personas e instituciones del ámbito público y privado. (Ecuador, MIES 2013)

Es por ello que, el Estado para dar cumplimiento con la política infantil integral que garantice el ejercicio de los derechos de los/las menores de 3 años, ha demandado la sustitución del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA) por una nueva estructura institucional conformada por la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral del Ministerio de Inclusión Económica y Social, ente rector en temas de la niñez. (Ecuador, MIES 2013)

Conociendo que, el Gobierno y la Sociedad son los responsables de proporcionar las condiciones necesarias que ayuden a los niños y niñas a llevar una vida plena, independiente en sociedad y ser educados en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad; se han creado los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) desde el año 2010, que constituyen una de las modalidades de servicio del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), con el fin de implementar y promover la política pública de Desarrollo Infantil Integral en la Primera Infancia. (Ecuador, MIES, 2015)

La ejecución de este servicio supone brindar atención integral y de calidad a niñas y niños de 12 a 36 meses y excepcionalmente de 3 a 11 meses de edad, ello tiene lugar, mediante la organización de la jornada diaria, que incluya la realización de diferentes actividades y procesos socioeducativos, así como la promoción de estrategias que permitan procesos de estimulación para el desarrollo integral, la alimentación, el descanso e higiene, con responsabilidad de la familia, la corresponsabilidad de la comunidad y en articulación intersectorial; desde el enfoque de derechos, interculturalidad e intergeneracional. Se definen, también como áreas o espacios adecuados para la atención de niñas y niños, cuyos padres y madres trabajan fuera de casa o no tienen un adulto que se responsabilice de su cuidado, o éste no está en capacidad de protegerlo adecuadamente. (Ecuador, MIES 2015)

En una revisión bibliográfica, Guerrero, detalla los objetivos específicos que se pretende dar en los servicios de desarrollo infantil integral (CIBV) y son los siguientes:

- Alcanzar el máximo desarrollo integral posible en las niñas y niños de 12 a 36 meses de edad y por excepcionalidad de 3 a 11 meses a través de técnicas socioeducativas de

calidad, tomando en cuenta la diversidad cultural, la equidad de género e inclusión, así como las necesidades educativas especiales.

- Garantizar el cumplimiento de las acciones de atención primaria de salud integral a las niñas y niños como lo está descrito en los protocolos de atención a la niñez en coordinación con las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.
- Garantizar el cumplimiento del 70% de las recomendaciones nutricionales diarias mediante la alimentación por 4 veces a los infantes que acuden a los CIBV teniendo en cuenta su estado nutricional, estado fisiológico y edad.
- Promover el rol protagónico de la Educadora como responsable de los grupos de trabajo, de 12 a 36 meses de edad y por excepcionalidad de 3 a 11 meses en desarrollo integral de las niñas y niños.
- Fortalecer la corresponsabilidad de los actores de la comunidad en el desarrollo integral de las niñas y niños.
- Promover la coordinación intersectorial a nivel territorial y operativo entre los diferentes ministerios, organizaciones, instituciones y asociaciones públicas y privadas, en favor del desarrollo integral de los niños que se benefician de este servicio. (Ecuador, MIES, 2012)

2.2. Infecciones Respiratorias Agudas

2.2.1. Antecedentes

A partir del año 412 A.C. los filósofos Hipócrates y Livio relataron una epidemia de Afecciones Respiratorias Agudas que inició en diciembre, luego de un cambio climático y muchos de los enfermos tuvieron complicaciones con neumonía. Existieron también epidemias de tipo gripal en Europa en los siglos VI y IX; sin embargo, la primera epidemia de influenza fue descrita como tal, y generalmente aceptada, en diciembre de

1173. Mientras que el historiador Kirsch informó 299 epidemias entre 1173 y 1985. (Moreno, 2013)

En Europa, Asia y el norte de África la primera vez que ocurrió una pandemia fue en 1580; en América sucedió en 1647. En el siglo XX hubo 5 pandemias entre los años 1900 y 1977, de ellas la más devastadora fue la que ocasionó alrededor de 20 millones de muertes en el mundo, la gripe española. En el 2009, se reportó la influenza AH1N1 que dejó un número elevado de decesos. (Juy, 2014)

Hortal señala que, en el año 1979, la Organización Mundial de la Salud resolvió promover los estudios sobre las infecciones respiratorias agudas (IRA), que constituye uno de los problemas más importantes de Salud Pública que afectan a la población infantil (Hortal, 1986). Desde entonces, la mayoría de los países, entre ellos la Región de las Américas, han desarrollado un esfuerzo sistemático para enfrentarlas y reducir el sufrimiento que producen, debido a las impresionantes cifras de mortalidad por neumonía en países en vías de desarrollo y de morbilidad por infecciones respiratorias agudas altas, fundamentalmente en niños menores de 5 años. (Valdés, 2011)

Luego, en los ochenta, se identificaron las principales dificultades concernientes con la atención integral a pacientes con IRA en la población infantil, y se tomaron en cuenta las altas tasas de mortalidad que oscilaban entre 30-45 casos por cada 1000 niños por año y alcanzaban hasta 20 % más en menores de 5 años residentes en países en vías de desarrollo y de morbilidad, pues las IRA constituían hasta el 50 % de las consultas de pediatría, siendo común que los lactantes y preescolares tuvieran entre 5 y 8 episodios anuales de estas afecciones.

Además, otros problemas que se identificaron se relacionan con la calidad de la atención a pacientes, así como la detección y reducción de factores de riesgo, complicaciones o muerte por neumonía, que constituyen la plataforma epidemiológica de la cual provienen los datos estadísticos de morbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables. (Juy, 2014)

Ahora bien, las hospitalizaciones innecesarias o inoportunas y su influencia en los costos, tanto familiares como institucionales, el uso excesivo o innecesario de

antimicrobianos y medicamentos para la tos, así como las indicaciones de radiografías de tórax en el curso de infecciones respiratorias agudas altas no complicadas, constituyen los principales problemas que influyen en la calidad de la atención a pacientes; todo ello demuestra que la mayoría de las consultas en los servicios de salud se deben a afecciones no graves de las vías respiratorias superiores, de causa viral, curso auto limitado y curación espontánea, para las cuales se prescriben antibióticos en más de 50 % de los casos. (Tamayo, 2015)

Es por ello que la OMS, OPS y UNICEF desde 1993, implementaron la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), y en el Ecuador está vigente desde 1996 (Cando, 2014). Esta estrategia consiste en un conjunto de acciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción, que se brindan tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad; plantea también como objetivo prevenir y controlar las enfermedades prevalentes de niños y niñas menores de cinco años, y se la lleva a cabo a través de tres componentes:

- El primero, dirigido a mejorar el desempeño del/la trabajador/a de salud para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades en la niñez y su tratamiento oportuno.
- El segundo, se dirige a mejorar los servicios de salud para que brinden atención de calidad oportuna.
- El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez. (Cueva, 2011)

2.2.2. Definición

A las Infecciones Respiratorias Agudas, se las definen como el proceso infeccioso de cualquier parte de las vías respiratorias, con una evolución menor a 15 días; causada por virus o bacterias que ingresan por la nariz o a boca y pueden afectar la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y pulmones; provocando desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueitis, bronquiolitis y laringitis, y con la presencia de uno o más síntomas o signos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia,

disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre. (Cordero, 2015)

La infección respiratoria aguda (IRA), incluye un grupo de enfermedades que afectan el sistema respiratorio, pueden ser causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con una evolución menor a 15 días; representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la hospitalización y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad. Estas enfermedades afectan a toda la población y fundamentalmente, a los menores de cinco años. (Colombia, MINSALUD, 2016)

2.2.3. Factores de Riesgo

Según investigadores de la OMS, en los países en vías de desarrollo, han indicado la presencia de factores de riesgo y recalcan esencialmente las condiciones individuales y ambientales a las cuales se exponen los niños tales como: la contaminación atmosférica, el humo del cigarro, las deficiencias nutricionales, el bajo peso al nacer, la lactancia artificial, las deficiencias nutricionales y el hacinamiento. (Oliva 2013)

Ahora, dentro de éste contexto el autor París reconoce, además como factores de riesgo modificables o posibles de intervenir, a los siguientes:

- La contaminación ambiental dentro o fuera del hogar.
- El tabaquismo pasivo.
- Condiciones deficientes de la vivienda como poca ventilación o piso de tierra.
- Ambientes escolares con infraestructura insuficiente y poca ventilación
- Ausencia de lactancia materna.
- Desnutrición.
- Esquema de vacunación incompleto.
- Hacinamiento.
- Uso inadecuado de antibióticos.
- Madre o cuidador con escasa escolaridad.
- Ausencia o deficiencia de servicios públicos.
- Incorrectas normas de higiene personal.
- Desconocimiento en el manejo apropiado de alimentos.

- Contacto con personas infectadas.
- Poca oportunidad para acceder a los servicios de salud.
- Manejo incorrecto de secreciones nasofaríngeas.
- Deficiente salud oral.
- Prevalencia elevada de portadores nasofaríngeos de bacterias patógenas.
- Eliminación inadecuada de los desechos sólidos. (París, 2013)

2.2.4. Epidemiología

En México de acuerdo con las estadísticas oficiales, las IRA constituyen la primera causa de morbilidad y egreso hospitalario en los menores de 5 años, con frecuencia de 13 episodios por cada 100 consultas médicas. Lo anterior representa dos a cuatro episodios de IRA al año por niño los cuales pueden complicarse con neumonía grave. (México, Dirección General de Epidemiología 2011)

En un estudio realizado por Morales, refiere que el niño desarrolla de tres a siete infecciones del aparato respiratorio cada año, que en general impactan su salud levemente y en la mayoría de los casos hay pronta recuperación; sin embargo, cuando se complica con neumonía puede causar la muerte con rapidez principalmente en lactantes y menores de cinco años. (Morales, 2010)

2.2.5. Modo de transmisión

El contagio de la IRA se realiza por vía aérea, mediante las gotas de flugge o por vía directa, a través de objetos contaminados con secreciones. Los principales mecanismos de contagio son la inhalación de aerosoles o microgotas con gérmenes, y el contacto directo con secreciones infectadas (inoculación en las mucosas nasal, ocular o cavidad oral). A diferencia de la mayoría de las bacterias, los virus son capaces de producir enfermedad con una dosis infectante muy pequeña. Esto hace posible la transmisión de persona a persona por inhalación de un escaso número de gérmenes presentes en las microgotas que se producen al toser o estornudar. (Colombia, MINSALUD, 2016)

Estos hechos revelan la gran facilidad con que pueden esparcirse estas infecciones, provocando epidemias; estudios experimentales han demostrado que sólo se necesitan

10 partículas virales para producir infección por el virus de influenza A, lo que determina que la enfermedad se propague con extraordinaria rapidez en una comunidad, produciéndose grandes epidemias y pandemias. También se ha demostrado experimentalmente que la intensidad de la enfermedad depende de la dosis infectante y de la vía de ingreso de los virus, lo que tendría relación con la adherencia de las partículas virales a receptores específicos. (Rodríguez, 2010)

2.2.6. Clasificación

La clasificación de las Infecciones Respiratorias Agudas fue propuesta por Dennis y Clyde, en 1970, que desde el punto de vista práctico facilita los diagnósticos anatómicos y causal, así como el tratamiento estandarizado del paciente. Esta las clasifica en IRA altas y bajas, dependiendo si se afectan a estructuras anatómicas localizadas por encima de la epiglotis o por debajo de ella, respectivamente, ya sea en forma complicada o no; quedando de la siguiente manera:

- Infecciones Respiratorias Agudas Altas

- No complicadas

Rinofaringitis aguda

Faringoamigdalitis con ulceraciones o vesículas

Faringoamigdalitis con exudados o membranas

- Complicadas

Adenitis

Otitis media

Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo

Sinusitis

- Infecciones Respiratorias Agudas Bajas

- No complicadas

Crup infecciosos

Laringitis espasmódica

Epiglotitis

Laringitis (L)

Laringotraqueitis (LT)

Laringotraqueobronquitis (LTB)

Bronquitis y traqueobronquitis
Bronquiolitis aguda
Neumonías: lobulares, intersticiales
- Complicadas
Atelectasia
Empiema
Absceso pulmonar
Mediastinitis
Pericarditis
Neumotórax
Edema pulmonar
Traqueítis bacteriana
Osteomielitis
Artritis
Sepsis (Tamayo, 2015)

2.3. Infección Respiratoria Aguda Alta

A continuación, describiremos a las Infecciones Respiratorias Agudas de vías aéreas Altas, por ser las que con mayor frecuencia se atienden en la consulta médica externa.

2.3.1. Definición

El término Infección Aguda de las vías respiratorias superiores se refiere, a la enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio hasta antes de la epiglotis, durante un periodo inferior a 15 días, y presentan rinorrea y/o tos sin sibilancias, disnea o crepitantes sin uso de broncodilatadores acompañado o no de fiebre. (México, Secretaría de la Salud, 2013)

2.3.2. Etiología

En la etiología, el grupo de los Rinovirus es el agente causal más frecuente de las infecciones respiratorias de vías altas, causando alrededor del 50% de los episodios (llegando incluso al 80% en los picos epidémicos). El siguiente agente que le sigue en

frecuencia son los Coronavirus OC43 y 229E (15-20% de los casos), seguidos por el resto de los virus en porcentajes menos importantes (Calvo, 2012). En México, según la información epidemiológica, se detectó que el 99.5% de estas afecciones respiratorias son de origen viral y solo el 0.5% se reportó como etiología estreptocócica. (México, Secretaría de la Salud, 2013)

2.3.3. Signos de Alarma

Los pacientes que presenten Infecciones Respiratorias Agudas de vías aéreas superiores, deben recibir atención inmediata en los servicios de salud de atención primaria y ser referidos al segundo nivel a emergencia si tiene lo siguiente:

- Síntomas neurológicos
- Síntomas de obstrucción de vía aérea superior
- Oliguria
- Vómito persistente
- Exantema petequeal o purpúrico

Informar a los familiares de los infantes que deberán asistir a una nueva consulta médica si el niño presenta alguna de estas condiciones:

- Fiebre persistente por más de 3 días.
- Exacerbación de la sintomatología inicial o aparición de nuevos síntomas luego de 3 a 5 días de la evolución de la enfermedad.
- Falta de mejoría después de 7 a 10 días de iniciado el proceso respiratorio. (Calvo, 2012)

2.4. Resfriado Común

2.4.1. Definición y Etiología

El Resfriado Común, es la patología respiratoria que más frecuentemente se diagnostica en la consulta externa de Atención Primaria; por lo que se gasta gran cantidad de recursos y hace que el médico actúe como educador de la familia, con la finalidad de lograr un mejor automanejo. Esta es una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamada también catarro común, resfrío, rinofaringitis o nasofaringitis, aunque en algunos casos estos términos resultan inadecuados pues no

siempre el resfriado común compromete la faringe; mal llamada “gripa”, representa alrededor del 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores. En la etiología, los virus más implicados son: rinovirus, adenovirus, coronavirus, parainfluenza, sincitial respiratorio; influenza A y algunos echovirus como Coxsackie A. (De la Flor, 2013)

2.4.2. Epidemiología

Estos son los aspectos a tener en cuenta:

- Es una enfermedad universal.
- Los resfriados son más frecuentes en los trópicos en épocas lluviosas.
- Más frecuente en los preescolares.
- Se presentan, con tres a nueve resfriados por año, uno cada seis semanas.
- Aumenta a 12 episodios/año en guarderías y en programas de educación preescolar.
- Es necesario el contacto personal estrecho entre los niños para la transmisión de los virus.
- En la población infantil los niños tienden a padecer más resfriados que las niñas.
- El periodo de incubación habitual de los resfriados es de dos a cinco días.
- El resfriado común es más contagioso entre el tercer y quinto día que es también cuando es más sintomático.
- Hay factores coadyuvantes como el hacinamiento, la aglomeración en sitios cerrados, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo.
- La mayor parte de los virus que el individuo infectado expulsa al ambiente es a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación por secreciones nasales (Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

2.4.3. Clínica y diagnóstico

Usualmente el cuadro clínico es auto limitado y oscila entre 7 y 10 días. Se inicia con síntomas que incluyen congestión nasal e irritación faríngea, malestar general, cefalea, fiebre, rinorrea acuosa durante los primeros días (reflejo glandular causado por estimulación de ramas del trigémino) y mucopurulenta posteriormente (reflejo de la severidad de la respuesta inflamatoria, no del agente etiológico), tos, estornudos. El

diagnóstico se basa en la clínica. Además, hay kits comerciales de diagnóstico rápido de baja sensibilidad y especificidad, que en el País no lo disponemos. Normalmente el paciente acude con el médico cuando se presentan complicaciones y la automedicación en estos casos es muy común. (Turner, 2015)

2.4.4. Tratamiento

La prescripción indiscriminada por gran parte de médicos de fármacos anticarrales en niños de 0-13 años continúan siendo amplia y sobre todo en niños menores de 4 años. Este tratamiento se basa en disminuir los signos y síntomas asociados a la enfermedad, tales como tos, congestión nasal, rinorrea, malestar general, con el uso de uno o combinación de al menos dos de los siguientes fármacos: antihistamínicos, antitusígenos, expectorantes, descongestionantes y mucolíticos, deben ser contemplados con reservas y en menores de 2 años evitarse. Además, para la cefalea, otalgia, artralgias y mialgias se ha visto el uso de los antiinflamatorios no esteroideos por poseer efectos analgésicos. (Uribarren, 2015)

Por ser la tos aguda uno de los motivos de consulta médica que con mayor frecuencia acuden los pacientes en la parte ambulatoria, en la mayoría de los casos es el producto de una infección de las vías respiratorias altas (IVRA). Si bien se trata de un proceso transitorio y auto limitado, tiene un gran impacto en la calidad de vida de los infantes y sus familiares, por lo que motiva un gran consumo de estos fármacos y, lamentablemente, son de venta libre y pueden adquirirse sin receta médica (SRM).

En algunos estudios, se ha demostrado que poseen escaso efecto sobre el control de la tos, y también tienen una morbilidad y una mortalidad asociada no despreciables. Otro de los medicamentos usados son los anticongestivos nasales tópicos para reducir los síntomas nasales; pueden utilizarse durante un corto período de tiempo (menos de una semana), ya que ocasionan irritación nasal, efecto de rebote y dependencia. Sin embargo, no existen estudios que validen su empleo en menores de 12 años. (Cano, 2013)

Algunos ensayos terapéuticos acerca de la vitamina C, no han señalado que tengan un efecto consistente en la reducción de la incidencia, duración y severidad de los

resfriados en la población en general. Por otra parte, debido al efecto benéfico de la vitamina C apreciado en algunos estudios, y debido a su bajo costo y seguridad, se considera que debe considerarse, a nivel individual, evaluar la utilidad de la vitamina C. La administración regular de al menos 200 mg/día puede reducir la duración y severidad de los resfriados en adultos y niños, pero no previene su aparición. Se requieren más estudios para evaluar su efecto profiláctico y terapéutico. (Hemila & Chalker, 2013)

En cuanto a las irrigaciones nasales con suero fisiológico consiguen aliviar los síntomas, pero los estudios son pequeños y con alto riesgo de sesgo. (King et al., 2015). El empleo de probióticos en los niños parece ser de utilidad en la prevención del resfriado común, sin embargo, la eficacia de la evidencia es baja o muy baja. (Quick, 2015)

En conclusión, debido a que no tenemos evidencia a favor del uso de estos medicamentos y sí de varios trabajos sobre su riesgo potencial, específicamente en menores de 2 años, los médicos tenemos la obligación de abandonar estos malos hábitos de prescripción; por demás está decir que se deben tomar en cuenta las recomendaciones y evitar en lo posible el uso de estos fármacos en estas situaciones clínicas. (Uribarren, 2015)

Por lo que en este caso se recomienda las medidas generales, tales como la ingesta abundante de líquidos, una dieta balanceada, elevar la cabecera de la cama, el reposo de acuerdo a las necesidades de cada paciente, la aspiración gentil de las secreciones nasales con una perilla y la utilización de aire humidificado constituyen el mejor tratamiento. (Turner, 2015)

También el uso de fármacos como los antipiréticos, a dosis adecuadas y por pocos días, si la sintomatología es severa y valorando la relación riesgo - beneficio. Los antibióticos no son de utilidad, salvo en caso de complicaciones bacterianas. Finalmente, se debe ofrecer una apropiada información acerca del proceso y su duración e insistir en los potenciales efectos secundarios de algunos medicamentos de venta libre y realizar una valoración clínica en unos días. (Suárez, 2016)

2.4.5. Medidas de prevención

Entre las medidas de prevención para el Resfriado Común están las siguientes:

- Proporcionar información práctica acerca de las medidas generales de cuidado.
- Lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Evitar que los niños con resfriado común compartan otros juguetes o chupones y lavarlos con agua y jabón las veces que sean necesarias.
- Invitar a los visitantes a que se laven las manos antes de cargar a los infantes.
- Evitar el contacto con personas que tengan enfermedades respiratorias agudas.
- Promover la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad y continuar con la leche materna hasta los 12 meses de edad.
- Incentivar a los padres para que a los niños los mantengan en sus casas mientras dure la enfermedad. (Escribano, 2011)

2.5. Faringoamigdalitis

2.5.1. Generalidades

La faringoamigdalitis aguda o faringoamigdalitis como entidad aislada es una de las enfermedades más comúnmente vista por los médicos generales y pediatras en consulta. Es una inflamación de las estructuras mucosas y submucosas de la garganta. La faringe es la cavidad común de los tractos respiratorio y digestivo y está conformada por la nasofaringe, que contiene las amígdalas faríngeas (adenoides) en su pared posterior; las amígdalas tubáricas, detrás del orificio de la trompa auditiva; la orofaringe, que contiene las amígdalas palatinas en su parte baja y en el tercio posterior de la lengua, las amígdalas linguales que vienen a constituir el anillo amigdalario de Waldeyer. (Wessels, 2011)

Algunos autores incluyen dentro de sus consideraciones acerca del anillo, elementos linfoides relativamente menores, como las bandas faríngeas laterales, granulaciones faríngeas y el tejido linfóide del paladar blando y el ventrículo laríngeo. Estas estructuras tienen una predisposición aumentada a la inflamación e infección por su abundante contenido de tejido linfóide y además una característica especial en la infancia como órgano de crecimiento y en su papel inmunológico. En cuanto a su patrón

de crecimiento, entre las edades de 4 a 10 años, alcanza su máximo tamaño, lo cual es importante tener claro en pediatría y no considerar unas amígdalas grandes o un tejido adenoideo crecido como un crecimiento patológico que justifique tratamiento con antibióticos o conducta quirúrgica. (Wessels, 2011)

En lo que se refiere al papel inmunológico a este nivel se produce IgA secretora que reacciona a infecciones y ante agresiones alérgicas, produciendo aumento de tamaño que tampoco requiere dicho tratamiento. La mayoría de los casos de faringoamigdalitis aguda se deben a una infección viral y los adenovirus son los agentes etiológicos más frecuentes. Sin embargo, los episodios de faringoamigdalitis agudas diagnosticados clínicamente se tratan usualmente con antibióticos y medicamentos para aliviar la sintomatología. (González, 2011)

2.5.2. Definición

La Faringoamigdalitis Aguda está definida como un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que se presenta con inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas, en las que se puede evidenciar la presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas. (Álvez, 2012)

2.5.3. Factores epidemiológicos

Gran parte de los casos de esta patología de las vías aéreas superiores sucede durante los meses más fríos y lluviosos en países donde tienen estaciones. Es así como las infecciones por estreptococos usualmente aparecen en el invierno tardío o en la primavera temprana. Siendo el hábitat natural para la mayor parte de los estreptococos del grupo A el tejido linfoide de la orofaringe, la transmisión ocurre en epidemias y en lugares de elevado hacinamiento donde sube la frecuencia a 80%. De igual manera es frecuente que el pico de infección se aumente cuando el niño comienza a asistir a la escuela (son los niños que tienen alrededor de tres años de edad). Es frecuente la aparición de varios casos en la familia. (Pérez, 2011)

Aproximadamente a los seis meses de edad la inmunidad transmitida por la madre se reduce dramáticamente y los lactantes se hacen más susceptibles a las infecciones del

tracto respiratorio superior. El riesgo de contagiarse un niño es cerca de 20 a 50% dependiendo de la virulencia del germen y del grado de hacinamiento. (México, Secretaría de Salud, 2009)

2.5.4. Etiología

Las amigdalitis agudas pueden dividirse en tres categorías que sugieren su etiología y tratamiento:

- Eritematosa y exudativa: causada principalmente por virus en 70% y por bacterias en 30%, siendo el más importante estreptococo del grupo A.
- Ulcerativa: la mayoría son virales, raramente bacterianas, como la angina de Vincent por la asociación fusoespirilar.
- Membranosa: su prototipo es la difteria, enfermedad ya poco frecuente.

Los virus respiratorios son los principales agentes causales. De estos, los adenovirus del tipo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7a, 9, 14 y 15 son los agentes con mayor frecuencia aislados. Los organismos bacterianos también son responsables de un número significativo de episodios de faringoamigdalitis aguda por la abundancia de organismos presentes en la cavidad oral sana y el tracto respiratorio superior. (Álvez, 2012)

El organismo bacteriano más comúnmente aislado en los cultivos de garganta es el estreptococo beta hemolítico del grupo A, en 90% de los casos. Este organismo ha sido objeto de mucha atención por su capacidad para producir fiebre reumática, una enfermedad sistémica que afecta las articulaciones y el corazón y algunas veces la piel, el sistema nervioso central y los tejidos subcutáneos. Si se dejan sin tratamiento, las infecciones por estreptococo del grupo A también pueden causar glomerulonefritis postestreptocócica (hematuria macroscópica, hipertensión, edema, e insuficiencia renal), complicaciones supurativas y estado de portador. (Pérez, 2011)

Otros organismos encontrados en cultivos de pacientes con faringoamigdalitis aguda incluyen *S. aureus*, *H. influenzae*, *N meningitidis* y *M. catarrhalis*, pero su verdadero papel es discutido. Anaerobios tales como las especies de *Bacteroides* se han convertido en causa cada vez más reportada de faringoamigdalitis aguda en adolescentes en quienes los cultivos son negativos para estreptococos del grupo A. Ya que los signos y síntomas

de faringoamigdalitis aguda infecciosa o no infecciosa se confunden, puede ser útil diferenciar entre una causa viral y bacteriana (González, 2015).

2.5.5. Manifestaciones clínicas

El síndrome clínico clásico se presenta en los niños de cinco a 12 años de edad, con un período de incubación de 12 horas a cuatro días, de fiebre alta de inicio súbito, dolor de garganta principalmente, con amígdalas de aspecto exudativo, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal, adinamia, adenomegalias dolorosas en el cuello y lesiones petequiales en el paladar blando y un eritema en papel de lija de tipo escarlatina que compromete tórax anterior y pliegues dando el signo de Pastia. (Álvez, 2012)

La presencia de tos, rinorrea, conjuntivitis, mialgias, malestar y diarrea está en contra del diagnóstico clínico de faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico (pero no lo excluye completamente desde que se observen otros signos característicos de ésta). Las infecciones virales usualmente duran de cinco a siete días, en cambio las estreptocócicas se prolongan algo más, y los síntomas son más dramáticos y sobresalientes. (Pérez 2011)

En los hallazgos físicos, la elaboración de una historia y un examen físico completo son esenciales para el diagnóstico. Las amígdalas y la faringe deben ser evaluadas cuidadosamente para evidenciar la presencia de eritema, exudado, tamaño y simetría. En la infección viral, el eritema no exudativo de la faringe con lesiones vesiculares o ulcerativas, sugiere causa viral. Sin embargo; la mononucleosis infecciosa se presenta con exudados en las amígdalas, linfadenopatías generalizadas, malestar y esplenomegalia. Esta enfermedad debe sospecharse en adultos jóvenes que están siendo tratados por una faringoamigdalitis aguda que es resistente a los antibióticos.

Los pacientes inmunocomprometidos con agranulocitosis tienen una morbilidad aumentada. El virus herpes tipo I, provoca faringoamigdalitis indistinguible de la estreptocócica. De las pruebas virales no se dispone tan fácilmente como de aquellas para la infección por estreptococos, y por ahora estas son costosas. Las pruebas serológicas para mononucleosis infecciosa incluyen una prueba rápida de lámina (Monospot®), la cual puede ser negativa en niños, y la prueba de anticuerpos

heterófilos. Los títulos de 1/56 o mayores en este último son diagnósticos de infección mononucleósica. (González, 2011)

En la infección bacteriana, el diagnóstico clínico de la faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A es difícil de hacer porque comparte el mismo cuadro clínico con las de origen viral o de causa desconocida. No hay ningún signo o síntoma que sea patognomónico de la faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A. La regla de oro, consiste en la identificación del estreptococo (beta hemolítico del grupo A en el exudado de garganta).

La prueba rápida detecta el antígeno A y el cultivo en agar sangre aísla la bacteria. La prueba rápida tiene una especificidad mayor de 95% y una sensibilidad mayor de 90%. Por esta razón, si el método rápido es negativo, debe hacerse un cultivo para descartar un resultado falso negativo. Los cultivos falsos negativos son estimados en cerca de 10%. La infección por *C. difteriae*, puede detectarse con pruebas de anticuerpos fluorescentes. El laboratorio debe ser notificado acerca de la probabilidad de difteria para que sea aislado en los medios adecuados. (González, 2011)

Un cuadro hemático completo puede ser útil para el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, un recuento de leucocitos de menos de 12.500/mm³, es raro en niños con infección por estreptococo (beta hemolítico del grupo A). La presencia de más de 10% de linfocitos atípicos, puede ser signo de mononucleosis infecciosa. La verdadera infección por *Streptococcus* (beta hemolítico del grupo A) se define como el aislamiento del microorganismo más un aumento en los títulos de anticuerpos antiexoenzimas estreptocócicas. Esto incluye antiestreptolisina O (ASO), antiDNasa B, antihialuronidasa y otras. Los estudios clínicos demuestran que cerca de la mitad de los cultivos de secreción faríngea no están asociados con un aumento en anticuerpos antiexoenzimas estreptocócicas, por lo tanto, representan aislamiento de organismos de portadores.

La tasa de portadores varía de un lugar a otro y de un tiempo a otro. En general, aproximadamente 10% de los niños presentan estreptococos beta hemolíticos del grupo A en sus gargantas en un momento dado. El estado de portador puede persistir por meses, particularmente después de una infección activa, de esta manera simula una

infección crónica. Estos portadores representan un pequeño riesgo tanto para ellos mismos como para otros. (México, Secretaría de la Salud, 2009)

2.5.6. Diagnóstico

Con el fin de facilitar el diagnóstico, se han propuesto varios sistemas o escalas de puntuación según las manifestaciones clínicas y datos epidemiológicos. Una de las más empleadas es la de McIsaac, basada en los criterios de Centor, pero ponderando la edad. Estos criterios incluyen: fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ (1 punto), hipertrofia o exudado amigdalario (1 punto), adenopatía latero cervical anterior dolorosa (1 punto), ausencia de tos (1 punto), edad si es de 3-14 años (1 punto) y > 15 años (0 puntos).

La interpretación se basa en la suma de los puntos y si es de:

- 0 a 1 quiere decir que no necesita estudio microbiológico (riesgo de infección por EbhGA: 2-6%).
- 2 a 3 se requiere estudio microbiológico e iniciar tratamiento si este es positivo (riesgo de infección por EbhGA del 10-28%).
- 4 a 5 se debe hacer el estudio microbiológico e iniciar tratamiento antibiótico, si se realiza el cultivo esperar el resultado (riesgo de infección por EbhGA del 38-63%). (Pérez, 2011)

La posibilidad de un resultado positivo en las pruebas de diagnóstico microbiológico es menor del 3% en los pacientes que no cumplen ninguno de los criterios clínicos y, de un 38 a 63% en los que tienen 4 o 5 puntos, lo que anula la indicación de realizar pruebas microbiológicas. Este tipo de valoración clínica puede ser muy útil también en situaciones donde no es posible realizar el examen microbiológico, con la intención de reducir el uso innecesario de antibióticos. (Pérez, 2011)

2.5.7. Tratamiento

Los analgésicos, como la aspirina, el ibuprofeno y el acetaminofén, pueden ser útiles para la odinofagia y la fiebre. La aspirina debe evitarse por el riesgo de síndrome de Reye en relación con enfermedades tipo influenza o varicela. La faringoamigdalitis aguda viral usualmente se trata con medicamentos que alivien la sintomatología. El

manejo del paciente depende de la facilidad que tengamos para hacer el diagnóstico bacteriológico. Si no contamos con esta ayuda debemos basarnos en el cuadro clínico.

Si tenemos la prueba rápida y el cultivo para el estreptococo beta hemolítico del grupo A, debemos ordenar al laboratorio que practique primero la prueba rápida. Si esta es positiva, nos basamos en el resultado para prescribir el antibiótico y no es necesario hacer el cultivo. Si, por el contrario, la prueba es negativa se hace el cultivo y se maneja sintomáticamente el paciente por 48-72 horas hasta que esté el resultado. Si este es negativo, se continúa el manejo sintomático. Si es positivo se inicia el antibiótico.

La demora de 48-72 horas no disminuye la efectividad del antibiótico en prevenir la fiebre reumática, la nefritis o las complicaciones supurativas y en cambio sí evita tratamientos innecesarios. La terapia de elección de la faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A, sigue siendo la penicilina G por ser la más activa in vitro y porque no hay resistencia a este medicamento hasta el momento. La terapia oral con penicilina V 125-250 mg/dosis, tres veces al día por un ciclo de 10 días, es suficiente para prevenir la fiebre reumática. (Álvez, 2012)

La amoxicilina y eritromicina producen una tasa de cura bacteriológica de 85% a 90%. La penicilina benzatínica intramuscular, puede ser ligeramente más efectiva. Esta última es de elección en pacientes con vómitos, diarrea o no cumplidores a razón de: 600000 unidades en menores de 30 kg ó 1200000 unidades en mayores de este peso. En los pacientes que son alérgicos a la penicilina puede usarse eritromicina (40 mg/ kg/día, vía oral, cada seis horas por 10 días); si hay vómitos o rechazo a la eritromicina, en estos pacientes la droga de elección es la lincomicina (10mg/ kg/día, cada 24horas por 10 días); si se presenta diarrea la droga debe ser suspendida. (González, 2015)

Otra alternativa en la recurrencia, son otros macrólidos o incluso las cefalosporinas orales como cefalexina, cefadroxilo, cefaclor, ceftibuten, cefixima y cefuroxima que, además han demostrado ser algo más efectivas. El costo significativamente más alto de las cefalosporinas obliga a reservar su uso para fallas en el tratamiento. Su efectividad en prevenir la fiebre reumática se ha mencionado, pero no documentado. Las otras penicilinas orales como amoxicilina o las penicilinas resistentes a las penicilinasas como dicloxacilina o amoxicilina-ácido clavulánico son también efectivas en el

tratamiento de la faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A. (Grijalva, 2013)

Los antibióticos de amplio espectro más nuevos, como loracarbef, claritromicina y azitromicina también son efectivos, pero más costosos. La claritromicina una dosis cada 12 horas, al igual que el loracarbef y la azitromicina, una dosis diaria por tres días, presentan tasas de curación del 95%, la cefuroxima axetil por cuatro días, dan una tasa de curación del 96%. (Grijalva, 2013)

2.5.7.1. Fallas del tratamiento e infección recurrente

Las posibles causas de aparente falla en el tratamiento incluyen:

- Pobre cumplimiento.
- Flora faríngea productora de betalactamasa.
- Resistencia a la penicilina.
- Reinfeción.
- Resistencia a los antibióticos administrados (eritromicina, clindamicina).
- Complicaciones supurativas La terapéutica recomendada en estos casos sería, para infección recurrente.
- Penicilina benzatínica intramuscular (IM).
- Antibióticos resistentes a la betalactamasa como la cefalosporina, clindamicina, amoxicilina - clavulanato, claritromicina, azitromicina y dicloxacilina.
- Para la recaída clínica en la primera semana o persistencia del estreptococo beta hemolítico, se debe repetir la dosis de penicilina benzatínica combinada con rifampicina (20 mg/kg/día, cada 24 horas por cuatro días, con un total de 600 mg/día). (Morales, 2010)

2.5.7.2. Indicaciones quirúrgicas para amigdalectomía en población pediátrica

En la población pediátrica, las indicaciones actuales de la amigdalectomía son muy precisas e incluyen:

- Padecimiento de seis a siete episodios comprobados de faringoamigdalitis estreptocócica del grupo A en un período de uno o dos años, a pesar del tratamiento antibiótico.

- Crecimiento de las amígdalas que causa dificultad respiratoria.
- Falla cardíaca por obstrucción de las amígdalas, que ocasione cor pulmonale.
- Otitis media recurrente.
- Apnea obstructiva durante el sueño (elevación del CO₂).
- Hipoventilación alveolar.
- Abscesos periamigdalinos. (Álvez, 2012)

2.5.8. Prevención y estilo de vida

La faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones supurativas se presentan con mayor frecuencia en los grupos socioeconómicamente en desventaja, ya que para ellos el hacinamiento se constituye en un importante factor de riesgo. El contagio de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica alcanza su grado máximo durante la infección aguda y disminuye en forma gradual en pacientes sin tratamiento, en períodos de algunas semanas. Es menos probable que se dé la transmisión por un portador, quizá por la producción decreciente de la proteína M y la desaparición de bacterias de la secreción nasal. No se han definido los casos de transmisión durante el período de incubación. (Pérez, 2011)

Los miembros de la familia que tienen infecciones periódicas de faringoamigdalitis aguda o recurrente, en un lapso de siete días, son un problema especial y hay que confirmar que tengan estreptococo del grupo A en la garganta. En las escuelas, u otros ambientes de contacto cercano en grupos grandes de personas, los cultivos no se recomiendan habitualmente, a menos que haya brotes de enfermedad estreptocócica, fiebre reumática o glomerulonefritis. (González, 2015)

2.5.9. Medidas de control

Las medidas de control consisten en:

- Aislar el germen de manera inmediata y el tratamiento de las infecciones.
- Los contactos positivos con cultivo positivo deben tratarse.
- Los índices de adquisición de infección por estreptococo del grupo A son más elevados entre los contactos de hermanos en un 25% que, entre el contacto de los padres en los ambientes no epidémicos.

- Los niños no deben regresar a la escuela hasta que hayan transcurrido por lo menos 24 horas después de haber iniciado la terapia antimicrobiana y hasta que estén afebriles.
- Una profilaxis diaria con penicilina oral (o eritromicina) es efectiva para prevenir la adquisición de estreptococo beta hemolítico del grupo A, así como penicilina benzatínica IM dada cada 21-28 días.
- La tonsilectomía puede ser utilizada solamente como un último recurso cuando falla la profilaxis.
- Las vacunas de proteína M dirigidas contra el pili de la superficie del estreptococo están actualmente bajo investigación. (Grijalva, 2013)

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es de desarrollo.

3.2. Diseño de Investigación

Se trata de un estudio observacional, de tipo correlacional, de corte transversal; que se realizó en el Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”, ubicado en el Barrio San Vicente de Morete, perteneciente al Centro de Salud Urbano Tena, durante el período de agosto de 2015 a mayo de 2016.

3.3. 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.
- Método Sistemático desde la propia concepción de la investigación como un todo y la unidad de los elementos del diseño teórico y metodológico; también usado para la elaboración de la estrategia, al organizar un grupo de acciones de intervención que den respuesta al objetivo del estudio.
- Método Comparativo, cuando se establecen comparaciones entre estudios análogos del tema para establecer las similitudes y diferencias y formular interpretaciones
- En todos los momentos de la investigación se empleó el método científico.

3.4. Enfoque de la Investigación

El enfoque de la investigación es mixto (cuantitativo y cualitativo). Es cuantitativo porque se utiliza la encuesta como método fundamental de obtención de la información y sus resultados son interpretados en porcentajes; y cualitativa porque se profundiza en la esencia del fenómeno y se utilizan métodos propios que permiten la triangulación metodológica, como la revisión de documentos (fichas familiares) y la entrevista a informantes claves (promotores del Centro Infantil del Buen Vivir).

3.5. Alcance de la investigación

El alcance de la investigación es de tipo correlacional, porque pretende responder a un propósito de investigación y medir el grado de relación entre dos o más variables.

3.6. Descripción de la población de estudio

El universo estuvo constituido por 45 padres de familia.

3.7. Unidad de análisis

Está conformado por los padres de familia, un representante por cada uno de los niños que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”.

3.8. Tamaño de la muestra

La muestra quedó constituida por 40 padres de familia que cumplieron con los criterios de inclusión. La cual fue escogida por muestreo probabilístico aleatorio, para lo cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

De Inclusión:

- Voluntariedad de los padres de familia de los niños que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”.
- Permanencia de ellos en la institución durante el tiempo que dure la investigación.

De exclusión:

- Cualquier discapacidad física o mental que invalide su participación.
- Cualquier criterio que no cumpla con los mencionados anteriormente.

3.9. Variables y Operacionalización

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador	
		Escala	Descripción	Fórmula	Resultado
Edad	Cuantitativa discreta	Menos de 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 44 años 45 años y más	Años cumplidos a la fecha de los padres y promotores que participaron en la investigación.		Porcentaje de participantes por grupo de edad.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Características orgánicas que definen a una persona como hombre o mujer.		Porcentaje de participantes según sexo.
Nivel de Instrucción	Cualitativa ordinal politómica	Ninguno Básica Incompleta Básica Completa Bachillerato Incompleto Bachillerato Completo Tercer nivel Incompleto Tercer nivel Completo	Según último grado vencido.		Porcentaje de participantes según el nivel de instrucción.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador	
		Escala	Descripción	Fórmula	Resultado
Lavado de manos	Cualitativa nominal dicotómica	Según resultados: SI NO	Si refiere realizarlo: SI: 1 punto NO: 0 puntos		Porcentaje de los que sí realizan el lavado de manos.
Frecuencia del lavado de manos	Cualitativa ordinal politémica	1 vez 2 veces 3 veces 4 veces o más	Según refiere la frecuencia de lavado de manos: 4 veces o más: 1 punto Menos de 3 veces: 0 puntos.		Porcentaje de los que tienen frecuencia de lavado de manos adecuada.
Exigencia de lavado de manos en el niño	Cualitativa ordinal politémica	1 vez 2 veces 3 veces 4 veces o más	Según lo referido en la exigencia de lavado de manos: 4 veces o más: 1 punto. Menos de 3 veces: 0 puntos.		Porcentaje de los que refieren la exigencia de lavado de manos en el niño adecuada.
Práctica higiénica de lavado de manos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado No adecuado	Práctica adecuada: 3 puntos Práctica no adecuada: 2 o menos puntos.		Porcentaje de los que tiene prácticas higiénicas adecuadas e inadecuadas.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador	
		Escala	Descripción	Fórmula	Resultado
Conocimientos sobre ventajas de la Lactancia Materna	Cualitativa Nominal politómica	a) Previene las infecciones. b) Tiene todos los nutrientes que el niño necesita. c) Ayuda a ahorrar dinero. d) Crea un lazo de amor muy fuerte entre madre e hijo.	Cuando respondan correctamente las ventajas de la lactancia materna que aparecen en la pregunta 9 (a, b, c y d) del cuestionario: 1 punto por cada una, total 4 puntos.		Porcentaje de conocimientos sobre lactancia materna.
Conocimiento sobre el periodo de tiempo de presentación de los síntomas de las Infecciones Respiratorias Agudas	Cualitativa Nominal politómica	a) Menos de 15 días b) Más de 15 días	Cuando responda el inciso a de la pregunta 10: 1 punto Cuando responda el inciso b: 0 puntos.		Porcentaje de conocimientos sobre el periodo de tiempo de presentación de los síntomas de las Infecciones Respiratorias Agudas
Conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de las IRA Altas	Cualitativa Nominal politómica	a) Tos b) Dolor de garganta c) Secreción nasal d) Fiebre e) Dolor abdominal	Cuando responda los incisos a, b, c y d de la pregunta 11: 1 punto por cada una (total 4 puntos)		Porcentaje de conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de las IRA

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador	
		Escala	Descripción	Fórmula	Resultado
Conocimientos sobre la conducta que asume la familia frente a las IRA Altas	Cualitativa nominal politómica	a) Lo llevo al Centro de Salud. b) Lo mantengo abrigado. c) Lo mantengo en casa. d) Le doy remedios caseros. e) Le compro medicamentos en la farmacia, sin receta médica. f) Nada.	Cuando responda inciso a, b, c y d de la pregunta 12: 1 punto por cada una (total 4 puntos)		Porcentaje de conocimientos sobre la conducta que asume la familia frente a las IRAS
Conocimientos sobre los síntomas de alarma de las IRA	Cualitativa Nominal politómica	a) Respiración rápida b) Fiebre alta c) Piel morada d) Dificultad para respirar	Cuando responda inciso a, b, c y d, de la pregunta 13: 1 punto por cada una (total 4 puntos).		Porcentaje de conocimientos sobre los síntomas de alarma de las IRA

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador	
		Escala	Descripción	Fórmula	Resultado
Información recibida sobre Infecciones Respiratorias Agudas.	Cualitativa nominal dicotómica	Según resultados: SI NO	Según refiera la persona si recibe o no la información.		Porcentaje de los que sí recibieron información.
Conocimientos generales acerca Infecciones Respiratorias Agudas Altas	Cualitativa nominal dicotómica	Según resultados: Satisfactorio No satisfactorio	Satisfactorio: 13 o más puntos (respuestas correctas de la pregunta 8 a la 13). No satisfactorio: 12 o menos puntos.		Porcentaje de conocimientos evaluados como satisfactorios.

3.10. Técnicas de recolección de la información

Una de las técnicas que se utilizó durante todo el proceso de la investigación, es la observación donde el investigador observa el fenómeno de estudio en sus condiciones naturales y le permite identificar las principales manifestaciones del problema.

También se usaron revisiones bibliográficas y documentales para la recolección de la información.

3.11. Fuentes de información

3.11.1. Fuente Primaria

La recolección de la información, se obtuvo mediante la aplicación de un instrumento, previo consentimiento informado (Anexo A), esta herramienta fue una encuesta realizada por el investigador, que constó de 14 ítems, dirigidas a padres de familia escritas con un lenguaje sencillo, claro, coherente y de fácil comprensión; permitiendo la tabulación de los resultados. (Anexo B)

3.11.2. Fuente Secundaria

Se realizaron revisiones bibliográficas de revistas médicas indexadas, libros básicos; con el propósito de evaluar el estado actual de la temática para la construcción del marco teórico y el resto de la investigación.

Para la revisión documental se investigaron los documentos oficiales entre los que se destacan: el Análisis Situacional Integral de Salud, las fichas personales de los niños y el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA).

3.11.3. Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios

Se utilizó como instrumento de recolección de datos primarios y secundarios la encuesta, misma que consta de 14 preguntas encaminadas a explorar las variables sociodemográficas y de conocimiento.

Objetivo de la encuesta: identificar el nivel de conocimiento de las prácticas y enfermedades infecciosas respiratorias agudas en la infancia.

Forma de aplicación: el instrumento fue de auto aplicación, y se les dio instrucciones precisas a los participantes sobre el llenado del mismo; para favorecer la sinceridad en los datos, el llenado fue anónimo.

Calificación: se asignó a cada pregunta una puntuación de 1 ó 0, y según el resultado fue calificado en satisfactorio y no satisfactorio.

Materiales: protocolo de la encuesta, computador, impresora, lápices, esferos.

Validación del instrumento: fue valorado por 5 especialistas constituidos por Médicos Generales Integrales con cuarto nivel, quienes aplicaron los criterios de Moriyama (Anexo C) para su validación. Posteriormente, se hicieron los arreglos con las sugerencias dadas y luego, se realizó una prueba piloto, aplicándola a personas al azar con características similares y que no participaron en el estudio. Finalmente, se ejecutó la validación del instrumento mediante el análisis de confiabilidad y validez, a través del alfa de cron bach que se orienta hacia la consistencia interna de la prueba para aplicarla a los participantes en la investigación.

3.12. Proceso de recogida de la información

El proceso de recolección de la información, se realizó a través de una encuesta confeccionada, validada y aplicada por el autor, con el propósito de conseguir información sobre el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas en el Centro Infantil del Buen Vivir en el mes de marzo del 2016.

Toda la información fue procesada y analizada a través del programa SPSS 17.0, a través de una computadora Pentium 3. Los resultados fueron analizados cualitativa y cuantitativamente mediante frecuencias y porcentos y presentados en tablas, se utilizó el cálculo de los siguientes estadígrafos en las diferentes etapas del estudio: coeficiente de alfa de cron bach y chi cuadrado. Para estos estadígrafos se utilizó el 95% como nivel de confiabilidad.

3.13. Aspectos éticos

Para dar cumplimiento al aspecto ético, se elaboró un consentimiento informado de voluntariedad y escrito, dirigido a los padres de familia que participaron en la investigación. Además, se veló por el respeto de los principios bioéticos como el de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Y por supuesto de la confidencialidad de toda la información que se obtenga de este trabajo.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), se definen como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueitis, bronquiolitis y laringitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre. (Cordero, 2015)

Tabla 1-4: Distribución de padres según edad. Centro Infantil el Buen vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Edad	No	%
Menos de 19 años	1	2,5
De 20 a 29 años	22	55
30 a 39 años	12	30
40 años y más.	5	12,5
Total	40	100

Fuente: Encuesta

Como se puede evidenciar en la tabla 1, el grupo etario que predominó fue el de 20 a 29 años, con 22 encuestados para un 55 %, seguido del grupo de 30 a 39 años con 12 para un 30 %, de 40 años y más con 5 para un 12,5% y por último el de menos de 19 años con 1 para un 2,5%.

Al analizar los resultados se observa que el mayor porcentaje está en el grupo de 20 a 29 años lo cual según el autor, está determinado porque en la Sociedad Ecuatoriana, la mayoría de las personas en esta edad forman una familia y es la edad laboral por excelencia. Coincidiendo el estudio con las estadísticas de la Provincia Napo, donde de 103000 habitantes, 16209 están entre las edades de 20 a 29 años (INEC, 2010).

Además, parcialmente coincide con el estudio realizado en un Centro de Salud del Perú, en madres de niños menores de 5 años, en donde el mayor porcentaje están entre las edades de 26 a 35 años. (Alarcón, 2011) Por el contrario, en otro trabajo existió un predominio de los menores de 19 años. (Valdez A, 1999)

Tabla 2-4: Distribución de encuestados según sexo. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Sexo	No	%
Femenino	30	75
Masculino	10	25
Total	40	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 2, se encontró que hubo un predominio del sexo femenino con 30 participantes para un 75%, contra 10 del sexo masculino para un 25%.

Este resultado se corresponde con la realidad mundial y ecuatoriana, donde en la mayoría de los casos la mujer es la que se ocupa al cuidado de los hijos, tanto en la casa como encargándose de llevarlos al lugar donde son cuidados mientras realizan sus actividades laborales, cumpliendo dualidad de funciones. Similar resultado encontró Torres en su investigación. (Torres, 2011).

Por otra parte, el comportamiento del sexo de este estudio no se corresponde con el comportamiento del sexo de los ciudadanos ecuatorianos, donde específicamente en la Provincia de Napo existe un predominio del sexo masculino con 50,9%, contra el femenino de 49,1% (INEC, 2010).

Tabla 3-4: Distribución de padres según escolaridad. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Escolaridad	No.	%
Ninguno	2	5
Básica completa	3	7,5
Básica incompleta	1	2,5
Bachillerato completo	16	40
Bachillerato incompleto	6	15
Tercer nivel completo	8	20
Tercer nivel incompleto	4	10
Total	40	100

Fuente: Encuesta

Como se aprecia en la tabla 3; de 40 encuestados, 16 que representa un 40% tiene bachillerato completo, seguido de 8 para un 20% con tercer nivel completo, 6 para un 15% con bachillerato incompleto, 4 para 10% con tercer nivel incompleto, 3 para un 7,5% con básica completa, 2 para un 5 % sin ninguna escolaridad, y por último 1 para un 2,5% con básica incompleta.

La educación media (bachillerato completo) fue la escolaridad que predominó, lo cual está dado por la realidad socioeconómica del Ecuador, donde las clases más desposeídas no tienen los recursos y oportunidades para continuar sus estudios y mejorar así su nivel académico. Coincidiendo este resultado con el de Torres, donde el 62,5% pertenece al nivel educativo de secundaria. (Torres, 2011) Igualmente coincide con el estudio de Alarcón (2011), en donde el 59% de las madres tienen secundaria completa.

Otro estudio, con resultados diferentes fue el de Toro y Astroza (citado por Cujíño en el 2014), el cual señala que, dentro de los principales factores de riesgo para IRA, se encuentra el nivel socioeconómico y la baja escolaridad de los padres (nivel primario). Además, Martínez, expone dentro de su estudio que, las madres con baja escolaridad presentaron un 68.8% de prevalencia de IRA y que el nivel educacional de ellas influye en la morbimortalidad por IRA. (Martínez, 1999)

Tabla 4-4: Conocimiento sobre prácticas higiénicas de lavado de las manos. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016

Prácticas higiénicas de lavado de las manos	No	%
Adecuadas	21	52,5
No adecuadas.	19	47,5
Total	40	100

Fuente: Encuesta

Al analizar esta tabla N° 4, acerca de las prácticas higiénicas de lavado de las manos se aprecia que 21 encuestado para un 52,5 %, presentaron prácticas higiénicas adecuadas y 19 para un 47,5% presentaron prácticas no adecuadas.

La mayoría refirieron que presentaban buenas prácticas de higiene de las manos, lo cual habla a favor de los buenos hábitos de higiene de los padres de familia que cuidan a los niños; aunque la diferencia es poco significativa. Duarte (2000), plantea que, la transmisión de enfermedades por las manos, se debe a que no hay una adecuada higiene personal.

Tabla 5-4: Conocimientos generales acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Conocimientos generales acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas	No	%
Satisfactorios	2	5
No satisfactorio	38	95
Total	40	100

Fuente: Encuesta

Al evaluar los conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas (Tabla 5), se nota que de un total de 40 personas que entraron en el estudio, 38 que representan un 95% presentaron conocimientos no satisfactorios, contra 2 que representan un 5% que fueron los únicos que tuvieron conocimientos satisfactorios.

Con lo que se demuestra que, los padres de los niños del Centro Infantil, presentaron pocos conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas, lo cual puede deberse a que en la educación familiar y durante su escolaridad no hicieron énfasis acerca de este tema, y que las acciones de salud han estado dirigidas a dar orientaciones en el momento agudo de la enfermedad y no han sido reforzadas continuamente. Coincidiendo esta investigación con Álvarez (2008), que encontró resultados similares en su investigación.

Para fundamentar en que área específica se encuentra el mayor desconocimiento de los padres de familia entrevistados a continuación, se procede a describir los resultados obtenidos en las preguntas relacionadas a los conocimientos generales de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas, con la aplicación del instrumento de recogida de información.

Tabla 6-4: Conocimientos sobre las ventajas de la Lactancia Materna. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Conocimientos sobre las ventajas de la Lactancia Materna	No.	%
Previene las infecciones	9	22,5
Contiene todos los nutrientes para el desarrollo del menor	35	87,5
Contribuye a economizar los recursos familiares	5	12,5
Fortalece la relación afectiva madre e hijo	18	45

Fuente: Encuesta

En relación a los conocimientos sobre las ventajas de la Lactancia Materna (tabla 6), como factor protector de las IRA, las que principalmente se reconocen son: el 87,5% reconoce que esta contiene todos los nutrientes necesarios para el desarrollo del menor, el 45% expresa que a través de ella se fortalece la relación afectiva madre e hijo, el 22,5% indica que previene las infecciones y el 12,5% que contribuye a economizar los recursos familiares.

Según el autor, estos resultados demuestran que a pesar de que se ha dado información sobre las ventajas de la lactancia materna todavía resultan necesarias otras acciones con

mejor direccionamiento hacia este aspecto, para lograr que sean aplicados en el caso de que tengan hijos menores y así se refuerce la prevención de estas enfermedades respiratorias mediante la Lactancia Materna como factor de protección.

Asimismo, Duarte (2000), señala como factores de riesgo para presentar Infecciones Respiratorias Agudas, la privación de la lactancia materna, la desnutrición, el hacinamiento, la mala ventilación, la atopia y la asistencia a círculos infantiles, debido al riesgo mayor de transmisión a través de gotitas de secreciones respiratorias por el juego y el contacto con juguetes.

Tabla 7-4: Conocimiento sobre el tiempo de presentación de los síntomas de las Infecciones Respiratorias Agudas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Conocimiento sobre el periodo de tiempo de presentación de los síntomas de las Infecciones Respiratorias Agudas	No.	%
Menor de 15 días	18	45
Mayor de 15 días	19	47,5
Desconoce	3	7,5
Total	40	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 7, con respecto a la pregunta acerca del tiempo de evolución que se considera para que una Infección Respiratoria sea Aguda, el 45% sabe que para ser aguda necesita tener un periodo menor a 15 días, el 47,5% indica que debe tener más de 15 días y un 7,5% desconoce.

Los hallazgos obtenidos reflejan el desconocimiento que tiene la población sobre este tema ya que un porcentaje importante de los encuestados refieren que los síntomas pueden transcurrir más allá de 15 días y algunos inclusive no lo conocen, minimizando la importancia de los mismos, aspecto negativo que influyen en la aparición de las complicaciones que pueden presentarse después. No se encontraron estudios sobre este tema en específico para realizar la comparación respectiva.

Tabla 8-4: Conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Conocimientos sobre los síntomas más frecuentes de las IRA Altas	No	%
Tos	25	62,5
Odinofagia	22	55
Rinorrea	21	52,5
Fiebre	19	47,5
Dolor abdominal	6	15

Fuente: Encuesta

Con respecto a los síntomas que conoce las madres sobre las Infección Respiratorias Agudas, el 62,5% respondieron tos, dolor de garganta el 55%, rinorrea el 52,5 %, fiebre el 47,5% y dolor abdominal respondió un 15%. Demostrando así que, la mayoría de las madres encuestadas conocen por lo menos dos a tres de los síntomas de esta patología, aspecto importante dado en que influye en la asistencia a los centros de salud para valorar a sus niños con personal calificado, coincidiendo con lo revisado en la literatura mundial. (Escobar, 2013)

Tabla 9-4: Conocimientos sobre la conducta que asume la familia frente a las Infecciones Respiratorias Agudas Altas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Conocimientos sobre la conducta que asume la familia frente a las IRAS Altas	No	%
Acude al Centro de Salud	39	97,5
Evita el enfriamiento	5	12,5
Mantiene dentro del hogar	1	2,5
Da remedios caseros	3	7,5
Automedica	0	0
No hace nada	0	0

Fuente: Encuesta

Esta tabla número 9, muestra que un 97,5 % acuden a los centros de salud, el 12,5% evitan el enfriamiento, 2,5% lo mantiene en el hogar y el 7,5% da remedios caseros.

Interpretando así que, las madres se preocupan por sus niños y son muy suspicaces cuando de enfermedad se refiere, aspecto esencial para una atención de calidad y oportuna, conducta afianzada más desde la Medicina Familiar y Comunitaria a través de la promoción y prevención de salud que se ofrecen, abogando por la no automedicación ni otras conductas no científicas. Resultado similar se encontró en varios estudios. (Correa, 2012 y Escobar, 2013)

Tabla 10-4: Conocimientos sobre los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Conocimientos sobre los síntomas de alarma de las IRA	No	%
Altas		
Taquipnea	16	40
Fiebre elevada	25	62,5
Cianosis	5	12,5
Disnea	27	67,5

Fuente: Encuesta

En esta tabla 10, se evidencia que un 67,5% reconoce a la disnea como un signo de alarma, un 62,5% a la fiebre elevada, un 40% a la taquipnea y 12,5% a la cianosis; por lo que se puede interpretar que las madres conocen en su mayoría dos signos de alarma, lo que hace suponer que podrían actuar de manera rápida ante una situación en que se presente esta sintomatología; pero también hace falta más información para que se conozcan todos los síntomas para que acudan a una atención inmediata y prevenir futuras complicaciones; lo que concuerda con la investigación realizada por otro autor. (Alarcón, 2011)

Por otro lado, se demostraron diferentes resultados en estudios realizados en México, donde solo 1 de cada 5 padres identifican signos de alarma como la dificultad respiratoria y taquipnea, lo que indica la necesidad de sensibilización y conocimiento en los pobladores. (Ferreira, 2013) De igual manera se evidenció en trabajos hechos en Colombia donde no reconocieron los signos de alarma de estas infecciones respiratoria. (Torres, 2011)

Tabla 11-4: Relación entre conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas y grupo etario. Centro Infantil el Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Conocimientos generales sobre sobre las IRA Altas	Grupos etarios									
	Menos de 19 años		De 20 a 29 años		De 30 a 39 años.		De 40 años y más.		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Satisfactorios	0	0	2	5	0	0	0	0	2	5
No satisfactorios	1	2,5	20	50	12	30	5	12,5	38	95
Total	1	2,5	22	55	12	30	5	12,5	40	100

Fuente: Encuesta

χ^2 : 0,05

p: 0,81

Tal como se puede observar en esta tabla 11; de 40 cuidadores de niños, 38 para un 95% presentaron conocimientos no satisfactorios, de los cuales 20 para un 50% eran de 20 a 29 años, seguidos de 12 para un 30% de 30 a 39 años, 5 para un 12,5% de 40 años y más, y 1 para 2,5% menores de 19 años. Con conocimientos satisfactorios solo se encontraron 2 para un 5% que eran de 20 a 29 años. Se obtuvo un valor de chi cuadrado de 0,05 y la p de 0,81; lo que indica que no hay asociación estadísticamente demostrable.

En el estudio, se aprecia que no existe relación entre conocimientos sobre las Infecciones Respiratorias Agudas y grupo etario; ya que, en sentido general todos desconocen sobre el tema y se asume que mientras más edad más conocimiento se debe tener. En otro estudio con otros autores, se identificó que los menores de 19 años eran los que menos conocimientos poseían. (Valdez, 1999)

La experiencia internacional revela que un conjunto de medidas de promoción y prevención pueden lograr un impacto en su disminución y complicaciones, por lo que en nuestro país existe un programa para el control de las Infecciones Respiratorias Agudas, cuyo objetivo fundamental es disminuir la morbimortalidad por esta causa, sobre todo, en menores de 5 años que constituyen un importante grupo de riesgo. De ahí la necesidad de identificar todos aquellos factores que puedan incidir en su aparición y recurrencia. (López, 2001)

Tabla 12-4: Relación entre conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas y sexo. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Conocimientos generales sobre las IRA Altas	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfactorios	2	5	0	0	2	5
No satisfactorios	28	70	10	75	38	95
Total	30	25	10	75	40	100

Fuente: Encuesta

χ^2 : 0,07

p: 0,4

En esta tabla, el sexo masculino, con relación a las mujeres presentó menos conocimientos sobre las medidas preventivas de IRA. Con conocimientos no satisfactorios 30 hombres para un 75% y 8 mujeres para un 20% y solo 2 mujeres para un 5% presentaron conocimientos satisfactorios. En esta relación entre variables, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 0,07 y la p de 0,4; lo que revela que no hay asociación estadísticamente demostrable.

Al analizar los resultados de esta tabla se aprecia que, el sexo masculino fue el que menos conocimientos tenía sobre el tema, lo que ocurre porque ellos no atienden directamente a sus hijos y por ende no están al tanto de la salud de los niños.

En un estudio similar, al relacionar los conocimientos de IRA con otros factores de riesgo se destaca que, las madres o cuidadores que ya han tenido la experiencia de un hijo con patología respiratoria, la hospitalización de éste o algún familiar con esta patología, presentaron un mayor nivel de conocimientos, que pudiese estar influenciado por estas experiencias de vida, el contar con estos antecedentes les hace conocer más el tema, con un índice de 0, 0.21, 0.16, en el nivel bajo, medio y alto respectivamente en las que presentaron hospitalización de su hijo, un 0.35, 0.49, 0.46 en el nivel bajo, medio y alto de los niños que presentaron morbilidad respiratoria y un índice de 0.23, 0.32 y 0.43, en el nivel bajo, medio y alto de las madres o cuidadores que tienen algún familiar con morbilidad respiratoria. (Cujino & Muñoz, 2014)

Tabla 13-4: Relación entre conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas y la escolaridad. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Escolaridad	Conocimientos generales sobre las IRA Altas			
	Satisfactorios		No satisfactorios	
	No.	%	No.	%
Ninguno	0	0	2	5
Básica completa	0	0	3	7,5
Básica incompleta	0	0	1	2,5
Bachillerato completo	2	5	14	35
Bachillerato incompleto	0	0	6	15
Tercer nivel completo	0	0	8	20
Tercer nivel incompleto	0	0	4	10
Total	2	5	38	95

Fuente: Encuesta

χ^2 : 0,37

p: 0,54

Con respecto a la relación entre los conocimientos sobre las IRA y la escolaridad. Donde presentaron conocimientos no satisfactorios 14 cuidadores para un 35% con escolaridad bachillerato completo, 8 para un 20 % tercer nivel completo, 6 para un 15% bachillerato incompleto, 4 para un 10 % tercer nivel incompleto, 3 para un 7,5% básica completa, 2 para un 5 % ninguna y 1 para un 2,5% básica incompleta. Con conocimientos satisfactorios solo 2 para un 5 % bachillerato completo. Se obtuvo un valor de chi cuadrado de 0,37 y la p de 0,54; lo que indica que no hay asociación estadísticamente demostrable (Tabla 13).

Se puede apreciar que no existe relación entre conocimientos y escolaridad, ya que el nivel de conocimientos respecto a las IRA debía ser mayor en los cuidadores con instrucción superior y no ocurrió de esta forma. Sin embargo, en el estudio de Cujíño si existió relación entre conocimientos y escolaridad, en el cual los conocimientos de las madres o cuidadores iba en aumento a medida que aumentaba la escolaridad, con un índice de un 0.05 de enseñanza superior completa en el nivel bajo de conocimientos, 0.12 en el nivel medio y 0.33 en el nivel alto, así mismo en la enseñanza básica incompleta iba en disminución a medida que aumentaba el nivel de conocimientos con un índice de 0.11 en el nivel bajo de conocimientos, 0.04 nivel medio y 0 en el nivel

alto, lo que demuestra que el nivel de conocimientos respecto a IRA, es directamente proporcional a la escolaridad. (Cujíño & Muñoz, 2014)

Tabla 14-4: Relación entre conocimientos generales sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Altas y prácticas higiénicas de lavado de manos. Centro Infantil del Buen Vivir Morete Sisa. Tena. 2016.

Prácticas higiénicas de lavado de manos.	Conocimientos generales sobre las IRA Altas			
	Satisfactorios		No satisfactorios	
	No.	%	No.	%
Adecuadas.	1	2,5	20	50
No adecuadas.	1	2,5	18	45
Total	2	5	38	95

Fuente: Encuesta

χ^2 : 0,053

p: 0,94

En esta tabla número 14, se aprecia que, del 95 % de los cuidadores que presentaron conocimientos no satisfactorios, 20 para un 50% con buenas prácticas higiénicas de lavado de manos tenían conocimientos no satisfactorios sobre las IRAS y 18 para un 45 % con prácticas no adecuadas tampoco poseían conocimientos. Y del 5 % con conocimientos satisfactorios 1 para un 2,5 % tenían prácticas higiénicas adecuadas y el mismo porcentaje prácticas inadecuadas. Se obtuvo un valor de chi cuadrado de 0,053 y la p de 0,94; lo que indica que no hay asociación estadísticamente demostrable.

La relación entre conocimientos acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas y prácticas higiénicas de lavado de las manos no es directamente proporcional, ya que los cuidadores, a pesar de que presentaron prácticas de higiene adecuadas, sus conocimientos sobre IRA no fueron satisfactorios. Esto está dado, porque los cuidadores han recibido mayor información sobre lavado de manos, como procedimiento primordial para evitar varias enfermedades; sin embargo, no ha sido suficiente la información acerca las IRA.

Teniendo en cuenta que los padres de familia no poseen suficientes conocimientos sobre las IRA, se diseñó un plan de intervención educativa acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas dirigida a los padres de familia de los niños del Centro Infantil de Buen Vivir “Morete Sisa”, que está descrito en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO V

5. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

5.1. Introducción

Las Infecciones Respiratorias Agudas Altas constituyen un importante problema de salud durante la niñez, que frecuentemente requiere de asistencia a consulta médica, a veces, entre seis y ocho veces al año e incluso necesitando en algunas ocasiones hospitalización con las consecuencias negativas que este cambio trae tanto para el menor como para la familia.

Los agentes etiológicos que con mayor frecuencia se asocian a estas infecciones son los rinovirus y adenovirus, por lo que se requiere realizar acciones de prevención dirigidas a que las familias conozcan los principales síntomas, signos y complicaciones más frecuentemente asociadas a estas.

Si a esto se añade que, Napo es una provincia caracterizada por la inestabilidad en el clima marcado por una gran humedad que favorece la predisposición de los niños a padecer infecciones del sistema respiratorio, se hace necesario dedicar acciones a la educación de la familia, que partan de la transmisión de un conocimiento científico, actualizado y asequible para personas de diferentes procedencias y nivel de escolaridad, unido a costumbres, prácticas y creencias que en muchos casos retardan o complican la asistencia del menor al centro de salud y en otros casos, por desconocimiento, impiden que los padres adopten las medidas preventivas oportunas para evitar la transmisión de estas infecciones respiratorias al resto de los miembros de la familia, y evitar la recurrencia de estas.

Brindar educación para la salud constituye una de las funciones principales del Médico Familiar y Comunitario para lograr poblaciones sanas, y la necesaria protección a una de las etapas de la vida de mayor vulnerabilidad psicobiológica que es la niñez, en la que la mayoría de las acciones y conductas que se realicen sobre el menor dependen

fundamentalmente de los saberes, la motivación e interés de los padres por la salud de sus hijos.

Es por eso, que cualquier acción que se emprenda para lograr beneficios en la etapa infantil tiene que comenzar por sensibilizar y concientizar a los padres de su responsabilidad directa en el bienestar del niño, y en este sentido se puede establecer que cuando los padres no colaboran en el cuidado de sus hijos no siempre lo hacen por la falta de interés, si no que en muchos casos es la escasez de información y de conocimientos lo que obstaculiza una actitud más protagónica y comprometida por parte de ellos, razones que sustentan la necesidad de una estrategia de intervención planificada, y dirigida hacia ese objetivo.

5.2. Principios fundamentales en los que se sustenta la Estrategia

La estrategia se basa en el trabajo grupal, y en el papel de los aprendizajes colectivos organizados y conducidos por un facilitador (Médico Familiar y Comunitario) con suficientes conocimientos y experiencia sobre el tema, para desarrollar exitosamente su trabajo y lograr los aprendizajes esperados en cada miembro del grupo.

El diseño de la estrategia de intervención parte del carácter científico de su propuesta por lo que se definen los principios, bases teóricas y carácter de sistema de los diferentes elementos contenidos en ella.

5.2.1. Principios del trabajo grupal

Los principios en que están basados el trabajo grupal son:

- Principio del aporte colectivo de cada miembro y el respeto a las opiniones propias.
- Principio de la atención a las diferencias individuales.
- Principio de la relación entre la actividad y la comunicación.
- Principio de la capacidad individual para el autodesarrollo.
- Principio de los aprendizajes compartidos y colaborativos
- Principio de la motivación como generadora de comportamientos hacia la satisfacción de las necesidades de aprendizajes.

- Principios andragógicos de la flexibilidad, la participación y la horizontalidad en el aprendizaje de los adultos.
- Principio de la relación entre los conocimientos teóricos y su aplicación práctica.

5.3. Bases teóricas

Las bases teóricas: psicológicas, educativas y sociales que fundamentan la necesidad del programa de intervención educativa son las que se describen a continuación:

- La motivación por el cambio proviene inicialmente del sujeto que aprende.
- Al facilitador le corresponde la responsabilidad de la transformación de los conocimientos actuales hacia los comportamientos deseados en el grupo de beneficiarios.
- El proceso de aprendizaje requiere en muchas ocasiones: aprender, desaprender y reaprender, a partir de los nuevos contenidos que se introducen, o sea construir y reconstruir los conocimientos tomando en cuenta la nueva información que recibe y procesan los beneficiarios.
- El proceso social de trabajo en grupo permite el abordaje y la transformación del conocimiento a partir de las interacciones que se establecen entre los miembros y la vinculación entre los conocimientos previos de cada uno con las nuevas propuestas de cambio.
- Los resultados del aprendizaje deben favorecer la modificación de opiniones, valoraciones y comportamientos en todos los integrantes del grupo.
- Los mensajes educativos, que constituyen la esencia de la propuesta, deben tomar en cuenta las características de los receptores a los que van dirigidos y en su diseño dejar establecidos los mecanismos para la retroalimentación y comprobación de los conocimientos.
- Se parte de la consideración de que es más fácil lograr cambios a partir de los compromisos grupales que aquellos que se hacen a un nivel individual, al asumir modelos, normas y aprendizajes que provienen de otras personas que afrontan situaciones similares a las propias.
- El aprendizaje constituye un proceso permanente y continuo y es posible aprender en todas las etapas de la vida.

- El facilitador o responsable de las sesiones debe mostrar dominio de los principios de la dinámica de los grupos y los métodos y técnicas a emplear partiendo desde la fase de elaboración y selección de los métodos hasta su aplicación.

5.4. Elementos para el diseño e implementación de la estrategia

Los elementos generales a tomar en cuenta para el diseño e implementación de la estrategia son los siguientes:

- Se trabajará en un total de 6 sesiones.
- Las sesiones se desarrollarán en las instalaciones del Centro Infantil del Buen Vivir, el que dispondrá de toda la logística necesaria para el bienestar de los participantes, atendiendo a las condiciones estructurales y funcionales del local.
- Las sesiones oscilarán sobre los 40 minutos de trabajo para evitar cansancio, apuro o desmotivación en los participantes.
- El horario de realización de las sesiones será a partir de las 15:00 horas.
- Se trabajará con un grupo pues, aunque el número de miembros es de 40 integrantes se prefiere realizar un sistema único de influencias para uniformar las dinámicas grupales y que todos los participantes interactúen entre sí.
- Las sesiones deben lograr que se establezca una atmósfera favorable hacia la comunicación en las que se establecerán las reglas de trabajo del grupo y la importancia del aporte de todos para la construcción de los nuevos aprendizajes.
- Se utilizará al Técnico de Atención Primaria en Salud como corresponsable, quien, además, cumplirá la función de observador externo, y consolidará las dinámicas establecidas en cada sesión, para ello puede auxiliarse de fotografías, recolección de todos los productos elaborados por el grupo en cada actividad y si se logra el consentimiento de ellos podrá filmar el desarrollo de algunas de las sesiones realizadas.
- Se logrará la participación de los promotores del Centro Infantil del Buen Vivir en las sesiones establecidas para complementar la información que poseen sobre el manejo de estas afecciones en los menores.
- El responsable del cumplimiento de la estrategia (Médico Familiar y Comunitario) debe tener previsto antes del inicio de cada sesión todos los recursos materiales y tecnológicos que necesitará para evitar demoras, obstáculos y manifestaciones de desorganización que conspiran contra el éxito de su propuesta y el nivel de satisfacción de los beneficiarios.

5.5. Objetivos de la Estrategia de intervención

5.5.1. Objetivo general

Contribuir a aumentar los conocimientos de los padres de los niños del CIBV sobre las Infecciones Respiratorias Agudas.

5.5.2. Objetivos específicos

1. Concientizar a los padres de los niños del Centro Infantil del Buen Vivir sobre su responsabilidad en el cuidado de sus hijos con Infecciones Respiratorias Agudas Altas.
2. Explicar la importancia de la prevención y el cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias para disminuir la incidencia de estas afecciones.
3. Brindar las herramientas necesarias a los padres de los niños con Infecciones Respiratorias Agudas para identificar signos de alarma y evitar complicaciones posteriores derivadas de esta enfermedad.
4. Incentivar la continuación del trabajo mancomunado entre todos los actores responsables del cuidado y protección de los menores en aspectos relacionados a la salud.

5.6. Fases de la Estrategia Educativa

Fase 1: Fase de planeación o de descripción de las problemáticas.

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

Fase 3: Evaluación de la estrategia educativa propuesta.

5.6.1. Fase 1: Fase de planeación o de descripción de las problemáticas

Problemas identificados a partir de la aplicación de los instrumentos de recogida de información:

- La edad de los padres no guarda relación con la presencia o no de conocimientos sobre la afección; sin embargo, predominó el grupo de 20 a 29 años, período en el que es necesario continuar el perfeccionamiento de los aprendizajes pues aún no se alcanzado la experiencia necesaria para afrontar exitosamente las acciones de cuidado de los hijos.

- Insuficiente integración del papá para realizar las acciones de salud de los hijos, a lo que se añade que en este sexo se tienen los más bajos conocimientos sobre la enfermedad de los menores.
- El nivel de escolaridad predominante fue de bachillerato y las acciones que se realicen tendrán en cuenta este indicador.
- Los conocimientos de los padres de familia sobre las Infecciones Respiratorias Agudas son insuficientes e incompletos por lo que presentan desventajas para la realización de acciones de promoción y prevención dirigidas a la salud de sus hijos.
- El mayor desconocimiento se observa en cuanto a la evolución de la enfermedad, a los beneficios de la lactancia materna como factor protector y a la sintomatología de estas infecciones.

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

La estrategia se desarrollará en seis sesiones de trabajo. En todas las sesiones declaradas en la estrategia se trabajarán los elementos siguientes:

- 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.

En este momento describiremos todas las sesiones a implementarse:

5.6.2.1. Primera Sesión

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.

Los refranes pueden ser:

- 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 ultimo ... 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 abordaran 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.

5.6.2.2. Segunda Sesión

Tema: Clasificación de las Infecciones Respiratorias Agudas

Contenidos:

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

Objetivo de la sesión:

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 a utilizar:

- 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 las sesiones 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.

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.

5.6.2.3. Tercera Sesión

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

Contenido:

- Neumonía.

Objetivo:

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 a utilizar:

- Métodos de discusión.

- Técnicas participativas

Recursos humanos, materiales y de soporte para el desarrollo de las sesiones:

- 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 las sesiones 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:

Caso1

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.

5.6.2.4. Cuarta Sesión

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 de la sesión:

- 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 a utilizar:

- Demostración
- Taller grupal

Recursos humanos, materiales y de soporte para el desarrollo de las sesiones:

- 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 las sesiones 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 trasmita 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 preocupo 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.

5.6.2.5. Quinta Sesión

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.

Objetivo de la sesión:

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 a utilizar:

- Video debate.
- Técnicas participativas

Recursos humanos, materiales y de soporte para el desarrollo de las sesiones:

- 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 las sesiones 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.

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.

5.6.2.6. Sexta Sesión

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.

Objetivo de la sesión:

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

Métodos y técnicas a utilizar:

- Panel
- Técnicas participativas
- Cuestionario

Recursos humanos, materiales y de soporte para el desarrollo de las sesiones:

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

Tiempo de duración: 40 minutos.

Metas:

- 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.

Propuesta para el desarrollo de las sesiones 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.

Una vez culminada la actividad, se procederá a aplicar un cuestionario breve sobre el nivel de satisfacción de cada miembro con la participación en esta estrategia.

Las preguntas a realizar serán:

1.- Evalué en una escala del 1 al 3 los aprendizajes adquiridos durante el desarrollo de esta estrategia:

____ Muy satisfecho

____ Satisfecho

____ Poco satisfecho.

2.- Mencione cual fue la sesión de trabajo en la que considera que aprendió más:

3.- ¿Considera que durante el desarrollo de las diferentes sesiones se cumplieron las expectativas que usted tenía para aprender?

___ Si

___ No

___ En algunas

4.- Mencione qué nuevos aprendizajes necesita obtener para manejar adecuadamente las Infecciones Respiratorias Agudas en sus hijos.

5.- ¿Qué recomendaciones ofrece para la realización de nuevos talleres?

5.6.3. Fase 3: Propuesta de evaluación

La propuesta para valorar la efectividad de la estrategia se basa en:

- 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.

- Evaluación de los siguientes indicadores de motivación:

Participación y puntualidad de los beneficiarios en las sesiones de la estrategia (se tomarán al menos 4 asistencias como indicador de motivación).

Participación e interacción entre los miembros de los grupos con opiniones, criterios tanto a favor como en contra del aspecto debatido.

Cumplimiento de las tareas asignadas en cada sesión de trabajo.

Preparación de las exposiciones en plenaria y distribución de los roles de expositor entre diferentes miembros de los subgrupos.

- Evaluación de los siguientes indicadores de cambio:

Disminución de la incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas en los hijos de los participantes en la estrategia, mediante la revisión del RDACCA.

Observación en las visitas de terreno a los domicilios de los beneficiarios de la estrategia, el cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias de prevención, si procede.

Disminución de las ausencias de los niños a los Centros Infantiles del Buen Vivir por causas asociadas a infecciones del sistema respiratorio.

Una vez implementada la estrategia y comprobada su efectividad se procederá a la socialización de sus resultados a través de las publicaciones, presentación en eventos y aprovechando todas las vías posibles para su divulgación.

CONCLUSIONES

Predominaron los padres de familia de 20 a 29 años, del sexo femenino, con escolaridad bachillerato completo y adecuadas prácticas higiénicas de lavado de manos. En su mayoría los conocimientos sobre las IRA fueron no satisfactorios. No existiendo relación entre conocimientos, edad, escolaridad y prácticas higiénicas de lavado de las manos. Por lo que se diseñó un plan de intervención educativa acerca de las Infecciones Respiratorias Agudas Altas dirigida a los padres de familia de los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Morete Sisa”.

RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados de la estrategia educativa a los profesionales del Centro de Salud Urbano Tena.
- Publicar los resultados de este trabajo en revistas médicas indexadas y presentarlos en eventos y jornadas científicas relacionados con el tema.
- Hacer extensiva la propuesta de la estrategia a todos los trabajadores del Centro Infantil del Buen Vivir enfatizando en el protagonismo de los promotores.
- Proponer a la dirección del Centro Infantil del Buen Vivir la ejecución de jornadas de promoción y prevención de salud dirigidas por el Médico Familiar y Comunitario con una frecuencia trimestral, para así mantener la transmisión continua de información, que permita a los padres realizar acciones sostenidas para el bienestar de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica Andes.** (2014). Alrededor de 480.000 niños y niñas se beneficiarán con los Centros Infantiles del Buen Vivir. Recuperado de: <http://www.andes.info.ec/es/actualidad-d%C3%AD-de-ni%C3%B1o/2830.html>.
- Alarcón, A.** (2011). Conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas. Trabajo de terminación de grado.
- Álvarez, M., Castro, R., Abdo, A., Orta, S., Gómez, M. & Álvarez, M.** (2008). Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 24(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000100011&lng=es.
- Álvez, F. & Sánchez, J. M.** (2012). Faringoamigdalitis aguda. En: Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de la AEP: *Infectología Pediátrica*. Asociación Española de Pediatría.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación & Dirección de Epidemiología.** (2011). Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para el Equipo de Salud. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/enf-resp-guia.pdf>
- Calvo, C., García, M. L., Casas, I., & Pérez, P.** (2012). Infecciones respiratorias virales. *Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. Laboratorio de Gripe y Virus Respiratorios. Centro Nacional de Virología. Majadahonda. Madrid.*
- Camargo, C. & Pinzón, G.** (2012). La Promoción de la Salud en la Primera Infancia: Evolución del concepto y su aplicación en el contexto Internacional y Nacional. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60 (1), 62-74. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000112012000500007&lng=en&tlng=es.
- Cando, L. D. & Escandón, M. R.** (2014). Calidad de atención al niño/a de 2 meses a 4 años de edad con la aplicación de la estrategia AIEPI en el centro de salud "Parque Iberia". Cuenca 2014.

- Cano, A., Casares, A., Rodríguez, J., Pérez, I. & Blanco, A.** (2013). Prescripción de fármacos anticatarreles de uso sistémico a niño de 0-13 años. Un problema no resuelto. *An Pediatr.* Barcelona-España, 78; 43-50. Recuperado de: file:///C:/Users/ciril/Desktop/BIBLIO%20IRAS/AINTICARRALES%20EN%20IRAS.pdf.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto Nacional de Salud.** (2016). Infección Respiratoria Aguda. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Medellín: Malo, D. & Pulido, P. Recuperado de: file:///C:/Users/ciril/Desktop/BIBLIOGRAFÍA%20IRAS%20TESIS/IRA%202016.pdf
- Cordero, A. R., Beltrán, P. & Astudillo, J.** (2015). Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en Pacientes Menores de 5 años y su Asociación con Desnutrición. Jadán, Enero – diciembre 2014. *Revista Médica HJCA*, 7(2), 100-105.
- Correa, E.; Guerra, S.** (2012). Nivel de conocimientos relacionado con prácticas sobre Infecciones Respiratorias Agudas en madres de niños menores de 5 años. Cnetro de Salud Morales. Octubre - diciembre 2011. Recuperado de: file:///C:/Users/ciril/Desktop/BIBLIOGRAFÍA%20IRAS%20TESIS/TESIS%20IRAS%20MENORES%205%20AÑOS.pdf.
- Cueva, A. C.** (2011). Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de las medidas preventivas de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) de las mujeres de la comunidad de Primavera Uksha, perteneciente a la provincia de Imbabura, durante el periodo marzo a agosto 2010.
- Cujiño, M. L., & Muñoz, L.** (2014). Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años. Manizales, 1999.
- De la Flor, J.** (2013). Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común. *Pediatría Integral*, 17 (4). Barcelona-España. Recuperado de: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-05/infecciones-de-vias-respiratorias-altas-1-resfriado-comun/>.

- Duarte, D. M. & Botelho, C.** (2000). Clinical profile in children under five years old with acute respiratory tract infections. *J Pediatr*;76(3):207-12. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=14647671&ordinalpos=35&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum Consultado Diciembre 10, 2006.
- Ecuador, Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática.** (2011, julio). Enfermedades Prevalentes de la Infancia y su tendencia en los últimos diez años. Recuperado de: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0986/libro.pdf
- Ecuador, Instituto Nacional de Censos y Estadística.** (2013). Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y Camas 2013. Quito. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/PublicacionesCam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2013.pdf
- Ecuador, Instituto Nacional de Censos y Estadística.** (2010). Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo nacional. Recuperado de: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf.
- Ecuador, Instituto Nacional de Censos y Estadística.** (2010). Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincial Napo. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/napo.pdf>
- Ecuador, Ministerio de Inclusión Social y Económica.** (2015). Guía Teórica – Metodológica CIBV. Dirección Nacional de Servicios de Centros Infantiles del Buen Vivir. Quito.
- Ecuador, Ministerio de Inclusión Social y Económica.** (2014). Norma Técnica para los Servicios de Desarrollo Infantil integral. Quito. Recuperado de: <http://www.inclusion.gob.ec/el-mies-expidido-9-normas-tecnicas-para-el-funcionamiento-de-centros-infantiles-y-otros-servicios-que-ofrece-el-mies/>
- Ecuador, Ministerio de Inclusión Social y Económica.** (2013). Política Pública Desarrollo Infantil Integral. Quito. Recuperado de: <http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas.pdf>

- Ecuador, Ministerio de Inclusión Social y Económica. (2012).** Napo, MIES garantiza el cuidado de los niños niñas. Recuperado de: <http://www.inclusion.gob.ec/en-napo-mies-garantiza-el-cuidado-de-los-ninos-y-ninas/>
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2014).** Anuario de Vigilancia Epidemiológica 1994 – 2014 de Enfermedades Respiratorias. Recuperado de: <https://public.tableau.com/profile/vvicentee80#!/vizhome/respiratorias2014/ANUARIO>
- Eiros, M., Ortiz, R. & Pérez, P. (2009).** Diagnóstico microbiológico de las infecciones virales respiratorias. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 27, (3), 168-177. Elsevier. Madrid-España. Recuperado de: <file:///C:/Users/ciril/Desktop/BIBLIOGRAFÍA%20IRAS%20TESIS/IRAS%20INTRODUCCION.pdf>.
- Escobar, F. R. (2013).** Percepción sobre las Infecciones Respiratorias Agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el Hospital Distrital de Horqueta, año 2012.
- Escribano, E. & Duelo, M. (2011).** Actividades preventivas y guías anticipatorias en Pediatría de Atención Primaria. Recuperado de: <http://www.spao.es/documentos/reuniones/pdf-reunion-6-ficheros-50870.pdf>.
- Ferreira, E., Báez, R., Trejo, B., Ferreyra, L., Delgado, G., Chilián, O. L. et al. (2013).** Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. *salud pública de méxico*, 55, 307-313.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2013).** El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2008).** El cuidado infantil en los países industrializados. Centro de Investigaciones Innocenti de NOCEF de Florencia. Recuperado de: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc8_spa.pdf
- González, N. (2015).** Variabilidad e idoneidad en el tratamiento antimicrobiano de las faringoamigdalitis agudas pediátricas en Asturias, España Variability of antibiotic treatment in paediatric acute pharyngotonsillitis in Asturias, Spain. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 53(3).

- González, F. Á. & Lastres, J. S.** (2011). Faringoamigdalitis aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Academia Española de Pediatría. *Infectología pediátrica*. Capítulo, 4, 25-36.
- Grijalva, P. G.** (2013). Criterios clínicos para el diagnóstico e inicio del tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis aguda en niños en el Hospital Belén de Trujillo 2008-2012.
- Guzmán, M. F.** (2015). Análisis Situacional Integral de Salud del Barrio San Vicente de Morete, Tena. Manuscrito no publicado, Escuela Politécnica Superior de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Juy, E., Céspedes, E., Rubal, A. D., Maza, A. M. & Terán, C. A.** (2014). Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *MediSan*, 18(11), 1490-1498.
- Hemila, H. & Chalker, E.** (2013). Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;1:CD000980. Recuperado de: doi: 10.1002/14651858.CD000980.pub4. Review PMID: 23440782
- Hortal de Peluffo, M., Russi, J. C., Arbiza, J. R., Martorell, A., Chiparelli, H., Cánepa, A., ... & Repetto, M.** (1986). Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años hospitalizados: estudio etiológico prospectivo. *Rev. méd. Urug*, 2(3), 213-26.
- King, D., Mitchell, B., Williams, C. P. & Spurling, G. K.** **Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections.** (2015, april 20). *Cochrane Database Syst Rev*;4:CD006821. doi: 10.1002/14651858.CD006821.pub3.
- Kliegman, R., Staton, B., Geme, J., Shor, N. & Behrman, R.** (2013). *Nelson. Tratado de Pediatría*. (19ª ed.). Madrid: Elsevier.
- López, G. M.** (2001, mayo). Adenoides y amígdalas. *Rev Chil Pediatr*;72(3):251-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000300012&lng=en&nrm=iso Consultado Mayo, 2016.
- Martínez, H. & Valdés, A.** (1999). Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones agudas de sus hijos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 6, (6), 400-407. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n6/0966.pdf>
- México, Dirección General de Epidemiología.** (2011). Anuario Estadístico 2010. D.F. Recuperado de: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.

- México, Secretaría de la Salud.** (2013). Diagnóstico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. D. F. Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC__InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf
- México, Secretaría de la Salud.** (2009). Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda. D. F. Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/073_GPC_Faringoamgaguda/Faringo_ER_CENETEC.pdf
- Molina, H., Cordero, M. & Silva, V.** (2008). De la sobrevivencia al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. *Revista chilena de pediatría*, 79(Supl. 1), 11-17.
- Morales, J., Acosta, D., Anaya, F., De la Cruz, C., Escamilla, J. M. & Jaramillo, C.** (2010). Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Infección respiratoria aguda. Asociación colombiana de facultades de medicina-ASCOFAME.
- Moreno, R. L.** (2013). Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Portales médicos*. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1622/1/Infecciones-Respiratorias-Agudas-en-ninos-menores-de-5-anos.html>
- 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*, 17(1), 49-62.
- Organización Mundial de la Salud.** (2015). A Manual For Estimating Disease Burden Associated With Seasonal Influenza In A Population. En Organización Mundial de la Salud (Ed.).
- Organización Mundial de la Salud.** (2015). Neumonía. (Nota descriptiva, número 331). Geneva. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>.
- Organización Mundial de la Salud.** (2014). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Una mina de información sobre Salud Pública Mundial. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/.
- Organización Mundial de la Salud.** (2012). Atención y desarrollo de la primera infancia. En Organización Mundial de la Salud (Ed.), Recuperado de: <https://primerainfanciapy.wordpress.com/>.

- Organización Panamericana de la Salud.** (2012). Ecuador. *Salud en las Américas*. Volumen de Países, 274 - 278. Recuperado de: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=202&Itemid=.
- París, O., Castillo, N., Dávila, A., Ángel, C., & Calvo, V.** (2013). Factores de riesgo modificables de infecciones respiratorias en Hogares Infantiles y Jardines Sociales del municipio de San José de Cúcuta. *Rev Univ. salud*, 34-44.
- Pérez, R. P., Bandera, F. H., González, F. Á., Landaluce, A. F., Rico, J. S., Cánovas, C. P. et al.** (2011, november). Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. In *Anales de Pediatría*, 75 (5), 342-e1). Elsevier Doyma.
- Quick, M.** (2015). Cochrane Commentary: Probiotics For Prevention of Acute Upper Respiratory Infection. *Explore* (NY) Recuperado de: doi: 10.1016/j.explore.2015.07.012.
- Rodríguez, O. I., Eserich, M. E., Espíndola, A., & Rodríguez, O. H.** (2010). Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(3), 0-0.es.
- Sánchez, P.** (2015). Primera Infancia y Discapacidad en Chile: Revisión y enfoque actual a los Programas de Gobierno. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(4), 520-526.
- Suárez, C., Modroño, G., López, P., Martínez, J., Iglesias, T. & Solís, G.** (2016). Uso de anticatarrales en menores de 14 años en consultas de Atención Primaria. In *Anales de Pediatría*, 84, (1), 10-17. Elsevier Doyma.
- Tamayo, C. M., & Bastart, E. A.** (2015). Nuevo enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. *MediSan*, 19(5), 684-694.
- Torres, Á. M., Galeano, S. P., Suarez, Y. R., & Cardona, Á. M.** (2011). Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(1), 19-27.
- Turner, R. B.** (2015). Capítulo: The Common Cold. En: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, *En Clinical Key*. 58, 748-752.

- Uribarren, T.** (2015). Resfriado Común (Rinofringitis). Departamento de Microbiología y Parasitología-Recursos en Virología. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/resfriado-comun.html>
- Valdés, S., Gómez, A. & Pérez, J. M.** (2011). Temas de pediatría. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas*. Segunda Edición.
- Valdez, A. & Martínez, H.** (1999). Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. *Rev Panam Salud Publica*;6(6).
- Wessels, M. R.** (2011). Streptococcal Pharyngitis. *N Engl J Med*; 364: 648-55.

ANEXOS

Anexo A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____; con CC: _____, acepto de forma voluntaria participar como sujeto de estudio, en la Investigación acerca de: “Conocimientos y prácticas higiénicas relacionados a Infecciones Respiratorias Agudas en plan preventivo. Centro Infantil del Buen Vivir. 2016”; de la Autora Dra. María Fernanda Guzmán Pinos, habiendo sido informado previamente de los objetivos, metodología y beneficios de la investigación a realizarse.

Firma del participante

Firma de la Investigadora

Anexo B: ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DEL CIBV “MORETE SISA” SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento.

Instrucciones: Marque con una X, según corresponda.

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

Femenino _____ Masculino _____

3. Nivel de Instrucción:

Ninguno	
Básica Completa	
Básica incompleta	
Bachillerato completo	
Bachillerato incompleto	
Tercer nivel incompleto	
Tercer nivel completo	

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

a) SI _____ b) NO _____

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

1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____ 4 o más _____

6. ¿Cuántas veces hace que el niño se lave las manos con agua y jabón?

1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____ 4 o más _____

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

a) Hasta de 10 _____ b) De 10 a 20 _____ c) Más de 20 _____

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

a) Menos 6 meses _____ b) Hasta 1 año _____ c) Más de 1 año _____

9. ¿Cuáles son las ventajas de la Lactancia Materna?
- a) Previene las infecciones.
 - b) Tiene todos los nutrientes que el niño necesita.
 - c) Ayuda a ahorrar dinero.
 - d) Crea un lazo de amor muy fuerte entre madre e hijo.
10. ¿Hasta cuántos días se considera Infección Respiratoria Aguda?
- a) Menos de 15 días
 - b) Más de 15 días
11. ¿Qué síntomas son los más comunes de las Infecciones Respiratorias Agudas?
- a) Tos
 - b) Dolor de garganta
 - c) Secreción nasal
 - d) Fiebre
 - e) Dolor abdominal
12. ¿Qué hace cuando sospecha que su hijo tiene Infección Respiratoria Aguda?
- a) Lo llevo al Centro de Salud.
 - b) Lo mantengo abrigado.
 - c) Lo mantengo en casa.
 - d) Le doy remedios caseros.
 - e) Le compro medicamentos en la farmacia, sin receta médica.
 - f) Nada
13. ¿Cuáles considera signos de peligro de las Infecciones Respiratorias Agudas?
- a) Respiración rápida
 - b) Fiebre alta
 - c) Piel morada
 - d) Dificultad para respirar
14. ¿Ha recibido información sobre cómo evitar las Infecciones Respiratorias Agudas?
- a) SI
 - b) NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo C: MORIYAMA

Validación del contenido y apariencia del constructo

Evaluación por especialistas

A los _____ días del mes de _____ de 2016

Ciudad Tena, Napo

Respetado/a juez:

Usted ha sido seleccionado/a para evaluar el siguiente constructo/instrumento:

Objetivo:

Que forma parte de la investigación que se titula:

La evaluación del constructo/instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradeciéndole su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez: _____

Formación académica: _____

Especialista: _____

Área de experiencia profesional: _____

Tiempo de experiencia: _____ años Cargo actual: _____

Institución: _____

Objetivo de la investigación:

Objetivo de la prueba/juicio: _____

Validación del constructo de apariencia y contenido a través de las técnicas cuantitativa y cualitativa:

Cuantitativo: Criterios de Moriyama, aplicados por los especialistas.

Cualitativo: los especialistas emitirán sus observaciones para su respectiva corrección o ajuste del constructo antes de aplicarlo.

Criterios de Moriyama					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 Nada: 0.

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a variaciones** en el fenómeno: Si usted considera que puede Discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente **razonables**: Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. Si deriva de datos **factibles** de obtener: Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Observaciones:

Evaluarán la sencillez y amenidad del formato:

Evaluarán el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas:

El enunciado de las preguntas es correcto y comprensible.

Todas las preguntas tienen la extensión adecuada.

Si es correcta la categorización de las respuestas

Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas

El ordenamiento interno es lógico.

El tiempo empleado en el llenado: _____: _____

Hora / minutos

Posgradista

Especialista/juez

Bioestadística