

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS PADRES
DE FAMILIA SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA
PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS QUE
CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR
URBANA SANTA ELENA; LAS TRANCAS, OZATLÁN Y GUALACHE,
TECAPÁN EN EL DEPARTAMENTO DE USulután. PERÍODO DE
SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2012.**

PRESENTADO POR:

**SERGIO ANTONIO GÓMEZ HERNÁNDEZ
MANUEL AMED LÓPEZ SALMERÓN
GUSTAVO ENRIQUE LUNA CORTEZ**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DRA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO.**

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, JULIO DE 2013

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES:

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES:

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES:

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO

**COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE
GRADUACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA:**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO,
COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN**

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

ASESORES:

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

ASESORAS DE METODOLOGÍA

LICENCIADA VILMA YOLANDA CONTRERAS ALFARO

ASESORA DE ESTADÍSTICA

JURADO CALIFICADOR:

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

DOCENTE ASESOR

DOCTOR HORACIO GARCÍA ZARCO

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES

JURADO CALIFICADOR

Sergio Antonio Gómez Hernández
Manuel Amed López Salmerón
Gustavo Enrique Luna Cortez

Carnet N°: GH02007
Carnet N°: LS02012
Carnet N°: LC04027

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS PADRES
DE FAMILIA SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA
PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS QUE
CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR
URBANA SANTA ELENA; LAS TRANCAS, OZATLÁN Y GUALACHE,
TECAPÁN EN EL DEPARTAMENTO DE USulután. PERÍODO DE
SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2012.**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del grado académico de Doctorado en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dra. Ana Judith Guatemala de Castro
Docente Asesora

Dr. Horacio García Zarco
Jurado Calificador

Dr. Wilfredo Pérez Rosales
Jurado Calificador

Mtra. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco.
Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Olga Yanett Girón de Vásquez
Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Coordinadora General del Proceso de Gradación del
Departamento de Medicina

Dr. Francisco Antonio Guevara Garay.
Jefe del Departamento de Medicina.

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA, JULIO DE 2013

DEDICATORIA

Agradezco infinitamente en primer lugar a **DIOS TODOPODEROSO** por fortalecerme en la fe, guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento; además por iluminarme en mi entendimiento y mantener la esperanza que todo es posible, lo cual se ve reflejado con el haber alcanzado este triunfo tan importante en mi vida.

De igual manera a mis padres, **PEDRO ANTONIO GÓMEZ MARTÍNEZ Y JUANA YOLANDA HERNÁNDEZ DE GÓMEZ**, por haberme brindado su apoyo, comprensión y consejos en los momentos más difíciles, además por haberme inculcado buenos valores y principios para moldearme en todo lo que soy como persona, mi empeño, mi perseverancia y mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposa **NUVIA ELIZABETH BENÍTEZ LOZA**, por su comprensión, confianza y apoyo a lo largo de mi carrera enseñándome a no desmayar ante las adversidades; a mi hijo **PEDRO HUMBERTO GOMEZ BENITES**, quien ha sido y es una motivación e inspiración para seguir siempre adelante.

A mis profesores por orientarme en el buen sendero y brindarme sus conocimientos y experiencias para una mejor comprensión.

Y sin olvidar a mis compañeros de tesis **Manuel Amed López Salmerón** y **Gustavo Enrique Luna Cortez**, por haber compartido muchos momentos de tristeza y felicidad a lo largo de nuestra carrera, Gracias.

SERGIO ANTONIO GÓMEZ HERNÁNDEZ

DEDICATORIA

Hacia el momento de alcanzar el último peldaño en la culminación de mi carrera quiero agradecer en primer lugar a **DIOS TODOPODEROSO** por haber iluminado mi camino, por darme fuerza, sabiduría, paciencia y perseverancia para alcanzar este triunfo muy importante en mi vida.

A mis padres **GILBERTO LÓPEZ CAMPOS**, y **MARÍA JUANA SALMERON QUINTEROS** y a mis hermanas **GEYSEL, DEYSI, ROSITA Y TRANSITO**, ya que sin el apoyo de ellos no hubiese logrado mi objetivo, ellos han estado conmigo siempre, dándome ánimo con cada caída y ayudando a levantarme y me han animado a nunca darme por vencido, por eso y un millón de cosas más **GRACIAS**, los quiero con todo mi corazón.

A mi amada esposa YASMIN LARA, por su apoyo incondicional durante todo este largo camino recorrido, por su paciencia, por su comprensión y por la confianza que siempre ha tenido en mí, aun en los momentos más difíciles, gracias mi amor.

A mis **queridos hijos GILBERTH Y NAHOMY**, porque esta meta alcanzada ha sido inspirada en ustedes, ya que me dieron la fortaleza para continuar adelante en esos momentos de frustración y de desesperanza. **LOS AMO.**

Sin dejar de lado a mis compañeros de grupo, **SERGIO GÓMEZ Y GUSTAVO ENRIQUE**, que sin ellos no habría podido realizar el proceso, gracias por hacerme ameno el trabajo, se les agradece el cariño mostrado durante todos estos años.

Y finalmente a mis compañeros de carrera, ya que los momentos que pasamos juntos fueron muy bonitos y amenos, los llevaré siempre en mi corazón y nunca olvidaré todo lo que vivimos, alegrías, tristezas, nerviosismo y todo lo que conlleva nuestra carrera, espero encontrarnos en algún momento de nuestras vidas y que sigamos siempre igual, con mucho cariño.

MANUEL AMED LÓPEZ SALMERÓN

DEDICATORIA

En primer lugar quiero agradecer a **DIOS TODOPODEROSO**, por darme la sabiduría, por estar conmigo en cada paso que doy, por no desampararme y por estar a mi lado el día de hoy en el que puedo ver culminada mi carrera, Gracias Señor.

A mis padres, **MARÍA DELMY CORTEZ DE LUNA Y RAFAEL ENRIQUE LUNA SORTO** por su apoyo incondicional, por ayudarme a seguir adelante y estar conmigo cuando más los he necesitado.

A mis hermanos **EMELY ASTRID LUNA Y EDGAR RAFAEL LUNA** por darme su apoyo en la culminación de mi carrera y darme ánimos y fuerza cuando decaía.

A mis maestros, profesores y residentes por compartir conmigo su sabiduría sus conocimientos y por la enseñanza que día a día acumularon en mí para beneficio de los pacientes.

A mis compañeros que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional, compartiendo experiencias que nos hicieron crecer cada día más.

GUSTAVO ENRIQUE LUNA CORTEZ

TABLA DE CONTENIDO

PÁG.

LISTA DE CUADROS.....	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xv
LISTA DE ANEXOS.....	xviii
RESUMEN.....	xix
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.....	1
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	9
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	38
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
5. RESULTADOS.....	56
6. DISCUSIÓN.....	121
7. CONCLUSIONES.....	126
8. RECOMENDACIONES.....	128
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130

LISTA DE CUADROS**PÁG.**

CUADRO N° 1: Población de padres de familia de niños de 1 a 5 años por Establecimiento de salud.....	45
CUADRO N° 2: Distribución de la población en estudio según establecimiento de salud	49
CUADRO N° 3: Clasificación de los conocimientos, actitudes y prácticas según porcentaje obtenido en la cédula de entrevista.....	54
CUADRO N° 4: Edad de la madre, padre o cuidador.....	56
CUADRO N° 5: Número de hijos.....	57
CUADRO N° 6: Procedencia de la población en estudio.....	58
CUADRO N° 7: Sabe leer y escribir.....	59
CUADRO N° 8: Último grado de estudio.....	60
CUADRO N° 9: Profesión u oficio de la madre, padre o encargado.....	61
CUADRO N° 10: Edad del niño.....	62
CUADRO N° 11: Sexo del niño.....	63
CUADRO N° 12: Número de veces que enfermó su niño de gripe, resfrío, tos en lo que va del año.....	64
CUADRO N° 13: Diagnóstico actual del niño.....	65
CUADRO N° 14: Material de las paredes de la casa.....	66
CUADRO N° 15: Material del piso de la casa.....	67
CUADRO N° 16: Material del techo de la casa.....	68
CUADRO N° 17: Tenencia de mascotas dentro de la casa.....	69
CUADRO N° 18: Utilización de leña para cocinar dentro de la vivienda.....	70
CUADRO N° 19: Número de personas que habitan en la vivienda.....	72
CUADRO N° 20: Número de personas que duermen en la habitación del niño...	73
CUADRO N° 21: La habitación de su niño tiene ventanas.....	74

CUADRO N° 22: Molestia que reconoce usted cuando su niño presenta problemas respiratorios	75
CUADRO N° 23: Signos o síntomas que son de peligro o alarma en el niño.....	76
CUADRO N° 24: El vacunar oportunamente a su niño evita los problemas respiratorios.....	77
CUADRO N° 25: Para la edad del niño, cuenta con el esquema completo de vacunación.....	78
CUADRO N° 26: Darle lactancia materna exclusiva a su niño, evita los problemas respiratorios.....	79
CUADRO N° 27: Brindar una alimentación adecuada a su niño, previene problemas respiratorios.....	80
CUADRO N° 28: Abrigar adecuadamente al niño, previene la aparición de una enfermedad respiratoria.....	81
CUADRO N° 29: Cantidad de tiempo durante el día que usted lo dedica al cuidado del niño con enfermedad respiratoria aguda.....	83
CUADRO N° 30: Situaciones que le impiden a usted dedicarle mayor tiempo al niño durante la enfermedad respiratoria aguda.....	84
CUADRO N° 31: Siempre que su niño presenta signos o síntomas de una enfermedad respiratoria lo lleva al centro de salud a consultar..	85
CUADRO N° 32: Lugar al que acude primero si su niño tiene tos, estornudo, resfriado o malestar general.....	87
CUADRO N° 33: Momento más indicado para llevar al niño a consultar.....	88
CUADRO N° 34: En caso de no llevar al niño a consultar cuando presenta una enfermedad respiratoria es porque.....	89
CUADRO N° 35: Acata las recomendaciones indicadas por el médico durante la evolución de la enfermedad de su niño.....	90
CUADRO N° 36: Qué hace usted si su niño presenta fiebre.....	92
CUADRO N° 37: Tipo de lactancia que dió a su niño desde que nació hasta los 6 meses de edad.....	93

CUADRO N° 38: Medidas que aplica usted para disminuir los síntomas de una enfermedad respiratoria en su niño.....	94
CUADRO N° 39: Abrigar adecuadamente o protege a su niño de cambios bruscos de temperatura.....	95
CUADRO N° 40: Trae a su niño a los controles infantiles de crecimiento y desarrollo cuando se le ha programado.....	96
CUADRO N° 41: Qué hace usted si su niño no puede respirar bien o se Ahoga.....	97
CUADRO N° 42: Diagnostico Actual del niño.....	99
CUADRO N° 43: Presenta en este momento algún Signo de Alarma.....	100
CUADRO N° 44: El Padre o encargado del niño ha comprendido las indicaciones médicas brindadas.....	101
CUADRO N° 45: Evolución de la enfermedad a las 72 horas posterior a la consulta.....	102
CUADRO N° 46: Cumplimiento por parte del padre o encargado del niño de las indicaciones médicas.....	104
CUADRO N° 47: Tabla de conocimientos de los padres ante las infecciones respiratorias agudas	106
CUADRO N°48: Nivel de los conocimientos de los padres ante las infecciones respiratorias agudas.....	109
CUADRO N° 49: Tabla de actitudes de los padres ante las infecciones respiratorias agudas.....	111
CUADRO N° 50: Tipo de actitud de los padres ante las infecciones respiratorias agudas.....	114
CUADRO N° 51: Tabla de prácticas de los padres ante las infecciones respiratorias agudas.....	116
CUADRO N° 52: Tipo de prácticas de los padres ante las infecciones respiratorias agudas.....	119

LISTA DE GRÁFICOS	PÁG.
GRÁFICO N°1: Edad de la madre, padre o cuidador.....	57
GRÁFICO N°2: Número de hijos.....	58
GRÁFICO N° 3: Procedencia de la población en estudio.....	59
GRÁFICO N° 4: Sabe leer y escribir.....	60
GRÁFICO N° 5: Último grado de estudio.....	61
GRÁFICO N° 6: Profesión u oficio de la madre o padre.....	62
GRÁFICO N° 7: Edad del niño.....	63
GRÁFICO N° 8: Sexo del niño.....	64
GRÁFICO N° 9: Número de veces que enfermó su niño de gripe, resfrío, tos en lo que va del año.....	65
GRÁFICO N° 10: Diagnostico actual del niño.....	66
GRÁFICO N°11: Material de las paredes de la casa.....	67
GRÁFICO N°12: Material del piso de la casa.....	68
GRÁFICO N°13: Material del techo de la casa.....	69
GRÁFICO N°14: Tenencia de mascotas dentro de la vivienda.....	70
GRÁFICO N°15: Utilización de leña para cocinar dentro de la vivienda.....	71
GRÁFICO N°16: Número de personas que habitan en la vivienda.....	72
GRÁFICO N°17: Número de personas que duermen en la habitación del niño...	73
GRÁFICO N°18: La habitación de su niño tiene ventanas.....	74
GRÁFICO N°19: Molestia que reconoce usted cuando su niño presentan problemas respiratorios.....	76
GRÁFICO N°20: Signos o síntomas que son de peligro o alarma en el niño.....	77
GRÁFICO N°21: El vacunar oportunamente a su niño evita los problemas Respiratorios.....	78
GRÁFICO N°22: Para la edad del niño, cuenta con el esquema completo de vacunación.....	79

GRÁFICO N°23: Darle lactancia materna exclusiva a su niño, evita los problemas respiratorios.....	80
GRÁFICO N°24: Brindar una alimentación adecuada a su niño, previene problemas respiratorios.....	81
GRÁFICO N°25: Abrigar adecuadamente al niño, previene la aparición de una enfermedad respiratoria.....	82
GRÁFICO N°26: Cantidad de tiempo durante el día que usted lo dedica al cuidado del niño con enfermedad respiratoria aguda.....	84
GRÁFICO N°27: Situaciones que le impiden a usted dedicarle mayor tiempo al niño durante la enfermedad respiratoria aguda.....	85
GRÁFICO N°28: Siempre que su niño presenta signos o síntoma de una enfermedad respiratoria lo lleva al centro de salud a consultar.....	86
GRÁFICO N°29: Lugar al que acude primero si su niño tiene tos, estornudo, Resfriado o malestar general.....	88
GRÁFICO N°30: Momento más indicado para llevar al niño a consultar.....	89
GRÁFICO N°31: En caso de no llevar al niño a consultar cuando presenta una enfermedad respiratoria es porque.....	90
GRÁFICO N°32: Acata las recomendaciones indicadas por el médico durante la evolución de la enfermedad de su niño.....	91
GRÁFICO N°33: Qué hace usted si su niño presenta fiebre.....	93
GRÁFICO N°34: Tipo de lactancia que dió a su niño desde que nació hasta los 6 meses de edad.....	94
GRÁFICO N°35: Medidas que aplica usted para disminuir los síntomas de una enfermedad respiratoria en su niño.....	95
GRÁFICO N°36: Abriga adecuadamente o protege a su niño de cambios bruscos de temperatura.....	96
GRÁFICO N°37: Trae a su niño a los controles infantiles de crecimiento y desarrollo cuando se le ha programado.....	97

GRÁFICO N°38: Qué hace usted si su niño no puede respirar bien o se Ahoga.....	98
GRÁFICO N°39: Diagnostico Actual del niño.....	100
GRÁFICO N°40: Presenta en este momento algún Signo de Alarma.....	101
GRÁFICO N°41: El Padre del niño ha comprendido las indicaciones médicas brindadas.....	102
GRÁFICO N°42: Evolución de la enfermedad a las 72 horas posterior a la consulta.....	103
GRÁFICO N°43: Cumplimiento por parte del Padre o encargado del niño de las indicaciones médicas.....	104
GRÁFICO N°44: Tipo de conocimientos del padre sobre infecciones respiratorias agudas.....	110
GRÁFICO N°45: Tipo de actitud de los padres sobre las infecciones respiratorias agudas.....	115
GRÁFICO N°46: Tipo de práctica de los padres sobre las infecciones respiratorias agudas.....	120

LISTA DE ANEXOS	PÁG.
ANEXO N° 1: Glosario.....	138
ANEXO N° 2: Guías clínicas de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).....	143
ANEXO N° 3: Consentimiento informado.....	150
ANEXO N° 4: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.....	151
ANEXO N° 5: Presupuesto y financiamiento.....	157
ANEXO N° 6: Cronograma de actividades.....	159

RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas son un complejo conjunto de afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad que comprometen una o más partes del aparato respiratorio, en el 2011 los casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) alcanzaron el primer lugar en consulta por morbilidad y el grupo etario más afectado fueron los niños menores de cinco años, por ello se realizó el presente estudio con el **objetivo** de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los padres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años. **Metodología:** es un estudio descriptivo, cuantitativo, de campo y de corte transversal, la población fue de 241 padres de familia que cumplían los criterios de inclusión, se realizó una encuesta y posteriormente se tabularon los datos manualmente construyendo frecuencias simples de variables, permitiendo la presentación e interpretación de datos de manera objetiva. **Resultados:** En cuanto a los conocimientos 184 padres de familia de un total de 241 alcanzaron el nivel de conocimiento suficiente siendo en porcentaje el 76% de la población y un total de 57 padres de familia obtuvieron el nivel de conocimiento insuficiente con un porcentaje del 24%. Con respecto a las actitudes que tienen los padres de familia relacionado a las infecciones respiratorias agudas, de un total de 241 padres encuestados, 152 de ellos alcanzaron el nivel de actitud correcta lo que representa el 63% y 89 padres de familia obtuvieron actitud incorrecta siendo un porcentaje del 37%. Existen 157 padres de familia que tienen prácticas correctas alcanzando el 65% y 84 padres de familia realizan prácticas incorrectas lo que corresponde al 45%. Los datos anteriores fueron obtenidos a partir de respuestas brindadas por la población en la cédula de entrevista.

PALABRAS CLAVE: Infecciones Respiratorias Agudas, Conocimientos de los padres, Actitudes y prácticas de los padres, Prevención de las complicaciones.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) son un complejo conjunto de afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad que comprometen una o más partes del aparato respiratorio, tiene una duración menor de 14 días y representa uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de 5 años constituyendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad.

Estudios señalan que los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRAS en un año la gran mayoría de estos episodios cursan sin presentar complicaciones; sin embargo 1 de cada 30 de estos episodios generara complicaciones ¹. Se estima que alrededor de 13 millones de niños menores de 5 años de edad mueren cada año en el mundo de los cuales aproximadamente la tercera parte de todas las muertes de este grupo etáreo.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Virus Sincitial Respiratorio (RSV) y el virus tipo 3 de la Para influenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y la niñez temprana, causando del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45% al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados.³

Las infecciones respiratorias por virus comúnmente desencadenan serias condiciones respiratorias que traen como resultado la hospitalización del paciente que tenga un estado crónico subyacente.

Según estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre el 20% y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo.

Anualmente, a nivel mundial según las cifras de 2010 de la Organización Mundial de la Salud, cada año mueren 7,6 millones de niños menores de cinco años. Y en América

Latina son alrededor de 150,000 muertes, de ellas 90% ocurren en los países latinoamericanos en desarrollo.⁴

Luego de haber realizado la revisión de estudios de investigación relacionados al tema, se han encontrado algunos. Así se tiene que en Guatemala se realizó una investigación en el año 1997 sobre “Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala”, cuyo objetivo fue determinar cómo clasificaban las IRA y qué signos y síntomas hacían buscar a los padres atención inmediata. La recolección de datos se llevó a cabo en octubre y noviembre de 1994, principalmente por medio de entrevistas abiertas que fueron grabadas, transcritas y traducidas al español en su totalidad. Las preguntas estaban orientadas a captar la historia natural de las IRA desde el punto de vista de la familia. Se llegaron a los siguientes resultados: *“Las madres sabían reconocer la presencia de respiración rápida, pero no de tiraje respiratorio (dos signos importantes de neumonía). Cuando buscaban atención, solían acudir a médicos u otros proveedores en centros de salud y ocasionalmente en consultorios privados, pero la búsqueda raras veces era oportuna debido a la poca accesibilidad de los servicios y a la subestimación de la gravedad de los síntomas. Esta conducta podría modificarse por medio de una intervención educativa.”*⁵

En 1997 en Perú – Tumbes, realizo un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños con Síndrome de Obstrucción Bronquial (SOB) que asisten al Hospital de Apoyo. Los signos de SOB no complicada más percibidos por las madres fueron: "nariz tapada" y tos (55,2 %), irritabilidad (44,8 %) y ronquera (37,1%). El signo de SOB complicada más impactante fue la fiebre (71,4%). Más señaladas fueron la falta de cuidado (57,1%) y los resfríos (50,5 %). El tipo de SOB más reconocido fue el resfrío (85,7 %). Las causas por la que se repiten es el SOB más señalada, fue el cambio de temperatura (66,7 %). Ellas preferían visitar al médico ante el resfrío y sólo una minoría lo hacía ante la neumonía. Los remedios caseros más usados fueron los "calientes" (líquidos aromáticos en infusiones, frotaciones y jarabes caseros). Las automedicaciones más usadas fueron las gotas y jarabes.

Las madres buscaban atención médica en tres momentos: a) Niño enfermo más de 2 días, b) Tos muy prolongada, y c) La automedicación era ineficaz. También se observó la priorización de la automedicación ante la tos y fiebre. La medida específica preventiva más importante fue evitar las bebidas y baños fríos. Todavía un porcentaje regular de madres requiere mayor educación sobre el SOB⁶.

En Brasil, se realizó un estudio en el año 1998 sobre “Creencias y prácticas de las madres y personas a cargo de los menores de 5 años de la comunidad de Sopo, sobre la IRA y cuál es el manejo terapéutico que da el equipo de salud a esta patología”. Fue un estudio de tipo cuantitativo. Se hicieron 186 encuestas en 12 veredas de Sopo a los cuidadores (madres y abuelas) de menores de 5 años, al homeópata y al sobandero, para conocer sus creencias y prácticas acerca de la etiología, prevención y manejo de las infecciones respiratorias de los niños. Los resultados fueron los siguientes:

“Dentro de las causas de la afección identificadas y reportadas están los cambios en la temperatura ambiental, el déficit de vitaminas, malos olores, desaseo, polvo, humo y falta de abrigo. Las medidas terapéuticas empleadas con mayor frecuencia son: Suspender la ingesta de leche y huevo, disminuir la sal en los alimentos, dar alimentos blandos y líquidos abundantes, complementados con colocarle al niño ropa de lana y camiseta de algodón roja, cambiándola a color blanco cuando hay fiebre, una gran proporción de madres considera que los niños no deben bañarse mientras estén enfermos. El tratamiento administrado por la madre incluye bebidas aromáticas de manzanilla, toronjil, papayuela, mora, poleo, flor de sauco y eucalipto o bebidas medicinales a base de limón y miel de abejas. Con frecuencia los cuidadores utilizan drogas que fueron útiles con otros niños, o aconsejadas en la droguería y procedimientos como frotar la espalda y el pecho del enfermo con ungüentos mentolados y vaporizaciones con eucalipto durante la noche.

El homeópata y el sobador recopilan en sus indicaciones las creencias populares respecto a las cuales no se encontraron diferencias entre la población rural y urbana. Cuando acuden al hospital el diagnóstico de la madre.”⁷

En Cuba, se realizó un estudio de investigación en el año 1999 titulado “Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos”, cuyo objetivo fue determinar la influencia de distintas variables sobre los **Conocimientos** que las madres de niños menores de 5 años poseen acerca de las infecciones respiratorias agudas (IRA), y sobre sus **Actitudes y Prácticas** (CAP) ante estas. La investigación observacional de tipo transversal, se realizó en una policlínica de Provincia La Habana y en el Servicio de Respiratorio de un hospital pediátrico de Ciudad de La Habana. En la policlínica se entrevistaron 221 madres, mientras que en el hospital se realizaron 200 entrevistas. Mediante un cuestionario se midieron los conocimientos, actitudes y prácticas en general de las madres y se consideraron dos categorías de suficiencia:

Suficiente I, al obtenerse 70% o más de la máxima puntuación posible, y Suficiente II, al alcanzarse un mínimo de 50%. Para ambos niveles de suficiencia, los CAP de las madres del área de salud fueron significativamente mayores que los obtenidos por las madres entrevistadas en el centro de atención secundaria, lo cual denota que la menor magnitud de los conocimientos sobre IRA de las madres con hijos hospitalizados y sus actitudes y prácticas menos acertadas pueden haber constituido un factor contribuyente al ingreso de estos niños. Encontrando que la variable más importante para la suficiencia de conocimientos fue el nivel educacional, hecho que señala la influencia primordial y positiva de este factor en los cuidados preventivos y curativos frente a las IRA que las madres proporcionan a sus hijos.”⁸

En Colombia en 1999 se realizó un estudio sobre “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, “cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las

madres y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desarrollada por los agentes de salud. Este estudio tiene un enfoque cualitativo llegándose a las siguientes conclusiones: *“Las medidas de apoyo para el manejo de los síntomas, incluyen prácticas como administración de antipiréticos, antitusígenos, descongestionantes y antibióticos en forma indiscriminada y administrada según su criterio. También aplican medios físicos para el manejo de la fiebre, alimentación normal o aumentada e incremento de los líquidos, preparaciones caseras a base de hierbas, jugo de cítricos con miel de abejas, jarabes recomendados por el farmacéuta y aplicación de unguento mentolado en el pecho para el manejo de la tos. No hay claro reconocimiento de signos indicadores de neumonía; tienen deficiencias en los conocimientos para la preparación de la solución salina y la aplicación de ésta para descongestionar la nariz.*

En el estudio de Rosas (citado por Cujíño-Muños en el estudio realizado en Colombia en 1,999), las madres reconocen la IRA simple, relacionándola con resfrío común y mucosidad. Coincidiendo con este estudio, las madres auto administran antibióticos y antifebriles al igual que tratamientos caseros a base de hierbas, miel y limón, complementados con compresas frías para rebajar la fiebre, y visitan al médico al aumentar la gravedad de los síntomas.”⁹

En México en 1999, investigadores realizaron un estudio titulado: “Creencias sobre infecciones respiratorias aguda en niños menores de cinco años: estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca”, cuyo objetivo fue conocer cómo las madres de dos comunidades indígenas diferentes perciben e identifican a las infecciones respiratorias agudas y a qué prácticas médicas recurren. El estudio fue de tipo cualitativo, con un enfoque etnográfico, realizado en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca. La muestra estuvo conformada por 24 madres mixtecas y 15 zapotecas entre 15 y 65 años. A las 39 madres se les aplicó un cuestionario semiabierto, traducido a la lengua de origen, por medio de traductores nativos de las comunidades.

Las conclusiones fueron: *“Por lo general, la acción terapéutica se hace con un ritual celebrado en los cerros dónde se encuentran los ídolos. La labor del Cantor, consiste en*

llevar al niño a la Iglesia del pueblo y pedirle a Dios todopoderoso que lo cure. El uso de prácticas curativas en los dos grupos de madres abarcó tres acciones: Tradicional, doméstica y automedicación con fármacos de patente que compran en las tiendas de la comunidad. Con respecto a las prácticas terapéuticas, nadie de la muestra mencionó el uso de antibióticos. Se limitaron a fórmulas antigripales y antipiréticas, combinadas con remedios domésticos o caseros. Es importante señalar que la palabra antibiótico fue desconocida por las madres mixtecas; ellas, más bien, asocian el antibiótico con la palabra itshueukeeina, que significa inyección. Además, destaca el hallazgo que la Clínica oficial de primer nivel de atención es el recurso médico menos utilizado. Solamente acuden a este servicio cuando perciben que la enfermedad del niño es de gravedad.”¹⁰

En el 2001 se llevó a cabo en Lempira, Honduras, un estudio transversal sobre los conocimientos y prácticas de madres de niños menores de 2 años sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias. En el que se entrevistaron 316 madres procedentes de 30 comunidades rurales del área de estudio. La media de edad de las madres fue de 28.8 años y el 38.6% no sabía leer ni escribir. La prevalencia encontrada de Síndrome de Obstrucción Bronquial (SOB) en las dos semanas previas a la encuesta fue de 69.9%, y apenas el 35% de las informantes reconocieron los signos de alarma¹¹.

En Córdoba, Argentina en el 2005 en un estudio sobre “síndrome de obstrucción bronquial en menores de cinco años” se consideró como signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e identificó la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos (51.9% y 48.1% respectivamente). Sólo 35.7% acudió a un centro de salud por estos síntomas en las primeras 24 horas. Dar líquidos y destapar la nariz fueron consideradas conductas saludables en SOB sólo en 55.7% de las encuestadas. Concluyeron que la falta de reconocimiento de signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbilidad y mortalidad infantil¹².

Según datos estadísticos de los sistemas de información del Ministerio de Salud (MINSAL)¹³ en El Salvador las infecciones respiratorias agudas en las edades de estudio (de 1 a menor de 5 años), solo en el año 2011 se atendieron 379,506 casos de consulta.

Además a nivel de la región Oriental de El Salvador se atendieron 86,382 consultas por IRAS en el mismo año. De los cuales podemos mencionar que a nivel departamental, es decir en el departamento de Usulután se atendieron en un total de 23,513 casos.

Y al investigar los datos a nivel municipal se encontró que fueron 692 casos solo en el municipio de Santa Elena, y 461 al municipio de Ozatlán y 453 en el municipio de Tecapán.

Actualmente en estos municipios donde se realizó la investigación cuentan con diferentes Unidades Comunitarias de Salud familiar (UCSF), donde las que son de interés se encuentran los siguientes datos estadísticos: UCSF Urbana Santa Elena: 214 Casos, UCSF Las Trancas Ozatlán: 75 y UCSF Gualache Tecapán: 39.¹⁴

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De la problemática antes descrita se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Son suficientes los conocimientos, correctas las actitudes y prácticas que tienen los padres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas en la prevención de complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Urbana Santa Elena; Las Trancas, Ozatlán, y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután en el periodo de Septiembre a Noviembre de 2012?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

Puesto que las infecciones respiratorias agudas constituyen un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas mayoritarias para el grupo vulnerable y que uno de los elementos reconocidos en los programas más avanzados del mundo son los conocimientos, creencias, actitudes, prácticas que tienen las madres para reconocer sus necesidades y costumbres frente a la infección respiratoria aguda; se considera de gran relevancia.

En El Salvador los casos de Infecciones Respiratorias Agudas han aumentado considerablemente. Según datos estadísticos de El Ministerio de Salud (MINSAL) para el 2011, los casos de Infecciones Respiratorias Agudas alcanzaron el primer lugar en cuanto a consulta por morbilidad en nuestro país y en promedio cada año se observa que el grupo etario más afectado es el que incluye a los niños menores de cinco años de vida.¹²

En particular, la falta de capacidad de los padres para reconocer los signos que indican que un niño puede tener una complicación en la evolución de una infección respiratoria aguda, la demora en el momento en que decide llevarlo al centro de salud, que cuente con los recursos para movilizarse, además administrar correctamente el tratamiento en el hogar si así se prescribe, y regresar con él al centro si su condición se agrava, son los elementos esenciales en el desenlace de esta enfermedad, por su influencia en la supervivencia del niño.

El mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y familias es una de las estrategias principales del Programa Global de la Organización Mundial de la Salud para el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, pues contribuye a la disminución de la morbimortalidad por tales infecciones.

Con este estudio se pretende lo siguiente:

Crear un mayor nivel de conocimiento en los padres de los niños que participan en la investigación; así como también, fortalecerlos y aclarar los conocimientos adquiridos de manera errónea y así beneficiar a los niños con infección respiratoria aguda evitando que estas se compliquen.

Enfatizar en que la toma de decisiones de manera temprana sobre la consulta médica en los niños con IRA es la diferencia entre la vida y la muerte mejorando de esta manera la actitud de los padres de familia

El estudio ayuda a los padres de los niños de manera objetiva en la adquisición de prácticas basadas en la evidencia debido a que en algunas ocasiones estas prácticas son fundamentadas en creencias transmitidas de generación en generación las cuales no necesariamente ayudan al estado de salud del niño.

Para el grupo de investigación el estudio constituye una oportunidad para poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera aportando a la población participante educación en salud y enriquecer los conocimientos de manera práctica.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar los conocimientos, las actitudes y prácticas que tienen los padres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Urbana Santa Elena; Las Trancas, Ozatlán, y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2012.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar si los conocimientos que tienen los padres sobre las infecciones respiratorias agudas son suficientes para prevenir sus complicaciones en los niños de 1 a menor de 5 años.
- Conocer si las actitudes de los padres ante los casos de infecciones respiratorias agudas en niños de 1 a 5 años son correctas para prevenir las complicaciones.
- Identificar si son correctas las prácticas que realizan los padres para prevenir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas en niños de 1 a 5 años.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Son padecimientos que afectan muy frecuentemente a los niños y son causados por virus o bacterias. Los microbios entran al organismo a través de la nariz o boca, cuando una persona enferma estornuda o tose frente al niño, sin cubrirse la boca, o bien, por comer o beber alimentos o líquidos contaminados con la saliva de un enfermo.

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

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

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

El aparato respiratorio está expuesto en cada respiración a múltiples agentes invasores; sin embargo, gracias a los mecanismos de defensa local de que dispone, sólo en contadas ocasiones es asiento de infección. En el niño los factores anatómicos, unidos a la inmadurez o fallos en los mecanismos de defensa, propician la infección.

En la práctica pediátrica, más del 50 % de los motivos de consulta son los procesos febriles, acompañados o no de sintomatología respiratoria y de estos, más del 80 % son de etiología viral.

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

Para la mayoría de los países en desarrollo, en la región de las Américas, el control de los problemas de salud que afectan a la madre y al niño, particularmente las IRA, ha adquirido gran importancia.

En El Salvador por ejemplo, las IRA son una frecuente causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. Esto se asocia por un lado, a las dificultades de acceso de la población a los servicios de salud para lograr una atención oportuna y adecuada y por otro, a la falta de percepción de signos de alarma por parte de los padres y familiares, lo que demora la consulta al centro de salud. Ambos factores contribuyen a un número variable de muertes domiciliarias, que en algunos casos, representan una elevada proporción del total de muertes por IRA.

En los últimos 15 años, las IRA pasaron a ocupar los primeros lugares como causa de muerte, debido a la reducción de la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas y a la reducción de la mortalidad por diarreas producto, en ambos casos, del marcado aumento en la cobertura de las estrategias de control disponibles.

De este modo, las IRA se han transformado en uno de los principales problemas de salud que los países deberán enfrentar hasta mediados de este nuevo siglo, en el marco del compromiso internacional de reducir la mortalidad materno-infantil. La implementación de medidas relativamente simples, de prevención o de tratamiento, deben contribuir a este propósito.

TIPOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SEGÚN LA UBICACIÓN DEL DAÑO

IRA DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR

Resfrío común

También llamado catarro común. Es una enfermedad viral aguda, auto limitada, de carácter benigno y trasmisible. Los estudios epidemiológicos indican que los rinovirus, los cuales representan la causa más importante (30 a 40 %) se presentan durante todo el año, aunque se producen más en los meses fríos en climas templados. Es la infección más frecuente en los niños quienes presentan en promedio 5 a 8 infecciones al año.

Entre los signos y síntomas más comunes tenemos rinorrea, obstrucción nasal, estornudos, tos, dolor de garganta, cefalea, fiebre.

Faringoamigdalitis aguda

Es la inflamación aguda de las amígdalas y faringe, caracterizada por odinofagia y modificación de su aspecto. En los menores de 3 años es más frecuente la etiología viral (rinovirus, coronavirus) y en los mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana (streptococcus del grupo A).

Entre los signos y síntomas más comunes en niños menores de 6 años tenemos irritabilidad y fiebre la cual no es elevada, se acompaña con frecuencia de secreción nasal serosa, dolor abdominal y vómitos; así mismo puede haber ganglios cervicales Aumentados de tamaño y dolorosos.

Otitis media aguda

Es la infección del oído medio que tiene un inicio súbito y de corta duración. La membrana timpánica inflamada se presenta opacificada. Tiene incidencia alta que la convierte en uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica; se calcula que un 80% a 90% de los niños sufre por lo menos un episodio de OMA hasta el tercer año de vida.

Los signos y síntomas pueden ser específicos, como dolor de oído agudo y unilateral, secreción y/o pérdida de la audición, y acompañarse de elementos inespecíficos como fiebre e irritabilidad. Puede haber vértigo.

Rinitis

Es una inflamación de las membranas mucosas de la nariz. Puede clasificarse como infecciosa, alérgica o no alérgica. Entre los signos y síntomas encontramos rinorrea (drenaje nasal excesivo), congestión nasal, secreción nasal purulenta (en la rinitis bacteriana), prurito nasal y estornudo.

CRUP (laringitis, laringotraqueitis, laringotraqueobronquitis)

El CRUP es un conjunto de entidades clínicas. Entre los signos y síntomas se encuentran tos peculiar (tos perruna), estridor inspiratorio, respiración rápida, disfonía y dificultad respiratoria, todo lo cual es secundario a grados variables de obstrucción laríngea.

Este compromiso laríngeo agudo reviste mayor gravedad entre más pequeño es el niño. En los lactantes menores de dos años, las vías aéreas son de menor calibre y de hecho predispuestas a un estrechamiento mayor, con el mismo grado de inflamación y edema que en niños mayores.

IRAS DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR

Bronquitis aguda

Consiste en una respuesta inflamatoria transitoria del árbol traqueo bronquial, generalmente asociada a procesos infecciosos. Es una de las causas más frecuentes de ausencias escolares; consideradas la quinta enfermedad en frecuencia de diagnóstico por los médicos de familia.

Que en épocas invernales superan las visitas en consulta. Se caracteriza por tos seca o productiva, la expectoración puede ser desde mucosa a purulenta. Suele acompañarse de síntomas de compromiso del aparato respiratorio inferior y síntomas constitucionales.¹⁵

Bronquiolitis aguda

Es un padecimiento de las vías respiratorias bajas (tráquea, bronquios y pulmones) que afecta principalmente a los niños menores 2 años de edad. Inicialmente comienza como un cuadro catarral, con aumento de mucosidad, tos y algunas veces fiebre. En algunos niños, posteriormente, puede aparecer dificultad respiratoria.¹⁶

Bronconeumonía

Es una inflamación de las vías respiratorias. Es más frecuente en los meses de invierno y primavera. Es causada por una infección vírica.

La bronconeumonía es una lesión secundaria que aparece generalmente como complicación de una enfermedad. A diferencia de la neumonía, no posee fases evolutivas y el exudado no contiene fibrina o tiene muy poca.

De todas las patologías que afectan a los niños, la bronconeumonía es la primera causa de muerte infantil. Es la enfermedad que mata a más menores en 12 meses.

En los últimos años se ha constituido en la primera causa de muerte en el grupo etáreo de hasta un año de edad. Entre los síntomas más frecuentes tenemos: tos, congestión nasal (nariz tapada) y escurrimiento, fiebre, taquipnea superficial, estertores.

Neumonía aguda

Es la infección del parénquima pulmonar causada por la agresión de microorganismo, particularmente virus y bacterias. La neumonía adquirida en la comunidad es aquella en que las manifestaciones clínicas se inician en el ambiente extra hospitalario. También se incluyen las iniciadas hasta 72 horas después del ingreso al hospital.

El cuadro clínico se caracteriza por síntomas generales como: fiebre, rechazo alimentario, decaimiento, irritabilidad y palidez. Los signos respiratorios incluyen aleteo nasal, taquipnea, quejidos, retracción de músculos intercostales, tos y cianosis, en los casos graves.¹⁷

2.2. CONOCIMIENTOS

Bertrand¹⁸ plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos.

Villapando¹⁹ al respecto sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consiente o proceso de comprensión, entendimiento que es propio del pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Que se le clasifica como conocimiento *sensorial*, respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estado psíquicos internos. Conocimiento *intelectivo*, ello se origina de concepciones aislados y de hechos causales de ellas. Conocimientos de

la *razón*, referidos a las causas internas fundamentales, generales, verdaderas de la existencia y modo de ser de las cosas.

Para Bunge²⁰ el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana, por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata a cerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia.

Kant, en su teoría de conocimiento refiere que este está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia.

De lo expuesto por los cuatro autores se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal e informal, mediante el ejercicio de las facultades intelectuales. Los conocimientos científicos, sociales y médicos, están evolucionando constantemente, sin embargo esto no se evidencia en una población rural o urbana marginal pues ellos continúan poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, actúan ante las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud y enfermedad, medicina popular, actitudes y su manera de prevenirlos.

Por ejemplo, las percepciones sobre la causalidad de las enfermedades, pueden afectar las prácticas evolucionadas con la exposición al enfriamiento.

Las madres son generalmente muy cuidadosas con respecto a dejar a los niños descubiertos o bañarlos cuando el clima está muy frío.

Tal preocupación en la temperatura puede, sin embargo, conducir a la exposición a factores de riesgo como el hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos para producir calor.

2.3. ACTITUDES

Definiéndose como la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.

La tendencia a repetir determinados comportamientos ante una situación concreta. Las actitudes de una persona están muy determinadas por su sistema de valores.

Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.

Estado previo en el que se encuentra una persona que se dispone a dar una respuesta. Orientación o toma de postura global de una persona respecto a una situación determinada.

Predisposición de un individuo que aprendió a comportarse de una manera coherente hacia un objeto o idea. Hay tres componentes de la actitud:

Un componente cognitivo – conocimiento y creencias.

Un componente afectivo – sentimientos y emociones.

Un componente conativo – el comportamiento.

2.4. PRÁCTICAS

La práctica debe entenderse en primera instancia como la exposición reiterada a una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada.

Así por ejemplo, la mujer al tener mayor número de hijos tendrá mayor experiencia, debido a que va a estar reiteradamente expuesta a una situación que puede estar relacionada con el cuidado de la salud de su hijo, y a su vez tener mayor número de contactos con el personal de salud, lo cual va a contribuir a que se afiancen conductas frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y actitudes.

Para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimiento, sea este científico o empírico, es necesario en primera instancia un acercamiento directo mediante el uso de los sentidos y la conducta psicomotriz, es decir, el experimento. No puede haber práctica de tal o cual conocimiento si antes no se tiene la experiencia. Esta será evaluada objetivamente mediante la observación de las habilidades y destrezas psicomotriz del sujeto.

Independientemente es evaluado por la conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de sus objetivos. De lo cual tenemos que la práctica, es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.

2.5. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS TRADICIONALES SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las concepciones populares de la salud, que constituyen un saber independiente, emanado de las tradiciones propias de una clase popular y fruto del haber cotidiano.

En el saber popular se incluye una diversidad de conocimientos empíricos basados en la experiencia, muchas veces compartidos por la ciencia, que son fruto de una transferencia de saberes (anatomía, automedicación), mientras que se mantienen otros que la medicina ha abandonado paulatinamente (utilización de plantas medicinales).

La enfermedad es un hecho sociológico, por lo tanto cualquier acción de prevención, de tratamiento o planteamiento de salud deberá tomar en cuenta valores, aptitudes y ciencias de la población en cuanto a la práctica casera y lo tradicional en la atención al niño con IRA se puede decir que cuando el niño tiene tos o congestión nasal el suministro de bebidas azucaradas, los líquidos, la miel de abejas y otros remedios caseros son muy utilizados por las madres; son permitidos porque ayudan a fluidificar las secreciones, permiten la expectoración, suavizar la mucosa faríngea, no produce sedación y facilita la mayor ingestión de medicamentos y líquidos que aceleran su recuperación.

El uso de solución salina para eliminar la obstrucción nasal es una práctica común, sin embargo; si las cantidades de los componentes no son exactas y se abusa de la cantidad de sal esto puede ocasionar resequedad de la mucosa nasal y alterar aún más la función respiratoria.

Dentro de las hierbas medicinales se pueden mencionar: el eucalipto, el apio y la cebolla, entre otras, por ser plantas expectorantes, además utilizan frutas cítricas como la naranja, lima, limón para calmar la tos.

La madre muchas veces hace uso indiscriminado de los medicamentos sin prescripción médica, respecto a la automedicación, se sabe que la administración de antibióticos sin prescripción médica, puede causar serios trastornos de resistencia bacteriana, produciendo efectos nocivos para la salud del menor, el uso de antitusivos se debe evitar, porque la tos es una respuesta normal del aparato respiratorio, ya que ayuda a la limpieza bronquial.

Las madres acostumbran frotarle el pecho al niño con vickvaporuv, mentol, ya que tienen en sus componentes aceite de pino aceite de mentol y eucalipto con acción expectorante; con respecto a esta práctica se dice que está contraindicado es ingerir y aplicar dentro de la nariz bálsamos mentolados o con alcanfor. Pueden dar sensación de

alivio si se aplican externamente como frotaciones en el pecho, pero peligrosos cuando se usan cerca de la boca y se respiran sus vapores.

Algunos conocimientos y prácticas de las madres pueden ser el producto de las acciones de promoción y prevención desarrolladas por el personal de salud, pero también responde a la información recibida de otras personas y a las creencias y tradición es impuesta por la cultura; además de la difusión masiva por medios televisivos.

El mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres es una de las estrategias principales del programa global de la Organización Mundial de la Salud para el Control de las IRAS y uno de los principales objetivos de esta investigación.

Si bien es cierto los estudios han demostrados que las personas que habitan en las comunidades rurales se preocupan tanto por su salud que como las del área urbana, con frecuencia la pobreza se acompaña de desconocimiento sobre los problemas de la salud y también en algunos casos, de acceso a los cuidados para la salud y falta de confianza en los sistemas existentes.

2.6. FACTORES DE RIESGO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

2.6.1. Factores nutricionales:

La nutrición

Influye de manera determinada en la incidencia de IRA en los niños. El niño desnutrido está expuesto a diversos tipos de infecciones, particularmente a infecciones respiratorias y diarreas, un estudio realizado por Fernández Salgado al respecto menciona:

“La desnutrición en los niños les predispone a enfermedades infecciosas y estas enfermedades por ser muy graves y prolongadas en ellos tienden a causar deterioro en el estado de nutrición ya precario en el niño”²¹

Benguigui plantea:

“Existe evidencia abrumadora de que los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente, ... y consecuentemente tienen infecciones más graves que los niños con un estado nutricional adecuado”²²

Además Mullholland plantea:

“La vulnerabilidad de los niños desnutridos a la neumonía se debe a que el parénquima pulmonar se adelgaza, con la que se puede facilitar la entrada de bacterias además que debilita el sistema inmunitario del niño”²³

Ambos autores coinciden que la IRA y la desnutrición tienen una relación directa porque la desnutrición significa en que un niño tiene mayor probabilidad de contraer infecciones respiratorias, sino se presta la adecuada atención a la alimentación de los niños enfermos, las IRA producen pérdidas de peso y por ende déficit en el crecimiento y desarrollo del niño.

Bajo peso al nacer

Los infantes pre término se encuentran en mayor riesgo de muerte que los infantes pequeños para edad gestacional.

2.6.2. Lactancia materna:

Según Abregú Suarez, sostiene:

“La lactancia materna puede proteger contra la IRA mediante un cierto número de mecanismos, incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas, las células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes.

Los bebés alimentados a pecho presentan también un mejor estado nutricional en los primeros meses de vida, lo que puede contribuir a la reducción en la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas”²⁴

Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna no recibirán, la protección necesaria contra la IRA. Por lo tanto la incidencia de infecciones respiratorias y neumonías será menor, en niños menores de un año cuando estos han sido amamantados.

Privación de la lactancia materna

La lactancia materna puede proteger contra las IRA mediante un cierto número de mecanismos, incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas, las células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes.

En los países en desarrollo los bebés alimentados a pecho presentan también un mejor estado nutricional en los primeros meses de vida, lo cual puede contribuir a la reducción en la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas.

2.6.3. Factores Ambientales.

Climático e incidencia estacional

Según Morley manifiesta:

“No existen relaciones directas entre la temperatura ambiental baja y la infección respiratorias. La asociación que se ha conferido a estos dos factores es probablemente debido a la tendencia de la población a vivir en el interior de las casas,

*con disminución de la ventilación durante los periodos de humedad y frio, lo que aumenta la posibilidad de presentar infecciones respiratorias”*²⁵

Además, Whaley Wong, sostiene:

“Posiblemente tenga cierto fundamento, la idea de que los pies húmedos, fatiga y la exposición al frio pueden iniciar infecciones respiratorias. Se sabe que se

*Presentan los cambios reflejos de la mucosa nasal cuando se enfría bruscamente el cuerpo, es probable de que esto valla seguido de pérdida temporal de la resistencia local a los tejidos y que permite la invasión de bacterias o de virus ya presentes en las vías aéreas”*²⁶

Exposición al humo

El humo incluye varios contaminantes que afectan el tracto respiratorio. Las principales fuentes de humo que afectan a los niños en países en desarrollo incluyen la contaminación atmosférica, la contaminación domestica por residuos orgánicos y el fumar pasivamente.

Contaminación atmosférica:

Estudios realizados en varios países han arrojado evidencias sobre la asociación entre los contaminantes y el incremento de las consultas de urgencias por enfermedades respiratorias.

Linares plantea en la Revista El Ecologista

“Dentro de los grupos de edad que presentan mayor vulnerabilidad a los contaminantes atmosféricos se encuentran las personas mayores y los niños. La población infantil presenta determinadas características que hacen que su susceptibilidad a este factor de impacto ambiental sobre la salud sea diferente al de los adultos. Así, desde el punto de

vista de la dosis recibida, en comparación con los adultos, los niños respiran más rápido (su frecuencia respiratoria es mayor) y juegan al aire libre más a menudo, siendo, por su menor peso, mayor su exposición a los contaminantes por unidad de masa. Por otro lado, debido a su constante estado de desarrollo y crecimiento, fisiológicamente su sistema inmunológico y sus órganos están aún inmaduros, asimismo la irritación y la inflamación producida por los contaminantes obstruye con más nocividad sus vías respiratorias que son más estrechas. Según estimaciones de la OMS, 5 millones de niños mueren cada año de enfermedades relacionadas con la contaminación atmosférica.”²⁷

Contaminación doméstica por residuos orgánicos:

El alto costo y la disponibilidad limitada de electricidad y de combustibles en muchos países en desarrollo, conducen al frecuente uso doméstico de combustibles orgánicos, los cuales incluyen madera y desperdicios humanos y agrícolas. Se calcula que en estos países, el 30% de las viviendas urbanas y el 90% de las rurales emplean tales combustibles como la mayor fuente de energía para cocinar y generar calor. Estos materiales se queman usualmente bajo condiciones ineficientes.

Humo ambiental por tabaco:

El humo del cigarrillo contiene cantidades medibles de monóxido de carbono, amoniaco, nicotina, cianuro de hidrogeno, así como diferentes partículas y cierto número de carcinógenos. La asociación entre el humo ambiental del tabaco -frecuentemente en referencia a los fumadores pasivos -y las enfermedades respiratorias en la niñez, ha sido claramente establecida por un gran número de estudios.

Según la Revista Panamericana de la Salud Pública:

“Se sabe que la exposición de los niños menores de un año al humo de tabaco se asocia con un mayor riesgo de infecciones respiratorias bajas, tales como bronquitis y

neumonía, irritación del árbol respiratorio superior y una ligera pérdida de la función pulmonar, así como con nuevos casos de asma infantil y un aumento de la gravedad de los síntomas en niños que ya son asmáticos.”²⁸

Los hijos de los fumadores muestran de 1.5 a 2.0 veces mayor incidencia de infecciones respiratorias que los hijos de los no fumadores.

Hacinamiento

Se plantea que los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir IRA, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos.

La concurrencia a guarderías, que incrementa el contacto entre niños pequeños, esta también vinculada con las IRA.

“La concurrencia a guarderías se asocia a un incremento de 2,5 veces en la mortalidad por neumonía” ²⁹

Por lo tanto el hacinamiento, ya sea en la casa o en las instituciones, constituye uno de los factores de riesgo mejor establecidos para la neumonía.

Exposición al frío y a la humedad

Los cambios ambientales extremos, tales como calor - frío; o seco - húmedo y en general la exposición a cambios bruscos de temperatura pueden acarrear infecciones respiratorias. El clima frío favorece el desarrollo de infecciones respiratorias principalmente altas, como catarro común, Faringoamigdalitis, faringitis, laringitis, laringotraqueitis

2.6.4. Factores Demográficos

Edad

Aunque la incidencia de las IRA es razonablemente estable durante los primeros 5 años de vida, la mortalidad se concentra en la infancia. De hecho, cerca de la mitad de las muertes debido a enfermedades respiratorias entre los niños menores de 5 años ocurre en los primeros 6 meses de vida.³⁰

2.6.5. Factores De Riesgo Socioeconómicos

Ingreso familiar

La primera indicación de que las IRA esta asociadas a factores socioeconómicos, es la diferencia amplia entre países. La incidencia anual de neumonía va de 3 a 4 % en las áreas desarrolladas y de 10 a 20 % en países en desarrollo. Los factores negativos como baja per cápita familiar, lo que determina que la adquisición de los recursos mínimos para la subsistencia sea inferior al de las familias con mejor situación económicas hacen propensos a los niños sean más susceptibles a adquirir las infecciones respiratorias.³¹

Lugar de residencia

Las incidencias de IRA varían marcadamente entre niños provenientes de los sitios urbanos (5 a 9 episodios de IRA por año) y los rurales (3 a 5 episodios al año). Esto puede deberse al incremento de la transmisión debido a la aglomeración en las ciudades.

2.7. Creencias

Luego de una extensa revisión sobre la delimitación del problema, se concluye que existe una confusión entre los términos de creencias y conocimiento. Algunos autores han optado por vincular ambos términos, mientras que otros marcan claramente las diferencias entre ellos.

Para Rokeach (1968) citado por Elizabeth Rosales Córdova, menciona que los conocimientos son parte de las creencias; define estas últimas como preposiciones, conscientes o inconscientes, que son inferidas de las verbalizaciones o acciones de las personas, y están conformadas por tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. En su propuesta, los conocimientos son tomados en cuenta dentro del componente cognitivo de las creencias. Así pues, esta conceptualización engloba al constructo conocimientos dentro de creencias.

Por otro lado, Nespor (1987, en Calderhead, 1996), citado por Elizabeth Rosales Córdova, menciona que al definir qué son creencias, decide hacer evidentes las diferencias de este constructo con el conocimiento.

Así pues propone cuatro características fundamentales que podrían presentar las creencias pero no los conocimientos.

Según el autor, las creencias versan sobre la existencia o no de alguna entidad y presentan un panorama ideal o alternativo de la realidad. Además, las creencias, a diferencia de los conocimientos, presentan un componente afectivo. Por último, las creencias poseen una estructura episódica y por ello están asociadas con recuerdos específicos. Para los propósitos de dicha investigación se consideró pertinente reconocer las diferencias entre creencias y conocimiento; las creencias se refieren a suposiciones basadas en la evaluación y el juicio, y que presentan un gran nivel de subjetividad, mientras que el conocimiento se basa en hechos objetivos y fácticos.

Quintana citado por Garrido Miranda, agrega que la creencia es una manera de interpretar la realidad, y por lo tanto, debe reconocerse su presencia en toda actividad humana.

“Creencia es la actitud de quien reconoce algo por verdadero, pudiéndose constatar la evidencia o no de ello. Por tanto pueden llamarse creencias a las convicciones científicas y la fe religiosa, el reconocimiento de un principio evidente o de una

*demostración, como también la aceptación de un prejuicio o una superstición. Precisamente Kant distingue 3 grados de creencias: la opinión, la fe y la ciencia.*³²

Según Arnoldo Águila una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no verdad en términos objetivos. En una creencia todos aquellos individuos que compartan dicho deseo darán por buena una proposición y actuarán como si fuese verdadera (aunque no lo sea).

*“Comúnmente creencia se caracteriza como algo delo que no se está seguro y puede no ser cierto.”*³³

Según Purnell y Paulanka citado Melguizo Herrera:

*“Una creencia es algo que es aceptado como verdad, especialmente como un principio o un cuerpo de principios aceptados por la gente en un grupo etnocultural. Las creencias no tienen que ser demostradas, ellas son inconscientemente aceptadas como verdaderas”.*³⁴

Muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y esperan que los demás las compartan. No se dan cuenta que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferente del de los demás.³⁵

Por otra parte, el sociólogo Roberto Castro, citado por Melguizo, en su análisis de la lógica de una de las creencias tradicionales en salud en México, afirma que "las creencias son formas alternativas de interpretar el mundo y que generalmente son llamadas supersticiones".

Y aunque, con frecuencia, los profesionales del cuidado de la salud descalifican estas supersticiones o creencias, ubicándolas en el plano de los mitos. La creencia tiene que ver con la educación, y la primera infancia, donde nos enamoramos de nuestros padres, y

hemos creído prácticamente todo lo que ellos nos han dicho. Que yo era bueno o malo, que es difícil comunicarse con los demás, que la enfermedad es sufrimiento y culpa. No sólo lo que hemos oído, sino de lo que hemos visto.

Cuando las personas ven materializada la idea, por ejemplo de que el mundo es un lugar peligroso, porque ocurren muchos accidentes, porque ven materializado aquello que se dijo en un momento determinado, inmediatamente van a llevarlo a su vida, van a convertirlo en creencia, y como consecuencia van a materializarlo.

Dentro de las características de las creencias se encuentran:

Tienden a estar limitadas por la cultura en la que el individuo se mueve.

Son resistentes al cambio.

Están interrelacionadas entre sí, pero también con otros aspectos personales (actitudes y valores).

Son difíciles de medir; habrá que deducirlas a través del comportamiento de las personas.

Tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o al grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo, por ejemplo, alguien puede tener un dolor de garganta y creer que se cura más rápidamente con antibióticos; sin embargo, es posible que piense que no vale la pena interrumpir su trabajo para ir al médico, pero cuando le sucede lo mismo a su hijo su comportamiento cambia radicalmente, no dudando un instante de si va al médico o no.

2.7.1. Modelo de creencias de salud

En el campo de la prevención en salud se ha trabajado con una serie de modelos referidos al componente cognitivo, uno de ellos es el Modelo de Creencias en Salud (MCS). Este modelo fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las

personas no participaban en programas preventivos de salud pública. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, entre otras la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento con los tratamientos y las recomendaciones médicas.

Así se puede resumir hoy que la hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

La creencia de que un determinado problema es importante suficientemente grave como para tenerlo en consideración.

La creencia de que uno es vulnerable a ese problema.

La creencia de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

En conclusión el Modelo de Creencias de Salud tiene dos constructos que son:

1- La percepción de amenazas sobre la propia salud:

Se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia susceptibilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la severidad de la enfermedad (percepción de gravedad)

2- Las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas:

Se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas o acciones a tomar (claves para la acción) concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras).

De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las

enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

2.8. Medicina Tradicional

La OMS en 1977, definió la medicina tradicional como “La suma de conocimientos prácticos y teóricos explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales basados exclusivamente en la experiencia y las observaciones, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra”³⁶

La medicina tradicional se viene utilizando desde hace miles de años, ha mantenido su popularidad en todo el mundo. A partir del decenio de 1990 se ha constatado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo. La medicina tradicional abarca muchas prácticas y remedios distintos, y varía de un país a otro.

Algunas prácticas parecen ser beneficiosas, pero sobre otras sigue habiendo dudas.³⁷

La medicina tradicional ha evolucionado a partir de la forma en que el hombre primitivo afrontaba y daba solución al problema de salud. Su campo de acción es tan amplio que abarca no solo el manejo de las plantas medicinales y/o mágicas en el tratamiento de los males, sino también aspectos del campo de la psicología del hombre, sus creencias y las reverencias en los dioses, las fuerzas de la naturaleza y patrones espirituales muy profundos.

Los estudiosos peruanos Valdizan, Ponce y Frisancho citados por Salaverry refieren sobre la Medicina Tradicional, denominada también Medicina Folclórica:

“La medicina folclórica comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos relativos a la enfermedad, en su etiología, en su nosología, y en sus procedimientos diagnóstico, pronóstico, terapéutico y prevención: que se transmiten por tradición y la palabra de generación en generación, dentro del sector de la sociedad que constituye el Folclore” ³⁸

La medicina tradicional salvadoreña recoge los conocimientos acumulados por nuestros antepasados, constituyendo el patrimonio más grande de nuestra cultura que aún vive. En esta medicina intervienen factores ecológicos, geográficos, biológicos, psicológicos, culturales y sociales. De generación en generación, una serie de conocimientos milenarios vienen siendo empleados alternativamente en diversos lugares del territorio salvadoreño.

Muchas veces nuestra población no tiene acceso a los servicios de salud y menos a los medicamentos por su elevado costo, por ello la población sigue curándose con proveedores de medicina tradicional (como curanderos, parteras y hierberos), usando recursos, técnicas y productos de esta medicina derivados de conocimientos tradicionales.

2.8.1. Creencias para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas

El hombre ha encontrado en las plantas satisfactores a sus necesidades fundamentales (alimento, abrigo, casa, fabricación de utensilios, etc.), pero también ha descubierto que son capaces de aliviar sus dolencias y, en algunos casos, curar sus enfermedades.

Esto ha ocurrido desde tiempo inmemorial y numerosas culturas han dejado testimonio de ello al transmitirlos de forma oral, de generación en generación. En otros casos, el conocimiento se transmitió a través de documentos tan antiguos como, por ejemplo, el papiro de Ebers. ³⁹

La Organización Mundial de la Salud, en 1978, mencionó que más de dos terceras partes de la población mundial, de los llamados países en vías de desarrollo, recurren sólo a la medicina tradicional para resolver sus problemas de salud.

Los procesos infecciosos que afectan al aparato respiratorio conforman, numéricamente, el mayor problema médico al que se enfrenta la humanidad. Así mismo en el año 2002 la OMS lanzó una estrategia sobre medicina tradicional para facilitar a los países la exploración de las posibilidades de esa medicina para mejorar la salud y el bienestar de la población, reduciendo a la vez al mínimo los riesgos de utilización de remedios de eficacia no demostrada, o de una utilización inadecuada.⁴⁰

Dado que gran parte de los remedios para la tos y el resfriado tienen diversos componentes en su fórmula, algunos de los cuales son potencialmente nocivos para los niños, se deberá decidir a nivel local cuáles de esos medicamentos pueden ser utilizados sin riesgo por las madres.

Dentro de las prácticas más utilizadas en el país se mencionan:

Uso de Vickvaporuv

Según un estudio de investigación realizado en el 2009 en la Universidad de Wake Forest – EEUU, para evaluar si el Vickvaporuv podía causar problemas respiratorios, los investigadores llevaron a cabo experimentos con hurones. Estos animales fueron elegidos porque tienen vías respiratorias similares a las humanas.

Se demostró que el popular remedio contra el resfriado aumentaba la producción de moco en hasta 59%. La capacidad de deshacerse del moco se reducía en 36%. El Dr. Bruce K. Rubin dijo que el vickvaporuv “En los niños, puede inducir cierta inflamación, aunque sea un poco, pero ese poquito podría ser suficiente para provocar que el niño tenga problemas”.⁴¹

El Dr. Daniel Craven, neumólogo pediátrico de los Hospitales universitarios RainbowBabies y del Hospital pediátrico de Cleveland, dijo que los padres no deben usar VickVaporub, porque no tiene valor medicinal y podría incluso ser peligroso.

*"Aunque los hallazgos son algo limitados, este estudio levanta la posibilidad de que este producto tal vez no solo sea ineficaz, sino que posiblemente tenga consecuencias respiratorias adversas, sobre todo si hay una exposición intensa, como cuando se aplica justo debajo de la nariz"*⁴²

Uso de plantas medicinales

La medicina tradicional salvadoreña, herencia de tiempos precolombinos, sigue siendo la primera instancia de consulta y tratamiento en gran parte de nuestro país. En ella las plantas medicinales ocupan un rol muy importante.⁴³

Consumo de vitamina C

El ácido ascórbico es una vitamina hidrosoluble necesaria para la prevención y tratamiento del escorbuto. Además se requiere para la eritropoyesis y la síntesis de lípidos, proteínas y esteroides. Se utiliza para tratar enfermedades asociadas con hipovitaminosis C.

Los beneficios para prevenir o tratar los problemas respiratorios no están bien sustentados, ya que la mayoría de los estudios amplios han demostrado que el ácido ascórbico tiene escaso valor profiláctico para prevenir y/o tratar el resfriado.⁴⁴

Para Wallace Sampson, fundador de la 'Revista Científica de Medicina Alternativa' y profesor en la Universidad de Stanford, "a pesar de que las evidencias señalan que la vitamina C no protege de los catarros, este remedio sigue siendo muy popular, porque mucha gente quiere creer que funciona, aunque sepa que no".

Baño y alimentación del niño enfermo

En cuanto a la alimentación e higiene del niño, la Organización Panamericana de la Salud, aconseja aumentar los líquidos a los niños mayores de seis meses, a fin de ayudarlos a fluidificar las secreciones y puedan expectorarlas. Mientras que lo mejor para los bebés es continuar con la lactancia materna exclusiva. Así como fraccionar las raciones de comida cuando los niños estén resfriados, para que reciba todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

En cuanto a la higiene los niños deben bañarse en un ambiente cerrado y evitar exponerlos a cambios bruscos de temperatura³¹.

Es importante mencionar que algunos de los datos expuestos en el marco teórico fueron obtenidos de un estudio realizado en Perú en el año 2001 el cual se titula:

CONOCIMIENTOS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHEREIRBER, OCTUBRE NOVIEMBRE, 2001. Honorio Quiroz, Carmen Roxana⁴⁵.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS:

3.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Hi: Son suficientes los Conocimientos, correctas las Actitudes y Prácticas que tienen los padres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) urbana Santa Elena, Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2012.

3.2. HIPÓTESIS NULA:

Ho: No son suficientes los Conocimientos, correctas las Actitudes y Prácticas que tienen los padres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) urbana Santa Elena, Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2012.

3.3. VARIABLES:

a) **Variable 1:** Conocimientos.

b) **Variable 2:** Actitudes.

c) **Variable 3:** Prácticas.

d) **Variable 4:** Prevención de las complicaciones de IRA.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS U OBSERVACION:

Padres de familia que llevan a los niños de 1 a 5 años a consultar y son diagnosticados como IRA en las UCSF Urbana Santa Elena, Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2012.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
<p>Hi: Son suficientes los Conocimientos, correctas las Actitudes y Prácticas que tienen los padres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) urbana Santa Elena, Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2012.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Conocimiento sobre las IRAS</p>	<p>Conocimiento:</p> <p>Conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos.</p>	<p>Es el conjunto de información que posee la madre del niño acerca de los signos y síntomas de la infección respiratoria aguda y las medidas preventivas de las mismas, valorada como alto, medio y bajo, recogido a través de la entrevista utilizando como instrumento al cuestionario</p>	<p>Características Socio demográficas</p>	<p>Datos generales de la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Número de hijos • Procedencia • Alfabetización • Nivel educativo • Profesión u oficio. <p>Datos generales del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Antecedente de iras <p>Datos de la vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material de las paredes • Material del piso • Material del techo • Tenencia de mascotas • Utiliza leña para cocinar • Hacinamiento • Ventilación

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
				<p>Conocimiento sobre los síntomas de las IRAS</p> <p>Conocimiento sobre los signos de las IRAS</p>	<p>Datos generales de los conocimientos de los padres sobre las iras</p> <p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Dolor de garganta • Cansancio • Falta de apetito <p>Signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreción nasal • Fiebre • Respiración rápida • Aleteo nasal • Elevación de costilla • Cianosis

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
				Conocimiento sobre las medidas de prevención de las complicaciones de IRAS	Medidas de prevención: <ul style="list-style-type: none"> • Vacunación del niño • Lactancia materna • Alimentación adecuada, carbohidratos, lípidos y proteínas • Abrigo adecuado • Condiciones adecuadas de vivienda y/o contaminación ambiental
	Variable 2 Actitud sobre las IRAS	Actitud: Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.	El comportamiento que emplea el padre de familia ante la aparición de signos y síntomas de la infección respiratoria aguda, valorada como buena y mala recogido a través de la entrevista utilizando como instrumento al cuestionario	Comportamiento que tiene el padre ante la aparición de signos y síntomas de las IRAS	Medidas tomadas por el padre de familia al haber detectado signos y síntomas de IRA: <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo y dedicación del padre al cuidado del niño con IRA • Momento indicado para acudir al centro de salud. • Atiende indicaciones medicas

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
	<p>Variable 3</p> <p>Prácticas sobre las IRAS</p>	<p>Prácticas: Debe entenderse en primera instancia como la exposición reiterada a una situación concreta (estimulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada.</p>	<p>Es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas que emplea el padre para prevenir la IRA y sus complicaciones, las cuales son adquiridas por medio de la experiencia, que puede ser valorada a través de la observación o expresada por medio del lenguaje.</p>	<p>Habilidades y Destrezas de los Padres ante las IRAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de temperatura • Aplicación de lactancia materna • Utilización de remedios caseros Medidas ante signos de complicaciones • Protección del enfriamiento • Asistencia al control de crecimiento y desarrollo • Asistencia a un establecimiento de salud • Automedicación

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
	<p>Variable 4</p> <p>Prevención de las Complicaciones</p>	<p>Prevención: Según la OMS medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo si no también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.</p> <p>Complicación: Fenómeno que sobreviene en el curso de las infecciones respiratorias agudas distinto de las manifestaciones habituales de estas y consecuencias de las lesiones provocadas por ellas y que generalmente agravan su pronóstico.</p>	<p>Conjunto de acciones y medidas tomadas por los padres con el objetivo de intervenir en la evolución natural de una infección respiratoria aguda</p>	<p>Factores que influyen en el conocimiento, actitud y practica de los padres para prevenir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo de los padres • Nivel socioeconómico • Inaccesibilidad a un centro de salud • Medio ambiente • Quejido respiratorio. • Dificultad respiratoria • Rechazo a los líquidos y alimentos. • Respiración acelerada • Hundimiento de espacios intercostales (tirajes).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación es:

Descriptivo:

Porque se describen los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de los niños diagnosticados con infección respiratoria aguda y como estos intervienen en la prevención de las complicaciones de dicha patología.

Cuantitativo:

Ya que permite examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística,

Según el período y secuencia del estudio la investigación es:

Transversal:

Ya que se le realizó una encuesta a los padres o encargados de niños de uno a menor de cinco años que fueron diagnosticados con infección respiratoria aguda durante el momento de la consulta en el establecimiento de salud.

Según la fuente de datos la investigación se caracteriza por ser:

Documental:

Porque el estudio se fundamenta en la consulta bibliográfica con especial énfasis en Pediatría por ejemplo las Normas de Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (ver anexo2), direcciones electrónicas especializadas en el tema.

De campo:

Porque se obtuvieron datos mediante la técnica de trabajo de campo: la cédula de entrevista que permite evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres o encargados de los niños sobre las infecciones respiratorias agudas.

4.2. POBLACIÓN O UNIVERSO

Padres de familia que asistieron con niños entre 1 a 5 años de edad con el objetivo de brindarle atención medica debido a la presencia de infección respiratoria aguda en las Unidades Comunitarias de Salud Urbana Santa Elena, Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán del departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2012 que comprende un total de 643 padres de familia, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

CUADRO N° 1: Población de padres de familia de niños de 1 a 5 años por establecimiento de salud

Establecimiento	Población
UCSF Santa Elena Urbana	312
UCSF Ozatlán US Las Trancas	143
UCSF Tecapán US Gualache	188
TOTAL	643

Ddatos obtenidos del Sistema de Información de Salud del Ministerio de Salud, (Fichas Familiares 2011).

4.3. MUESTRA:

La muestra se determinó mediante la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 PQ N}{(N-1) E^2 + Z^2}$$

Dónde:

n = Tamaño.

Z = Nivel de confianza.

PQ = Variabilidad.

N = Población en estudio.

E = Error máximo a cometer al muestreo

Datos:

n = ?

Z = 95% = 1.96

P = 50% = 0.5

Q = 50% = 0.5

N = 643

E = 5% = 0.05

Sustituyendo:

$$n = \frac{Z^2 PQ N}{(N-1) E^2 + Z^2 PQ}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (643)}{(643-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.5) (0.5) (643)}{(642) (0.0025) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{617.5}{1.6 + 0.96}$$

$$n = \frac{617.54}{2.56}$$

n = **241 padres de familia**

SUBMUESTRA:

Para determinar la submuestra el grupo investigador se auxilió de la siguiente fórmula estadística:

$$S_n = \frac{N_h}{N} (n)$$

UCSF URBANA SANTA ELENA:

$$S_n = \frac{N_h}{N} (n)$$

Dónde:

S_n = Tamaño de submuestra

N_h= Población de cada UCSF

N= tamaño total de la población

n= muestra

Datos:

S_n: ?

N_h: 312

N: 643

n: 241

Sustituyendo:

$$S_n = \frac{N_h}{N} (n)$$

$$S_n = \frac{312}{643} (241)$$

$$S_n: (0.485) (241)$$

S_n: 117padres de familia.

UCSF LAS TRANCAS:

$$S_n = \frac{N_h}{N} (n)$$

Dónde:

S_n = Tamaño de submuestra

N_h = Población de cada UCSF

N = tamaño total de la población

n = muestra

Datos:

S_n: ?

N_h: 143

N: 643

n: 241

Sustituyendo:

$$S_n = \frac{N_h}{N} (n)$$

$$S_n = \frac{143}{643} (241)$$

$$S_n: (0.222) (241)$$

S_n: 54 padres de familia.

UCSF GUALACHE:

$$S_n = \frac{N_h}{N} (n)$$

Dónde:

S_n = Tamaño de submuestra

N_h= Población de cada UCSF

N= tamaño total de la población

n= muestra

Datos:

S_n: ?

N_h: 188

N: 643

n: 241

Sustituyendo:

$$S_n = \frac{N_h}{N} (n)$$

$$S_n = \frac{188}{643} (241)$$

$$S_n: (0.292) (241)$$

S_n: 70 padres de familia.

CUADRO N° 2: Distribución de la muestra en estudio según establecimiento de salud

Establecimiento	Submuestra	%
UCSF Santa Elena Urbana	117	49%
UCSF Ozatlán US Las Trancas	54	22%
UCSF Tecapán US Gualache	70	29%
Muestra	241	100%

Datos obtenidos a través de las fórmulas estadísticas para obtención de la muestra de estudio.

4.4. TIPO DE MUESTREO

La técnica de muestreo utilizada en el trabajo de investigación fue la del diseño **no probabilístico** ya que se toman en cuenta las características propias de la investigación, en este caso los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

4.5. CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

4.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Padres de familia de niños de uno a menor de cinco años con diagnóstico de infección respiratoria aguda.
- Padres de familia de niños que consultan por IRA en las UCSF donde se lleva a cabo el estudio.
- Padres de familia de niños que residen en el área geográfica de influencia (AGI) de las UCSF en las que se lleva a cabo el presente estudio.
- Padres de familia de niños de uno a cinco años con diagnóstico de infección respiratoria aguda que desean colaborar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

4.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Padres de familia de niños que además de ser diagnosticados con IRA presenten otras enfermedades concomitantes.
- Padres de familia de niños con diagnóstico de IRA que no residen en el área geográfica de influencia (AGI).
- Que la persona que lleva a consultar al niño no brinde información confiable de la condición actual del niño (que la persona que lleva al niño a consultar no sea quien lo cuide en el hogar, y/o no conozca datos exactos de la enfermedad).

4.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los datos se recolectaron a través de las siguientes técnicas.

4.6.1. Técnicas documentales:

Documental Bibliográfica, ya que se ha consultado libros de pediatría, lineamientos del programa **AIEPI** (atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia) de El Salvador (ver anexo n°2).

Documental hemerográfica:

Se ha consultado revistas médicas, trabajos de investigación referentes al tema en estudio.

Documental de información electrónica:

Se ha consultado diferentes sitios web para obtener la información relacionada con el tema.

4.6.2. Técnicas de campo:

La encuesta: Mediante esta técnica se realizó una breve entrevista a los padres de niños que cumplían los criterios de inclusión para el estudio, firmando el consentimiento informado (ver anexo N°3) para aquellos padres que desearon participar.

La historia clínica y el examen físico: se realizó la historia clínica y el examen físico a los niños para valorar los signos y síntomas que hacen diagnóstico de **IRA**.

4.7. INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se utilizó la cédula de entrevista que fue estructurada de la siguiente manera: En datos generales de la madre, padre o encargado del niño, datos generales del niño, datos relacionados a la vivienda donde reside el niño, datos relacionados a los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres o encargados y por ultimo una parte de uso exclusivo médico para la valoración clínica del niño (ver anexo N°4). La cual contestaron previo a la firma del consentimiento informado los padres o encargados de los niños de uno a menor de cinco años que consultaron y pertenecían al área de estudio, lo que permitió obtener datos confiables para dar respuesta a la hipótesis planteada.

4.8. PROCEDIMIENTO

4.8.1. PLANIFICACIÓN

En el presente estudio se proyectó determinar si los conocimientos son suficientes, las actitudes y las prácticas son las correctas o no de los padres de familia ante las infecciones respiratorias agudas en niños de 1 a 5 años llevados a consultar a las UCSF Urbana Santa Elena; UCSF Paso de Gualache, Tecapán, y UCSF Las Trancas, Oaxtlán en las cuales se realizó la investigación.

Se decidió ejecutar la investigación en dichos centros asistenciales de salud porque en ellos realizaron el año social los integrantes del grupo, lo que permitió obtener una experiencia más directa con los pacientes, alcanzando un nivel de empatía y conciencia de la realidad en la que se encuentran.

Se efectuó una revisión bibliográfica de los principales factores que podrían influenciar en la aparición de complicaciones de una infección respiratoria ya diagnosticada, en particular a grupo etario de niños de 1 a 5 años y a sus padres de familia o encargados,

consultando así materiales como: libros de texto, Normas Nacionales de Salud, artículos, revistas, tesis de años anteriores, información web.

Además se decidió enviar una carta de solicitud de permiso a los directores de las respectivas unidades de salud, para poder aplicar el instrumento de la investigación.

4.8.2. EJECUCIÓN:

4.8.2.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (mediante prueba piloto)

Se pasaron 15 cédulas de entrevistas como prueba piloto en las unidades de salud en estudio para corroborar si el instrumento sustentaba las necesidades para completar la investigación.

4.8.2.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Posteriormente a la validación del instrumento se procedió a la recolección de la información mediante la cédula de entrevista a los padres que cumplieron con los criterios de inclusión en donde se realizaron 117 cédulas en la UCSF de Santa Elena, 70 en la UCSF de Gualache, Tecapán y 54 cédulas en la UCSF de Las Trancas, Ozatlán, las tres en el departamento de Usulután en el período comprendido entre septiembre a noviembre del año 2012.

4.8.3. PLAN DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos de la cédula de entrevista permitieron la presentación e interpretación de las respuestas de manera objetiva, las variables de estudio son conocimiento, actitudes y prácticas de los padres de familia de niños de uno a cinco años con enfermedad respiratoria aguda y como estos previenen las complicaciones de las IRAS.

La tabulación de los datos se realizó construyendo frecuencia simple de variables para la elaboración de cuadros y gráficos que permiten la interpretación y análisis de los datos obtenidos a través del instrumento, se utilizó el programa informático EXCEL 2010.

Además, se elaboró una escala para dar respuesta a la hipótesis planteada en la presente investigación donde se saca el porcentaje según el número de personas que contestaron acertadamente las preguntas de la cédula de entrevista en el apartado de conocimiento, actitud y práctica; asignando 1.43 puntos a la respuesta esperada totalizando 10 puntos; tomando en cuenta que el apartado de los conocimientos y la actitud poseen 7 preguntas respectivamente. Se pretende alcanzar como mínimo 60% en la sumatoria del porcentaje de las personas que respondieron acertadamente, clasificándolas como conocimiento suficiente y actitud correcta; si el porcentaje obtenido es menor de 60% se considera conocimiento insuficiente y actitud incorrecta; de igual manera el apartado de la práctica tiene 6 preguntas asignando 1.67 puntos a las respuestas correctas siendo necesario la obtención del 60% o más para considerar práctica correcta y si éste es menor de 60% se considera práctica incorrecta; a continuación se presenta dicha clasificación en el siguiente cuadro:

CUADRO N°3: Clasificación de los conocimientos, actitudes y prácticas según porcentaje obtenido en la cédula de entrevista.

VARIABLES	CLASIFICACIÓN	NIVEL OBTENIDO
CONOCIMIENTO	SUFICIENTE	≥ 60 %
	INSUFICIENTE	< 60%
ACTITUD	CORRECTA	≥ 60 %
	INCORRECTA	< 60 %
PRÁCTICA	CORRECTA	≥ 60 %
	INCORRECTA	< 60 %

FUENTE: Elaboración por el grupo investigador, mediante la supervisión de asesores de trabajo de investigación asignados por la Universidad de El Salvador.

4.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó a los padres de familia de los niños su consentimiento para la participación en la investigación.

Se pretende que los resultados que se obtuvieron del estudio sean divulgados para contribuir al conocimiento científico y potenciar nuevas investigaciones orientadas a este problema de salud. En el análisis de los datos se omitieron los nombres de las personas entrevistadas.

5. RESULTADOS

5.1 DATOS GENERALES DE LA MADRE O PADRE

CUADRO N° 4: Edad de la madre o padre.

Edad	Fr.	%
15-19 años	40	16%
20-35 años	161	67%
36-45 años	33	14%
46 o más años	7	3%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

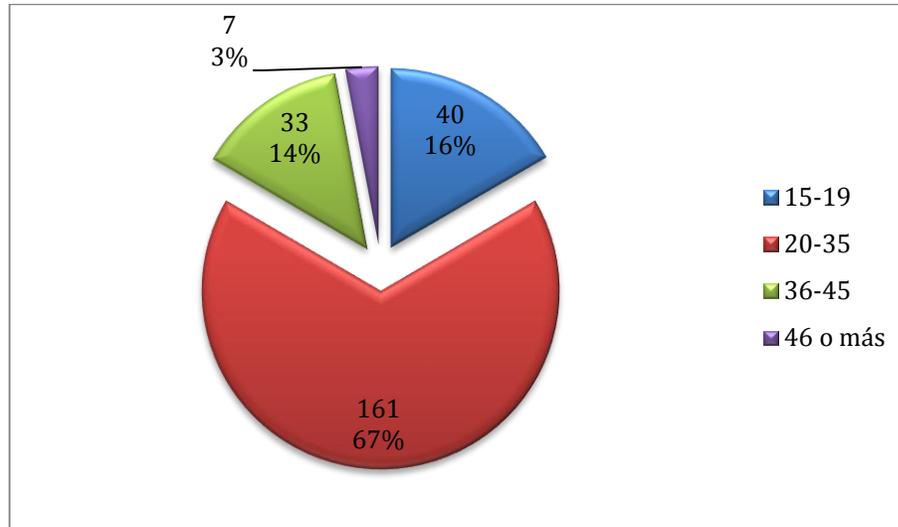
ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se denota que la investigación es llevada a cabo en su mayor parte a personas cuyas edades oscilan entre los 20 y los 35 años con un porcentaje del 67%, existiendo un 16% de personas entre los 15 y los 19 años, así como también la participación de un 14% de personas en las edades entre los 36 y 45 años y un 3% de la población a la cual se realiza la entrevista corresponde a los 46 años o más.

INTERPRETACIÓN:

En el presente estudio la participación mayoritaria es de padres de niños cuyas edades están en el rango de los 20 y los 35 años de edad, lo cual es significativo ya que la mayor participación es llevada a cabo por personas relativamente jóvenes y adultas, capaces de determinar la necesidad de la consulta médica al existir enfermedad respiratoria y el segundo grupo mayoritario es de adolescentes entre los 15 y los 19 años.

GRÁFICO N°1: EDAD DE LA MADRE O PADRE



Fuente: Datos del cuadro n°4

CUADRO N°5: Número de hijos

Número de hijos	Fr.	%
1 hijo	66	27%
2 hijos	93	39%
3 hijos	69	29%
4 o más hijos	13	5%
Total	241	100%

Fuente: Cédula De Entrevista

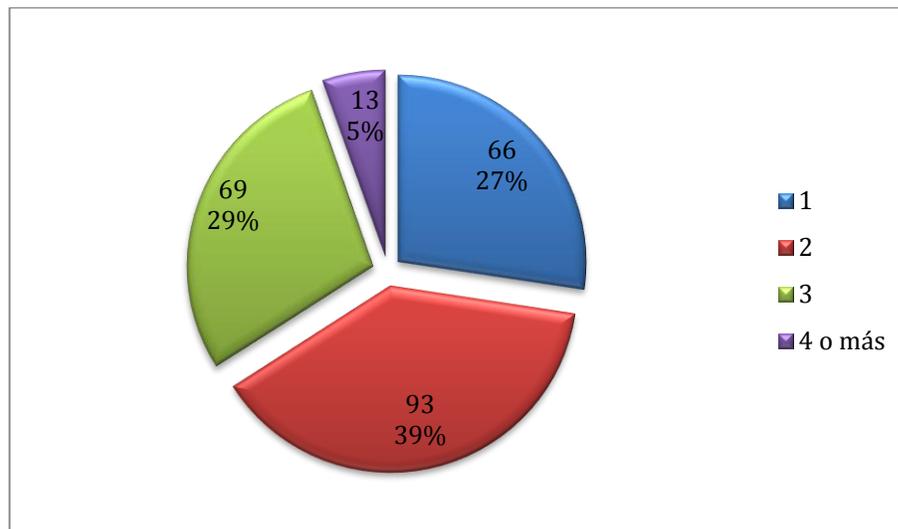
ANÁLISIS:

Como se muestra en el cuadro anterior la población participante en el estudio manifiesta tener 2 hijos en un porcentaje del 39%, un 29% refiere tener 3 hijos, un 27% tiene un hijo y un 5% tiene cuatro o más hijos.

INTERPRETACIÓN:

El estudio se ha realizado a personas que tienen en promedio 2 hijos en su mayor parte lo cual es vital para los cuidados generales del niño ya que hay estudios que indican que a mayor número de hijos menor atención para los mismos; datos que se obtiene en una población joven en edad reproductiva.

GRÁFICO N°2: Número de hijos



Fuente: Datos del cuadro n°5

CUADRO N°6: Procedencia de la población en estudio

Zona de procedencia	Fr.	%
Urbano	69	29%
Rural	172	71%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de Entrevista

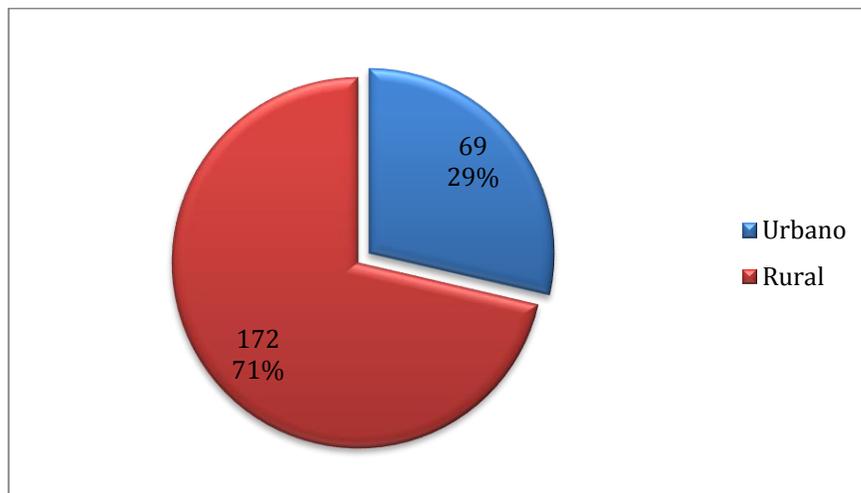
ANÁLISIS

En el cuadro anterior se establece que la procedencia de las personas a quienes se les realizó la entrevista corresponde al área rural en un 71% y que un 29% corresponde a personas procedentes del área urbana.

INTERPRETACIÓN:

Dada la ubicación geográfica de 2 de las 3 UCSF donde se lleva a cabo el estudio se considera que la procedencia de las personas entrevistadas corresponde en su mayoría al área rural donde teóricamente los factores ambientales de riesgo para las IRAS como el humo de leña, la tenencia de mascotas y el acceso a servicios de salud son mayores si se comparan con las personas del área urbana.

GRÁFICO N°3: Procedencia de la población en estudio



Fuente: Datos del cuadro n°6

CUADRO N°7: ¿Sabe leer y escribir?

Sabe leer y escribir	Fr.	%
Si	222	92.1%
No	19	7.9%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de Entrevista

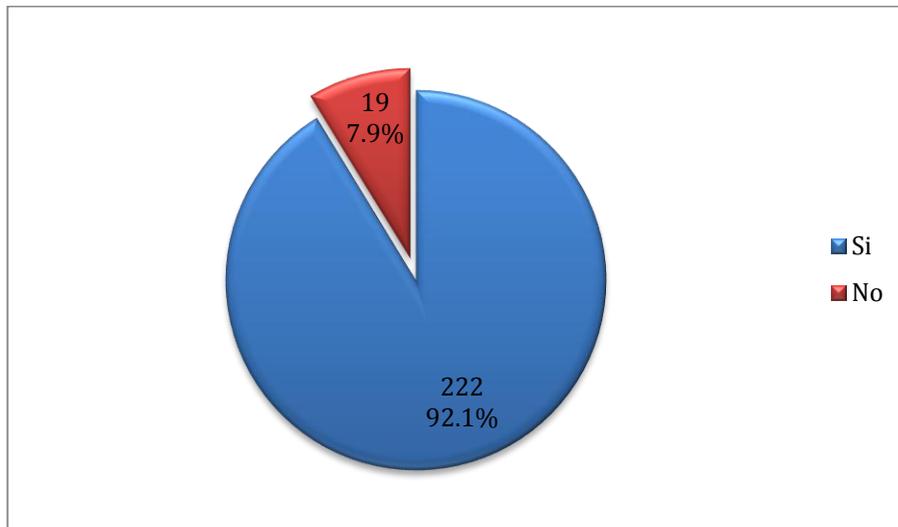
ANÁLISIS:

Según datos del cuadro anterior se establece que la muestra de la población en estudio sabe leer y escribir en un 92.1% y que únicamente el 7.9% no sabe leer ni escribir.

INTERPRETACIÓN:

Este dato es de total importancia ya que al realizar el estudio en personas que saben leer y escribir se facilita de cierta manera la obtención de datos más confiables ya que las personas tienen mayor capacidad de comprensión de las preguntas y de llevar a cabo las indicaciones médicas para prevenir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas.

GRÁFICO N°4: ¿Sabe leer y escribir?



Fuente: Datos del cuadro n°7

CUADRO N°8: Último grado de estudio

¿Cuál es su último grado de estudio?	Fr.	%
1° - 6°	72	30%
7° - 9°	68	28%
Bachillerato	66	27%
Universitario	16	7%
No ha estudiado	19	8%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de Entrevista

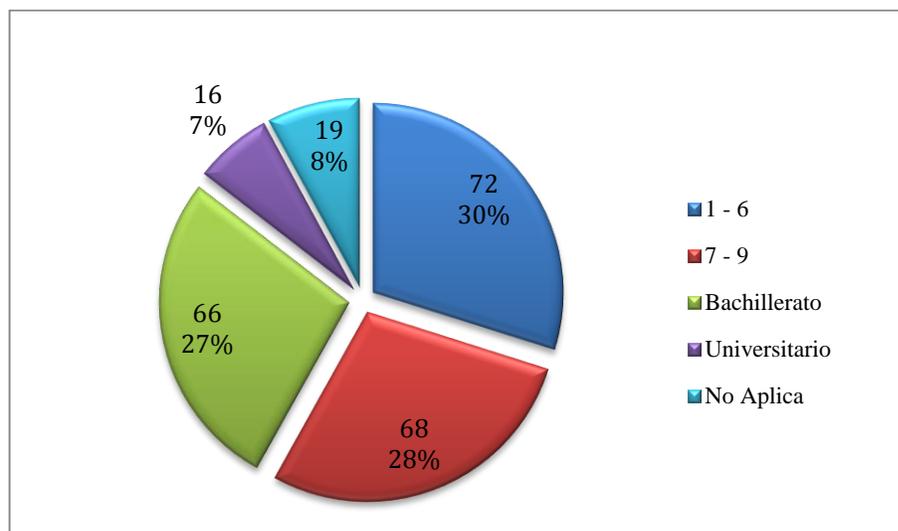
ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se establece que un 30% de la población en estudio ha cursado entre el primer y el sexto grado, un 28% ha cursado entre el 7° y el 9°, un 27% es bachiller, 19 personas refieren que no han cursado ningún grado escolar y que un 7% del total es universitario.

INTERPRETACIÓN:

La muestra de la población en estudio un 8% no tiene ningún grado de estudio académico, un 30% ha cursado entre el 1° y el 6° lo que indica que el nivel de estudio es bajo, mientras que el 62% de la muestra presenta un nivel de escolaridad mayor al 7° grado.

GRÁFICO N°5: Último grado de estudio



Fuente: Datos del cuadro n°8

CUADRO N°9: Profesión u oficio de la madre o padre

Profesión u oficio	Fr.	%
Ama de Casa	179	74%
Empleado Formal	33	14%
Empleado Informal	24	10%
Negocio propio	5	2%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

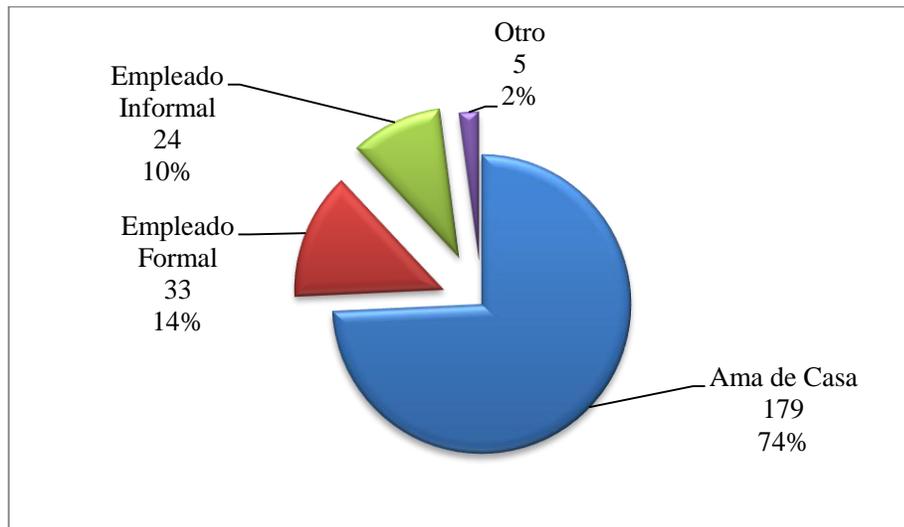
ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se destaca que las personas que participan en el estudio son amas de casa en un 74%, un 14% empleados formales, un 10% son empleados informales y el 2% tiene negocio propio en el hogar.

INTERPRETACIÓN:

Se concluye con el cuadro anterior que el oficio de las personas encuestadas en su mayoría son amas de casa con lo cual se entiende que son las personas que tienen más contacto con los niños que presentan patología respiratoria y quienes toman la decisión del momento indicado para consultar al establecimiento más cercano.

GRÁFICO N°6: Profesión u oficio de la madre o el padre.



Fuente: Datos del cuadro n°9

5.2. DATOS GENERALES DEL NIÑO

CUADRO N°10: Edad del niño

Edad del niño	Fr.	%
1-2 años	95	39%
Más de 2-3 años	57	24%
Más de 3-4 años	34	14%
Más de 4 a 5 años	55	23%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

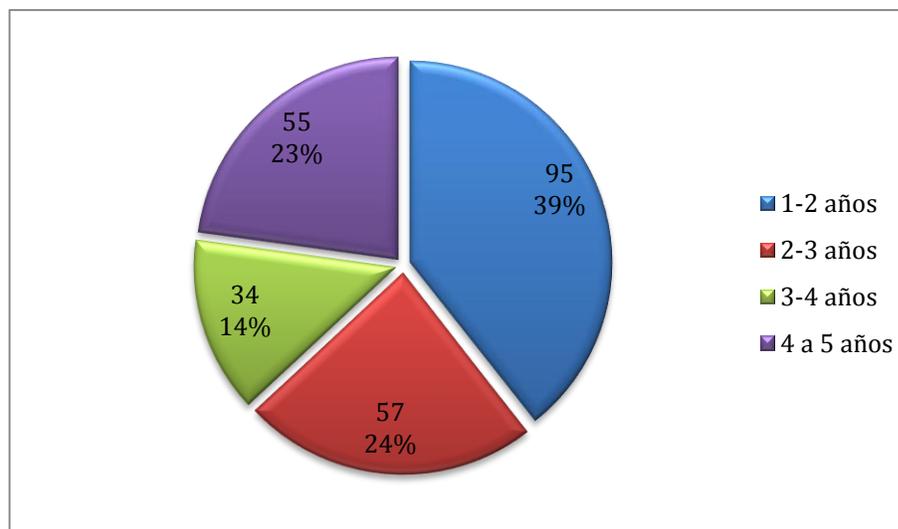
ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se establece que 95 de los 241 niños que son incluidos en el estudio se encuentran en el rango de edad de 1 año a 2 años estableciendo el 39%, 24% de estos son niños están el rango más de los 2 y los 3 años de edad, 14% más de 3 a 4 años y el 23% oscilan entre los más de 4 y los 5 años de edad.

INTERPRETACIÓN:

El mayor porcentaje de niños en estudio son niños entre 1 y 3 años de edad quienes son más vulnerables y presentan dificultad para expresar su sintomatología por su corta edad.

GRÁFICO N°7: Edad del niño



Fuente: Datos del cuadro n°10

CUADRO N°11: Sexo del niño

Sexo del niño	Fr.	%
Femenino	114	47%
Masculino	127	53%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

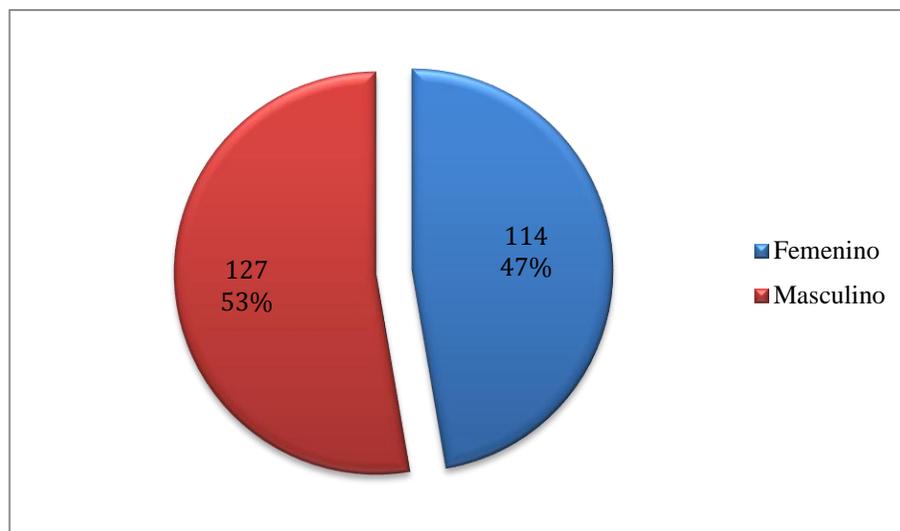
ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se establece que de 241 niños que consultaron por infección respiratoria aguda el 53% corresponde al sexo masculino y el 47% corresponde al sexo femenino.

INTERPRETACIÓN:

En el periodo de estudio se establece que la relación niño – niña que consultaron por infección respiratoria aguda prácticamente se da en una relación de 1:1, lo cual fortalece el hecho de que el sexo por lo general es indistinto para dicha afección según estudios previos.

GRÁFICO N°8: Sexo del niño



Fuente: Datos del cuadro n°11

CUADRO N°12: Número de veces que enfermó el niño de gripe, resfrío, tos en lo que va del año

Veces que enfermó	Fr.	%
Ninguna	13	5%
1 – 3 veces	179	74%
4 – 7 veces	40	17%
8 a más veces	9	4%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

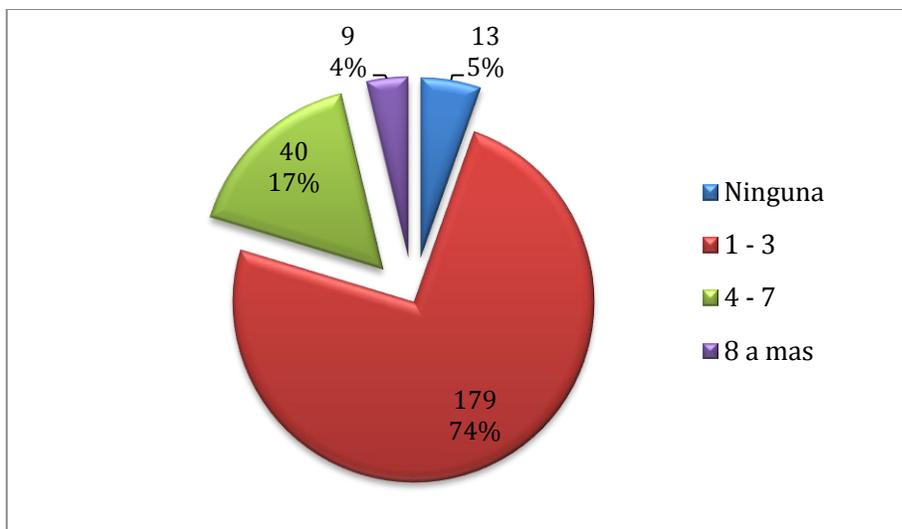
ANÁLISIS:

Al preguntar a los padre o cuidadores de niños con infección respiratoria aguda cuantas veces enfermaron en lo que va del año ellos respondieron en un 74% que de 1 a tres veces, un 17% respondió que de 4 a 7 veces, un 5% que es la primera vez y un 4% respondió que al menos 8 veces.

INTERPRETACIÓN:

Según estudios realizados previamente y dados a conocer por la OMS los niños menores de 5 años suelen padecer de 4 a 8 episodios de infección respiratoria aguda al año, en la población en estudio el 74% reportan haber tenido entre 1 a 3 episodios.

GRÁFICO N°9: Número de veces enfermo su niño de gripe, resfrío, tos en lo que va del año



Fuente: Datos del cuadro n°12

CUADRO N°13: Diagnostico actual del niño

Diagnostico actual del niño	Fr.	%
Resfriado Común	153	63%
Rinofaringitis	16	7%
Faringitis aguda	30	12%
Faringoamigdalitis	16	7%
Bronquitis aguda	19	8%
Neumonía	7	3%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

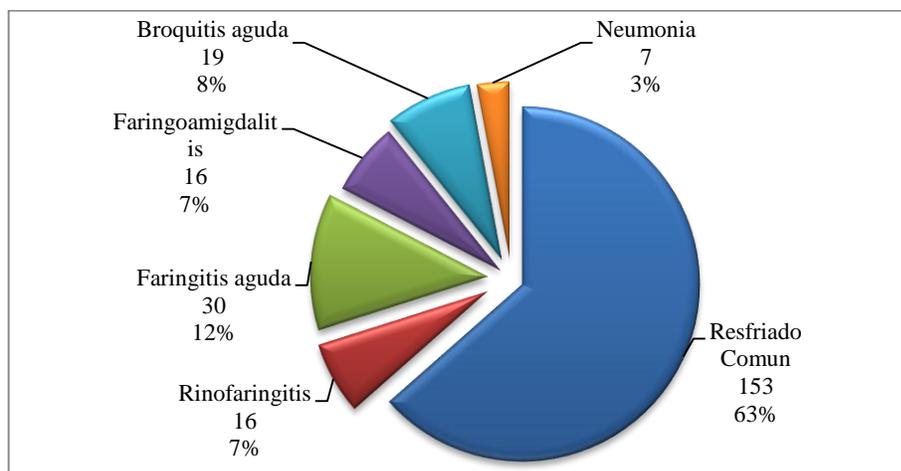
ANÁLISIS:

Según datos encontrados un 63% de los niños que fueron llevados a consultar presentaron resfriado común, un 12% presentaron faringitis aguda, mientras que la bronquitis aguda se presentó en un 8% de los casos, además, se encontraron para la Rinofaringitis y Faringoamigdalitis un 7% para cada una de ellas y el 3% neumonía.

INTERPRETACIÓN:

Según literatura consultada en la investigación se considera que la forma más común de las IRAS es el resfriado común dato que se evidencia con el presente cuadro lo que lleva a concluir que los padres de familia en el área de estudio consultan de manera temprana para evitar las complicaciones.

GRÁFICO N°10: Diagnostico actual del niño



Fuente: Datos del cuadro n°13

5.3. DATOS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

CUADRO N°14: Material de las paredes de la casa

Material de las paredes de la casa	Fr.	%
Ladrillo	139	58%
Mixta	51	21%
Lamina	13	5%
Adobe	32	13%
Bahareque, carpeta de plástico, tabla o bambú	6	2%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

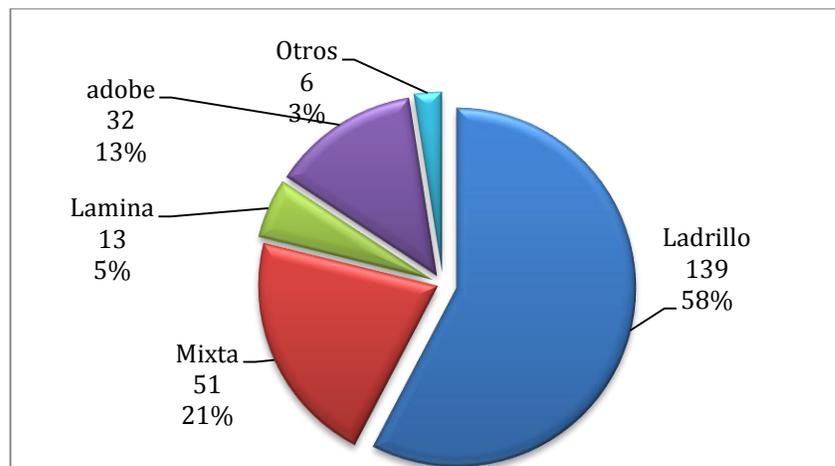
ANÁLISIS:

El 58% de la población en estudio refiere que la construcción de la pared de la vivienda está construida con ladrillo, el 21% es de construcción mixta, el 13% es de adobe, un 5% es de lámina y el 3% de los casos la pared es de otro tipo de material ya sea bahareque, carpeta de plástico, tablas o artesanales de bambú.

INTERPRETACIÓN:

El tipo de material de la vivienda de habitación del niño constituye un factor importante del riesgo que tiene de adquirir o agravar una infección respiratoria aguda ya que como se ha mencionado en estudios anteriores los factores ambientales y socioeconómicos favorecen la aparición y la evolución de las IRAS; en el presente estudio se ha establecido que la mayor parte de la población tiene paredes de ladrillo lo que es beneficioso ya que este tipo de material mantiene aislado la penetración de humo y polvo al interior de la casa que también son factores predisponentes de IRA.

GRÁFICO N°11: Material de las paredes de la casa



Fuente: Datos del cuadro n°14

CUADRO N°15: Material del piso de la casa

Material del piso de la casa	Fr.	%
Ladrillo	129	54%
Cerámica	26	11%
Tierra	75	31%
Cemento o madera	11	5%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

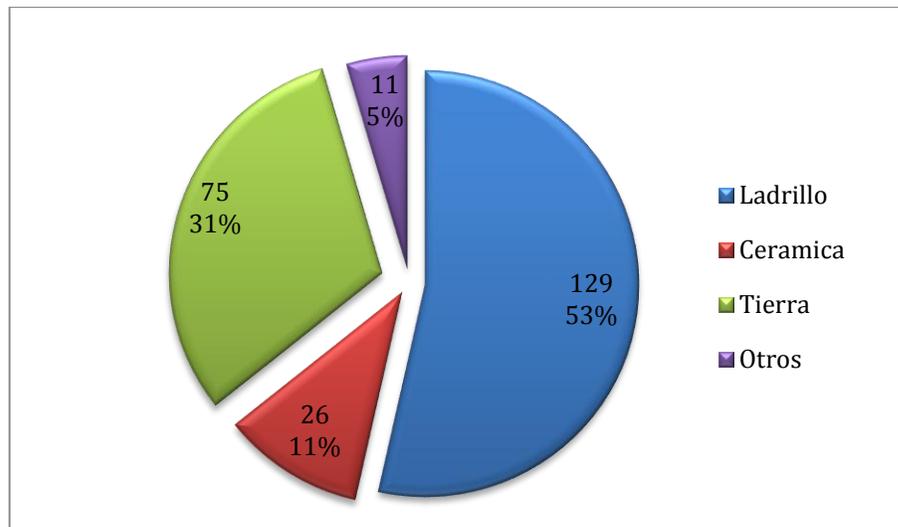
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior un 53% de la población en estudio posee piso de ladrillo, un 31% refiere tener piso de tierra, 11% tiene cerámica y un 5% refiere tener otro tipo de Material como cemento o madera.

INTERPRETACIÓN:

A pesar de que un alto porcentaje de la población procede del área rural, hoy en día a diferencia de hace varios años, la situación socioeconómica les ha permitido mejorar en cierta medida la infraestructura del hogar permitiendo de esta manera mejorar el medio ambiente reduciendo en alguna medida los factores de riesgo para las infecciones respiratorias agudas como por ejemplo el polvo.

GRÁFICO N°12: Material del piso de la casa



Fuente: Datos del cuadro n°15

CUADRO N°16: Material del techo de la casa

Material del techo de la casa	Fr.	%
Teja de barro	48	20%
Duralita	77	32%
Lamina	113	47%
Carpeta plástica o palma de coco	3	1%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

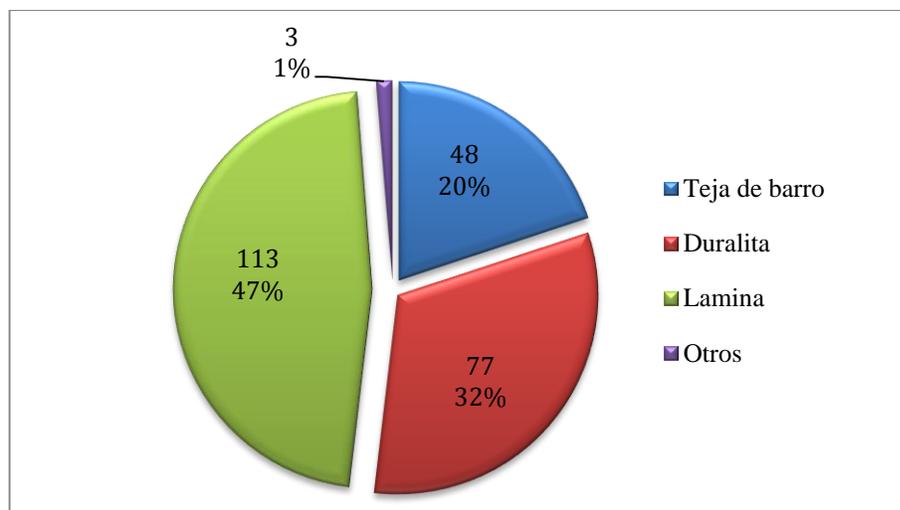
ANÁLISIS:

Al preguntar a los padre o cuidadores de niños con infección respiratoria aguda el material de la construcción del techo del hogar un 47% refiere que es de lámina, un 32% Duralita, un 20% teja de barro y el 1% que el techo es de material ya sea carpeta plástica o palma de coco.

INTERPRETACIÓN:

Al realizar el sondeo sobre el material del techo resulta interesante el hecho de que la mayoría posee techo de lámina ya que esta permite en menor medida la filtración de polvo, y de otros agentes ambientales que favorecen la proliferación de enfermedades respiratorias.

GRÁFICO N°13: Material del techo de la casa



Fuente: Datos del cuadro n°16

CUADRO N°17: Tenencia de mascotas dentro de la casa

Tenencia de mascotas	Fr.	%
Perros	122	51%
Gatos	30	12%
Aves	32	13%
Conejo, hámster o reptiles	4	2%
Ninguno	53	22%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

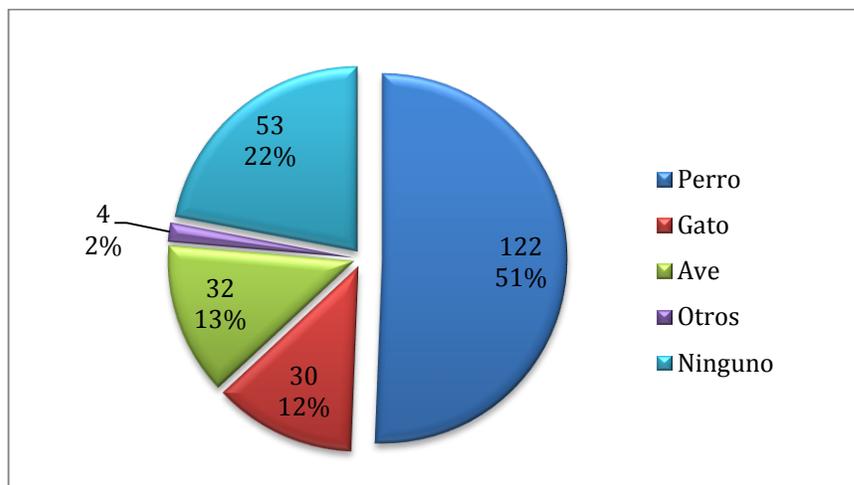
ANÁLISIS:

El 51% de los padres o encargados de los niños que consultaron por infección respiratoria aguda refieren tener perro en el hogar, el 22% refiere no tener mascota, un 13% tienen aves de corral, un 12% tiene gato y el 2% tiene otro tipo de animales en el hogar como conejo, hámster o reptiles.

INTERPRETACIÓN:

Dada la importancia de la presencia de animales en el hogar resulta importante resaltar que en el estudio se encontró que el perro es la mascota que mayormente poseen los niños con infección respiratoria aguda que participan en la investigación; dato importante ya que según literatura consultada éstos así como también, las aves y los gatos tienen relación directa con dicha enfermedad.

GRÁFICO N°14: Tenencia de mascotas dentro de la vivienda



Fuente: Datos del cuadro n°17

CUADRO N°18: Utilización de leña para cocinar dentro de la vivienda

Utilización de leña para cocinar	Fr.	%
Si	109	45%
No	132	55%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

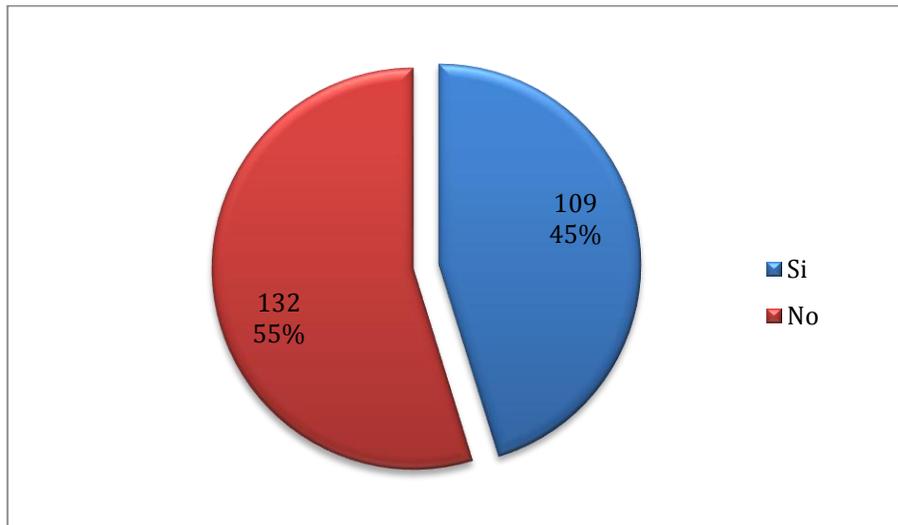
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior un 55% de la población a quien se le pregunto si utiliza leña dentro del hogar respondieron que no, mientras que un 45% refieren que sí.

INTERPRETACIÓN:

La utilización de leña tanto en el área urbana como en el área rural forma parte de los factores ambientales más significativos como desencadenante las infecciones respiratorias; encontrando en el presente estudio que la población mayormente es del área rural pero que en su mayoría refieren no utilizan leña para cocinar dato que es beneficioso en la prevención de las IRAS; sin embargo, existe un buen porcentaje de la población que si la utiliza y es en ellos en quienes se debe realizar la educación en salud a fin de que tengan un mayor conocimiento sobre los daños nocivos que esta produce.

GRÁFICO N°15: Utilización de leña para cocinar dentro de la vivienda



Fuente: Datos del cuadro n°18

CUADRO N°19. Número de personas que habitan en la vivienda

Número de personas que habitan en la vivienda	Fr.	%
2 a 4	96	40%
4 a 6	109	45%
Más de 6	36	15%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

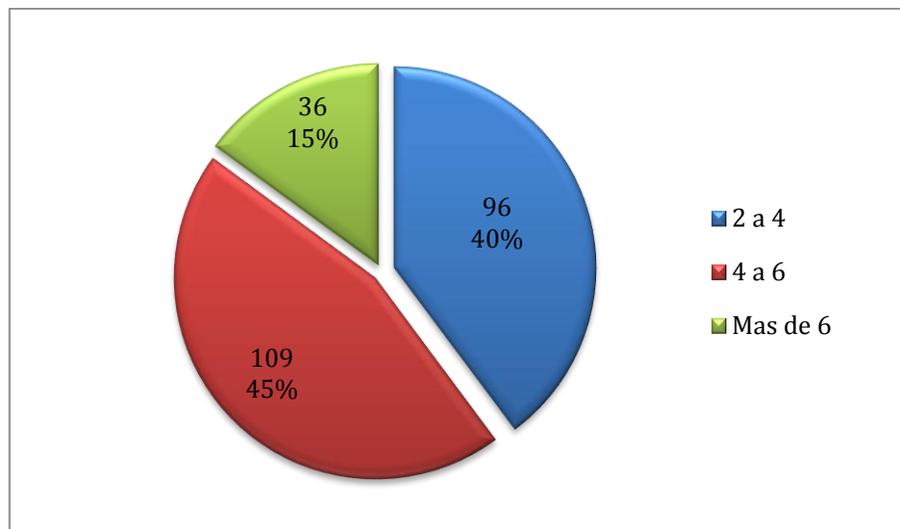
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior 2 a 4 personas (40%) viven en la misma casa que el niño con infección respiratoria aguda, un 45% respondió que viven de 4 a 6 personas y un 15% respondió que viven más de 6 personas.

INTERPRETACIÓN:

El número de personas que viven en el hogar del niño con infección respiratoria aguda resulta importante debido a que de esta manera se puede determinar el grado de hacinamiento y determinar los riesgos y beneficios del entorno familiar, encontrando en el estudio que no existe este factor de riesgo (hacinamiento) lo cual es beneficioso en la prevención y en la resolución favorable de cuadros de IRAS.

GRÁFICO N°16: Número de personas que habitan en la vivienda



Fuente: Datos del cuadro n°19

CUADRO N°20: Número de personas duermen en la habitación del niño

Número de personas duermen en la habitación del niño	Fr.	%
1	38	16%
2	110	46%
3	62	26%
4 o más	31	13%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

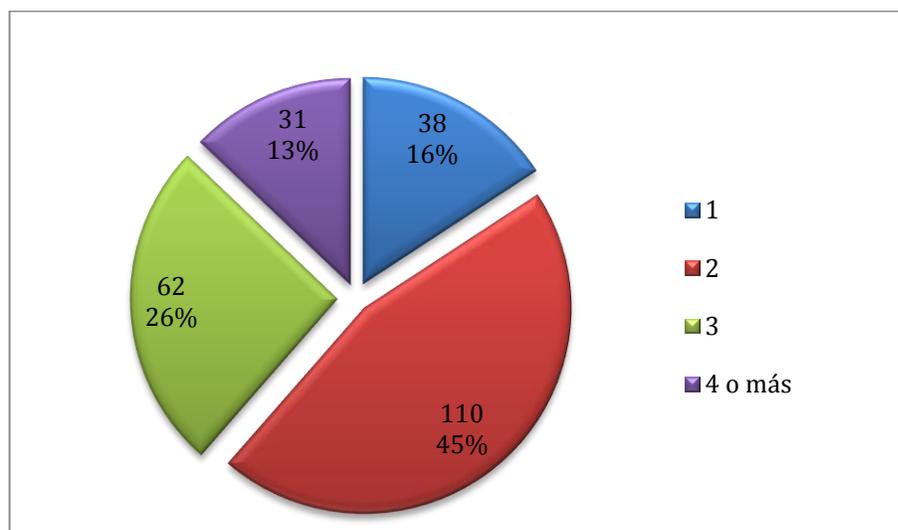
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior un 16% de las personas encuestadas refieren que en la habitación del niño duerme 1 persona, un 45% contestaron que 2 personas, 26% manifiestan que 3 personas, un 13% 4 o más personas.

INTERPRETACIÓN:

Se evalúa el grado de privacidad que posee cada uno de los niños y cuál es el riesgo al que está expuesto si una persona en el hogar padece de infección respiratoria pueda transmitir la enfermedad, los datos encontrados permiten concluir que en el estudio no existe hacinamiento como factor predisponente de IRA.

GRÁFICO N°17: Número de personas duermen en la habitación del niño



Fuente: Datos del cuadro n°20

CUADRO N°21: ¿La habitación de su niño tiene ventanas?

Opinión	Fr.	%
Si	147	61%
No	94	39%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

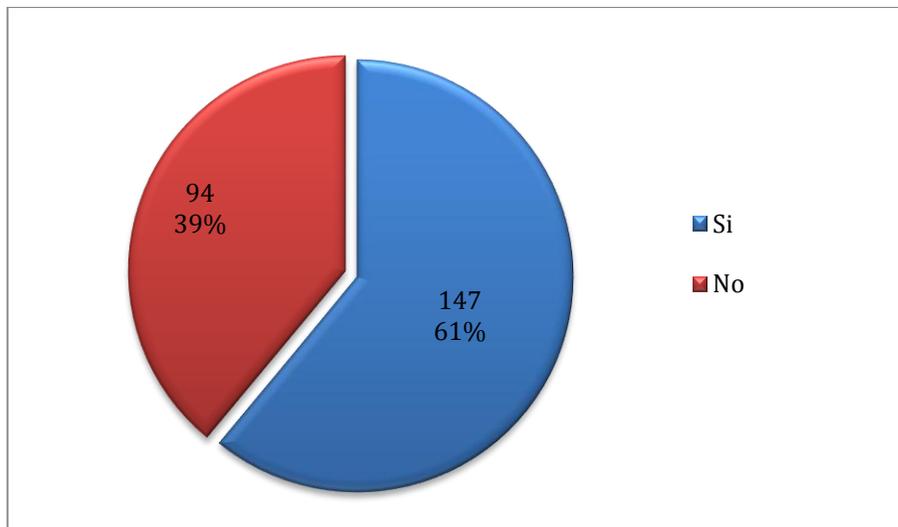
ANÁLISIS:

Al preguntar si la habitación del niño con infección respiratoria tiene al menos una ventana un 61% respondió que si mientras que un 39% respondió que no.

INTERPRETACIÓN:

El medio ambiente como factor desencadenante de infecciones respiratorias encuentra mayores probabilidades de desarrollarlas en un ambiente cerrado y las posibilidades de contagio se multiplican cuando existe otro individuo con infección respiratoria aguda se ha encontrado en el presente estudio que existe un porcentaje significativo de niños que presentan este factor como desencadenante de IRA y un porcentaje mayor que no lo presentan.

GRÁFICO N°18: ¿La habitación de su niño tiene ventanas?



Fuente: Datos del cuadro n°21

**5.4. DATOS RELACIONADOS CON LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENEN
LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE LAS INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS.**

CUADRO N°22: Molestia que reconoce usted cuando su niño presenta problemas respiratorios

Molestia	Fr.	%
Tos	73	30%
Dolor de garganta	18	7%
Secreción Nasal	42	17%
Cansancio	20	8%
Todas las anteriores	88	37%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

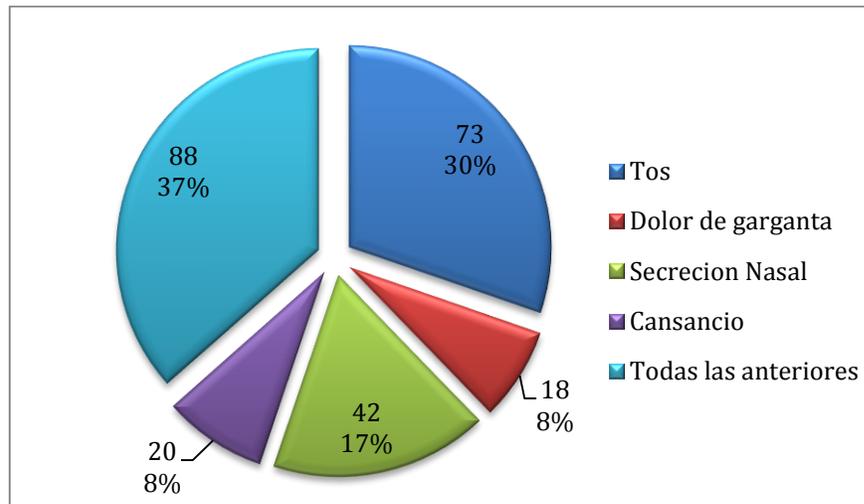
ANÁLISIS:

Al realizar la cedula de entrevista se pregunta a los padres o encargados que si cuál de las siguientes molestias reconoce en las infecciones respiratorias agudas a las que contestaron que la tos en un 30%, dolor de garganta en un 8%, secreción nasal en un 17%, cansancio en un 8% y todas las anteriores en un 37%.

INTERPRETACIÓN:

En las infecciones respiratorias agudas es importante el hecho de que los padres o encargados de los niños sepan cuáles son las molestias iniciales de esta enfermedad ya que esto les permite tomar medidas preventivas que podrían prevenir las complicaciones en este estudio se ha encontrado que un 37% de la población responde que reconocen la tos, el dolor de garganta, secreción nasal y el cansancio como molestias presentes en las IRAS.

GRÁFICO N°19: Molestia que reconoce usted cuando su niño presenta problemas respiratorios



Fuente: Datos del cuadro n°22

CUADRO N°23: Signos o síntomas que son de peligro o alarma en el niño

Signos o síntomas que son de peligro o alarma en el niño	Fr.	%
SIGNOS		
Fiebre Alta	94	39%
Respiración rápida	23	10%
Hundimiento de las costillas al respirar	10	4%
SINTOMAS		
Aleteo nasal	0	0%
Cambio de color en su piel	3	1%
Todas las anteriores	111	46%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

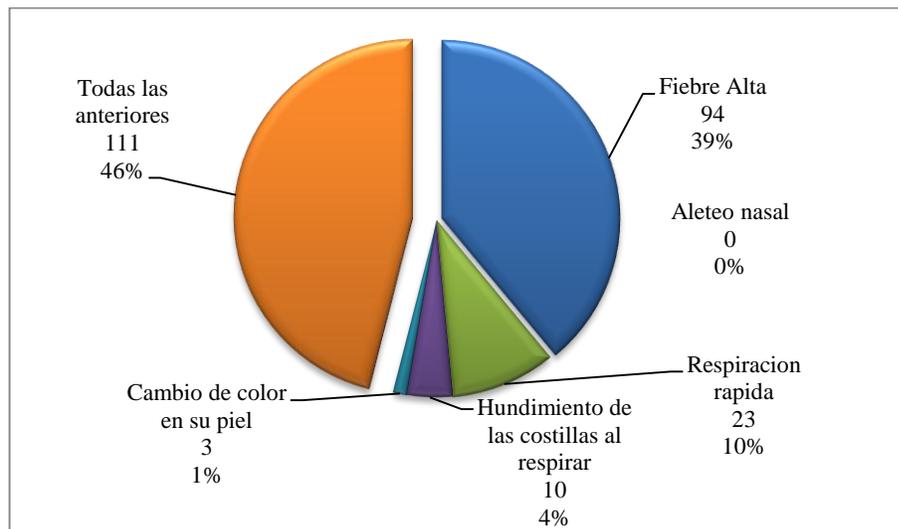
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior los signos de alarma que son mayormente reconocidos por las personas en las infecciones respiratorias agudas de los niños menores de cinco años son en un 39% la fiebre alta, en un 10% la respiración rápida, 4% el hundimiento de las costillas al respirar, y los síntomas cambio de color en la piel en un 1% y todas las respuestas anteriores en un 46%.

INTERPRETACIÓN:

Casi la mitad de las personas participantes en la investigación reconocen que la fiebre alta, la respiración rápida, el hundimiento de las costillas al respirar, el aleteo nasal y el cambio de color en la piel son signos de peligro que los hacen buscar atención médica oportuna ; sin embargo, la mayoría de los padres cataloga o reconoce uno de éstos signos como el más importante lo que permite concluir que a pesar que los padres tiene la capacidad de identificar los signos o síntomas de peligro aún hace falta una mejor comprensión de éstos para ofrecer una mejor atención a los niños.

GRÁFICO N°20: Signos o síntomas que son de peligro o alarma en el niño



Fuente: Datos del cuadro n°23

CUADRO N°24: ¿El vacunar oportunamente a su niño evita los problemas respiratorios?

Opinión	Fr.	%
SI	221	92%
NO	3	1%
No sabe	17	7%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

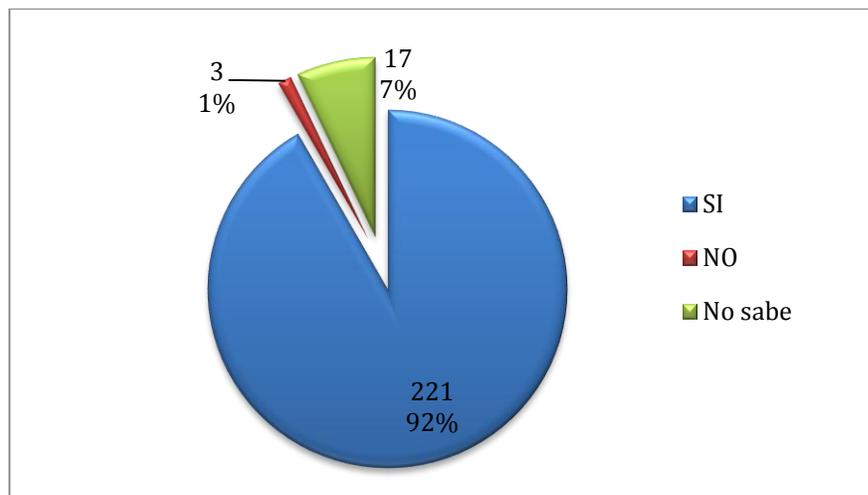
ANÁLISIS:

Como se muestra en el cuadro anterior al preguntar si el vacunar oportunamente a los niños evita los problemas respiratorios el 92 % respondió que sí, un 1% que no y el 7% refieren no saber si afecta o no afecta la salud del niño.

INTERPRETACIÓN:

El ministerio de salud ha realizado esfuerzos para introducir en el país un esquema de vacunación que cumpla con el objetivo de mejorar la morbi-mortalidad de los niños dentro del cual se encuentra la introducción de la vacuna contra el neumococo que previene las formas graves de la neumonía y la meningitis implementando la educación en salud mediante charlas educativas y concientización ciudadana los beneficios que trae el vacunar oportunamente a los niños tanto en la zona rural como en la zona urbana.

GRÁFICO N°21: ¿El vacunar oportunamente a su niño evita los problemas respiratorios?



Fuente: Datos del cuadro n°24

CUADRO N°25: ¿Para la edad del niño, cuenta con el esquema completo de vacunación?

Opinión	Fr.	%
Si	239	99%
No	2	1%
No sabe	0	0%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

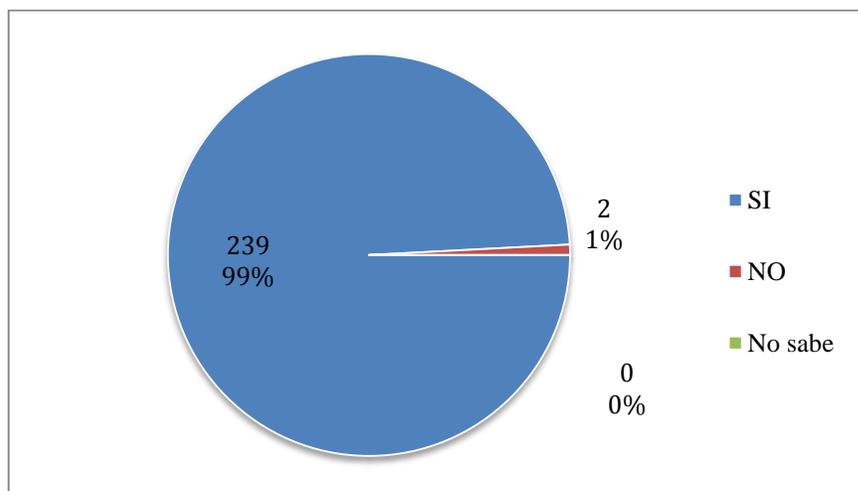
ANÁLISIS:

Como se observa en el cuadro anterior al preguntar a los padres o cuidadores si el niño con infección respiratoria aguda tiene el esquema completo de vacunación para la edad estos respondieron en un 99% que sí y en un 1% que no; verificándolo mediante la tarjeta de vacunación del niño.

INTERPRETACIÓN:

En conclusión casi la totalidad de la población manifiesta estar inmunizada, sin embargo los casos de infecciones respiratorias la mayoría de las veces son causadas por los virus y para su prevención es necesario tomar medidas adicionales como el lavado de manos o el uso de líquidos antisépticos como el alcohol gel entre otros..

GRÁFICO N°22: ¿Para la edad del niño, cuenta con el esquema completo de vacunación?



Fuente: Datos del cuadro n°25

CUADRO N°26: Darle lactancia materna exclusiva a su niño, evita los problemas respiratorios

Opinión	Fr.	%
Si	200	83%
No	15	6%
No sabe	26	11%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

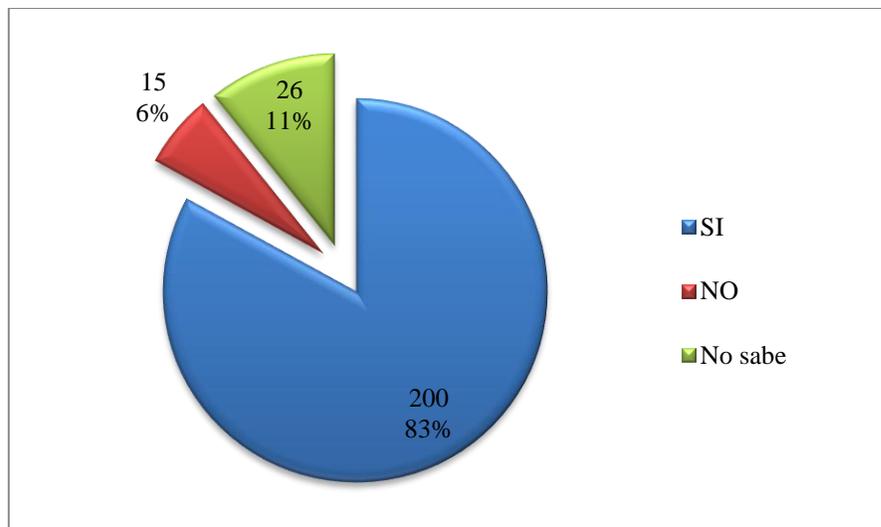
ANÁLISIS:

El cuadro anterior demuestra que un 83% de las personas opinan que la lactancia materna evita los problemas respiratorios, un 6% que no los evita y un 11% no sabe.

INTERPRETACIÓN:

La lactancia materna es la fuente de alimentación más importante durante los primeros 6 meses de vida con la cual se aporta las defensas necesarias al niño contra enfermedades entre las cuales se encuentran las IRAS, es por ello que resulta de utilidad valorar qué importancia ha tenido para los padres ésta práctica, obteniendo como resultado que la mayoría coinciden en que la lactancia materna previene las IRAS.

GRÁFICO N°23: Darle lactancia materna exclusiva a su niño, evita los problemas respiratorios.



Fuente: Datos del cuadro n°26

CUADRO N°27: Brindar una alimentación adecuada a su niño, previene problemas respiratorios

Opinión	Fr.	%
SI	199	83%
NO	14	6%
No sabe	28	12%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

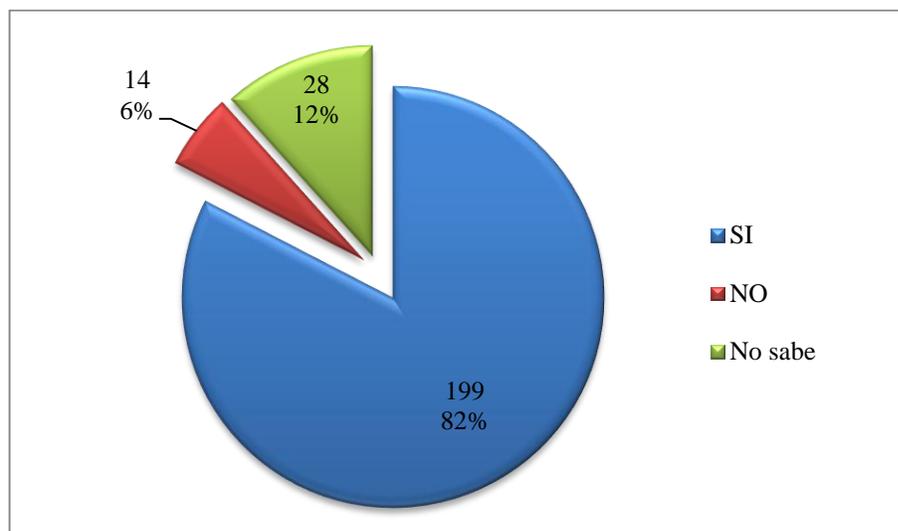
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior un 82% de los padres o encargados de los niños con infección respiratoria aguda opinan que el brindar una alimentación adecuada previene problemas respiratorios, un 6% opina que no y 12% respondió que no sabe.

INTERPRETACIÓN:

Existe evidencia abrumadora de que los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente quienes consecuentemente tienen infecciones más graves que los niños con un estado nutricional adecuado, como se muestra en el cuadro anterior los padres opinan que definitivamente la alimentación adecuada si previene los problemas respiratorios.

GRÁFICO N°24: Brindar una alimentación adecuada a su niño, previene problemas respiratorios



Fuente: Datos del cuadro n°27

CUADRO N°28: Abrigar adecuadamente al niño, previene la aparición de una enfermedad respiratoria

Opinión	Fr.	%
SI	226	94%
NO	7	3%
No sabe	8	3%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

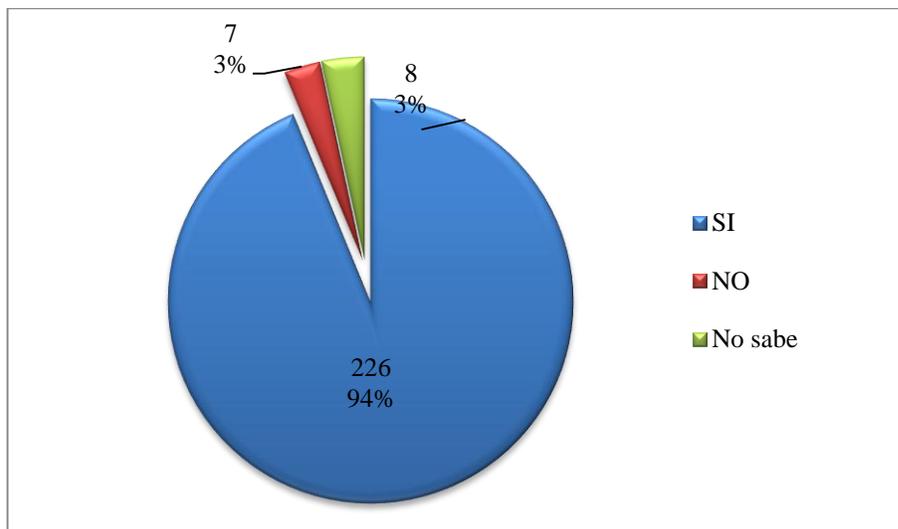
ANÁLISIS:

Las personas consideran que el abrigar adecuadamente al niño previene la aparición de una enfermedad respiratoria en un 94% y un 3% considera que no, del mismo modo un 3% no sabe si esta práctica previene o no las IRAS.

INTERPRETACIÓN:

Las temperaturas bajas, el inicio de la época lluviosa, en la mayoría de las ocasiones obliga a las personas a mantener en casa al niño lo que conlleva al hacinamiento, la poca ventilación de la casa de habitación, el enfriamiento brusco del cuerpo más la reseca de la mucosa nasal y bronquial constituyen factores que favorecen la aparición de las IRAS, según los datos obtenidos los padres opinan que la práctica de abrigar a los niños en la época de frío si previene la aparición de IRA. Mientras que una minoría concuerda en que no lo previene o no lo sabe.

GRÁFICO N°25: Abrigar adecuadamente al niño, previene la aparición de una enfermedad respiratoria



Fuente: Datos del cuadro n°28

5.5. DATOS RELACIONADOS CON LA ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LAS IRAS

CUADRO N°29: Cantidad de tiempo durante el día que usted lo dedica al cuidado del niño con enfermedad respiratoria aguda

Tiempo	Fr.	%
1 a 2 Horas	14	6%
3 a 4 Horas	42	17%
4 o más	185	77%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

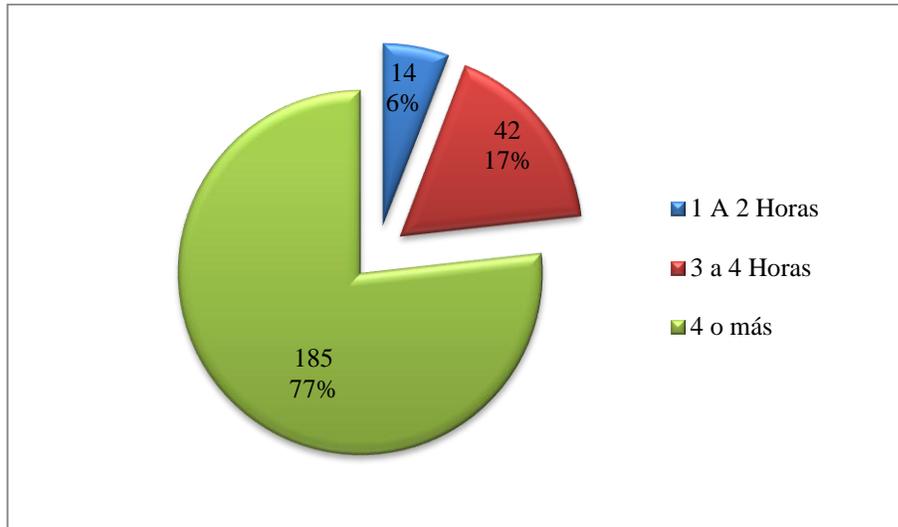
ANÁLISIS:

Los padres refieren que el tiempo dedicado a un niño con IRA es de 4 o más horas al día en un 77%, un 17% opina que debe ser entre 3 y 4 horas diarias y un 6% opina que basta con 1 a 2 horas diarias para la atención del niño.

INTERPRETACIÓN:

El tiempo dedicado al niño durante la infección respiratoria aguda y la calidad de este, es indispensable ya que sin el cuidado necesario estas puede avanzar y complicarse con cuadros más severos que podrían dejar secuelas importantes o inclusive llevar al niño a la muerte; según datos obtenidos en el estudio se tiene que los padres opinan que el dedicarle 4 horas o más durante el día a sus hijos con IRA asegura una resolución más rápida y favorable.

GRÁFICO N°26: Cantidad de tiempo durante el día que usted lo dedica al cuidado del niño con enfermedad respiratoria aguda



Fuente: Datos del cuadro n°29

CUADRO N°30: Situaciones que le impiden a usted dedicarle mayor tiempo al niño durante la enfermedad respiratoria aguda

Situaciones	Fr.	%
El trabajo	44	18%
Atención a otros hijos	21	9%
Actividades en el hogar	66	27%
No Aplica	110	46%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

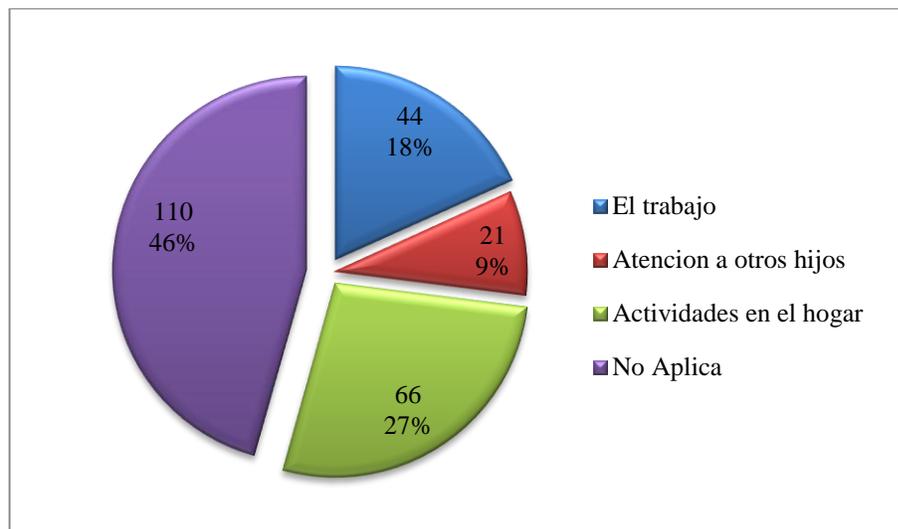
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior al evaluar las posibles causas por las cuales los padres o cuidadores de niños con IRA no dedican tiempo necesario, estos manifiestan que el trabajo en un 18%, la atención a otros hijos en un 9% y las actividades en el hogar en un 27%; mientras que un 46% de los entrevistados sostienen que no tienen ninguna dificultad para dedicar tiempo necesario al cuidado de niños con IRAS.

INTERPRETACIÓN:

A pesar que el niño que padece de IRA demanda un cuidado especial hay un 54% de los padres que refieren tener dificultad para dedicarle este tiempo necesario, lo cual puede conllevar al empeoramiento del cuadro clínico y la necesidad de ayuda médica hospitalaria; sin embargo existe el 46% que si dedican tiempo necesario para el tratamiento de esta enfermedad y de esta manera contribuyen a evitar el empeoramiento de la misma.

GRÁFICO N°27: Situaciones que le impiden a usted dedicarle mayor tiempo al niño durante la enfermedad respiratoria aguda



Fuente: Datos del cuadro n°30

CUADRO N°31: ¿Siempre que su niño presenta signos o síntomas de una enfermedad respiratoria lo lleva al centro de salud a consultar?

Opinión	Fr.	%
Si	225	93%
No	16	7%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

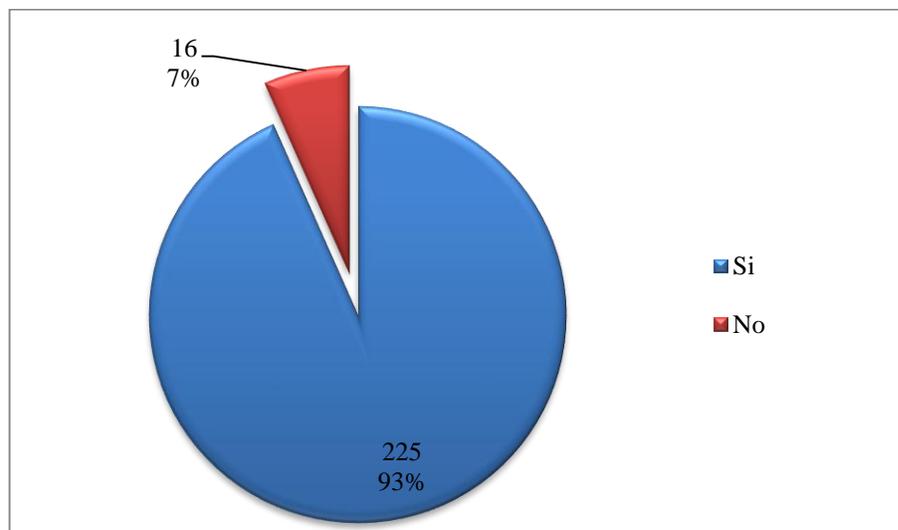
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior un 93% de los padres o encargados de niños con infección respiratoria aguda los llevan a consultar al centro de salud siempre, mientras que un 7% refiere que no.

INTERPRETACIÓN:

El inicio de los cuadros de infecciones respiratorias agudas comienza con rinorrea, cefalea y cuadros febriles por lo que la mayor parte de encargados de los niños sienten preocupación y deciden la consulta médica, sin embargo; existen padres con experiencias previas que no consideran necesaria la consulta médica como se muestra en el cuadro anterior.

GRÁFICO N°28: ¿Siempre que su niño presenta signos o síntomas de una enfermedad respiratoria lo lleva al centro de salud a consultar?



Fuente: Datos del cuadro n°31

**CUADRO N°32: ¿Lugar al que acude primero si su niño tiene tos, estornudo,
Resfriado o malestar general?**

¿Dónde acude primero si su niño presenta IRA?	Fr.	%
Hospital	22	9%
Unidad de Salud	209	87%
Farmacia	1	0%
No sale, Usted lo medica	8	3%
Privado	1	0%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

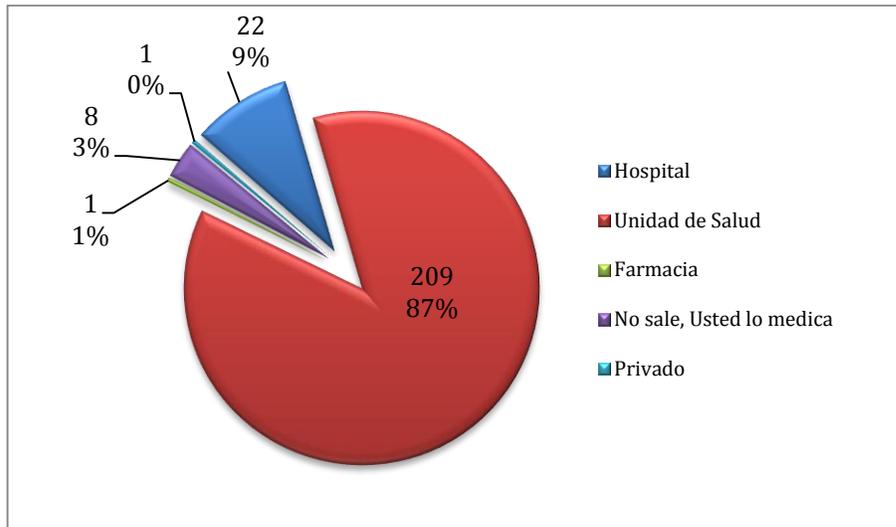
ANÁLISIS:

Según se muestra en el cuadro anterior los encargados de los niños consultan en un 87% la unidad de salud en primer lugar al iniciar los problemas respiratorios, el hospital en un 9%, 1 persona visita la farmacia, un 3% no sale de la casa sino que lo automedica y 1 persona refiere que consulta médico privado.

INTERPRETACIÓN:

El hecho de acudir a la unidad de salud como primer lugar de atención resulta beneficioso para la evaluación de la salud del niño, hacer un buen diagnóstico y dar el mejor tratamiento, sin embargo; aún se puede notar un porcentaje de la población que utiliza la automedicación sin tomar en consideración lo perjudicial que podría ser para el niño.

GRÁFICO N°29: Lugar al que acude primero si su niño tiene tos, estornudo, Resfriado o malestar general



Fuente: Datos del cuadro n°32

CUADRO N°33: ¿Cuándo considera usted que es el momento más indicado para llevar al niño a consultar?

Momento más indicado para llevar al niño consultar	Fr.	%
Se pone cansado	80	33%
Con hervor de pecho	14	6%
Al iniciar la Fiebre	88	37%
Estornuda o tos	59	24%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

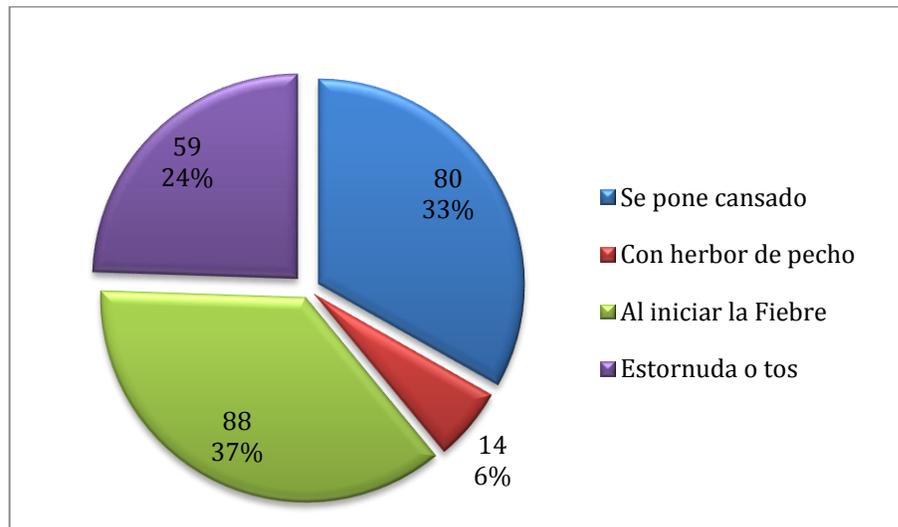
ANÁLISIS:

Según se muestra en el cuadro anterior los encargados de los niños consideran que el momento más indicado para la consulta médica si el niño tiene infección respiratoria aguda es cuando inicia la fiebre en un 37%, si se pone cansado en un 33%, si presenta estornudo o tos en un 24% y si presenta hervor de pecho en un 6%.

INTERPRETACIÓN:

El inicio del proceso febril en las IRAS es una de las manifestaciones más precoces, en las que además puede estar presente el cansancio fase avanzada de la enfermedad respiratoria y con la cual los padres muestran preocupación, lo que conlleva a la consulta médica de manera temprana en la mayoría de los casos y esto a su vez permite al médico hacer una valoración temprana y dar el tratamiento oportuno más indicaciones sobre qué debe hacerse en caso de la aparición de signos de peligro en el niño.

GRÁFICO N°30: ¿Cuándo considera usted que es el momento más indicado para llevar al niño a consultar?



Fuente: Datos del cuadro n°33

CUADRO N°34: ¿En caso de no llevar al niño a consultar cuando presenta una enfermedad respiratoria es porque?

Respuesta	Fr.	%
Queda muy lejos	47	20%
No lo Considero necesario	95	39%
No tiene tiempo	38	16%
No tiene dinero	21	9%
No aplica	40	17%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

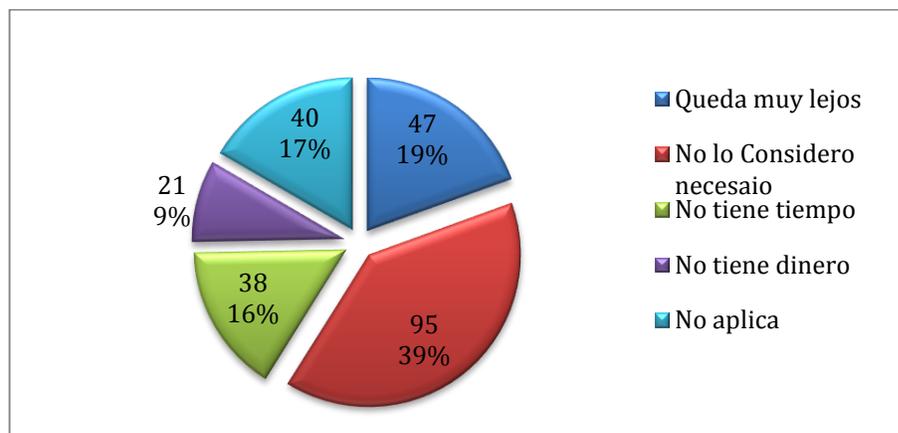
ANÁLISIS:

Según datos obtenidos de la encuesta las personas refieren que cuando los niños presentan enfermedad respiratoria en algunas ocasiones no lo llevan a la consulta porque queda muy lejos en un 20%, no lo consideró necesario en un 39%, no tiene tiempo en un 16%, no tiene dinero en un 9% y que no aplica o que siempre lo lleva a consultar en un 17%.

INTERPRETACIÓN:

Según los datos del cuadro anterior las personas a través de sus experiencias en algunas ocasiones previas, identifican situaciones en torno a la enfermedad del niño que ponen en riesgo la vida de ellos y situaciones en las que no; por ello se puede observar que un alto porcentaje indican que no lo consideraron necesario y el resto de padres tenían al menos una razón válida para no llevar al niño a consultar, sin embargo un grupo significativo de padres que anteponen la salud de sus hijos a otras actividades indicaron que siempre lo llevan a consultar.

GRÁFICO N°31: ¿En caso de no llevar al niño a consultar cuando presenta una enfermedad respiratoria es porque?



Fuente: Datos del cuadro n°34

CUADRO N°35: ¿Acata las recomendaciones indicadas por el médico durante la evolución de la enfermedad de su niño?

Opinión	Fr.	%
Si	241	100%
No	0	0%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

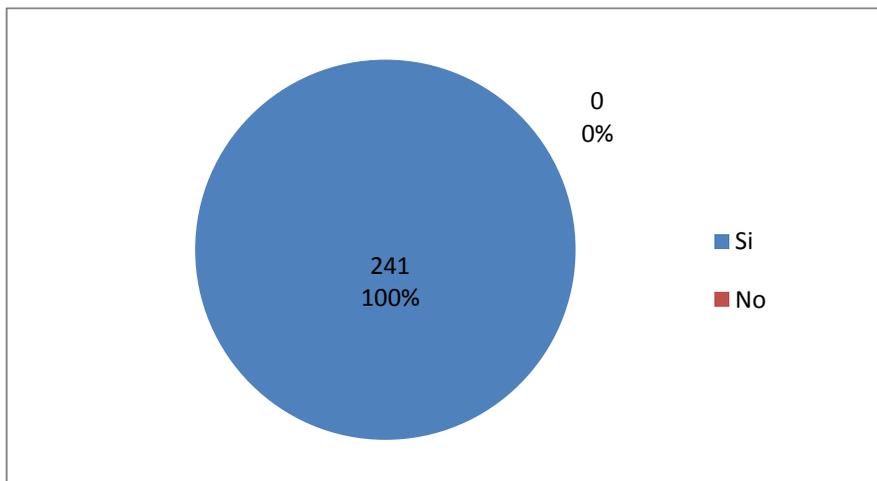
ANÁLISIS:

De los 241 encuestados, el 100 % manifiesta que atiende y aplica las recomendaciones de su médico durante la evolución de la enfermedad del niño.

INTERPRETACIÓN:

El total de los participantes manifiesta que el niño es y seguirá siendo siempre lo más importante en el grupo familiar, ya que el deseo de los padre o encargados es que éste recupere lo más pronto posible su salud. Y para lograr alcanzar este objetivo ponen en práctica las indicaciones médicas brindadas al momento de la consulta.

GRÁFICO N°32: ¿Acata las recomendaciones indicadas por el médico durante la evolución de la enfermedad de su niño?



Fuente: Datos del cuadro n°35

5.6 DATOS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA DE LOS PADRES ANTE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.

CUADRO N°36: ¿Qué hace usted si su niño presenta fiebre?

¿Qué hace usted si su niño presenta fiebre?	Fr.	%
Le pone ropa cómoda	7	3%
Aplica pañitos con agua	68	28%
Aumenta la ingesta de líquidos	4	2%
Le da acetaminofén	49	20%
Todas las anteriores	113	47%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de Entrevista

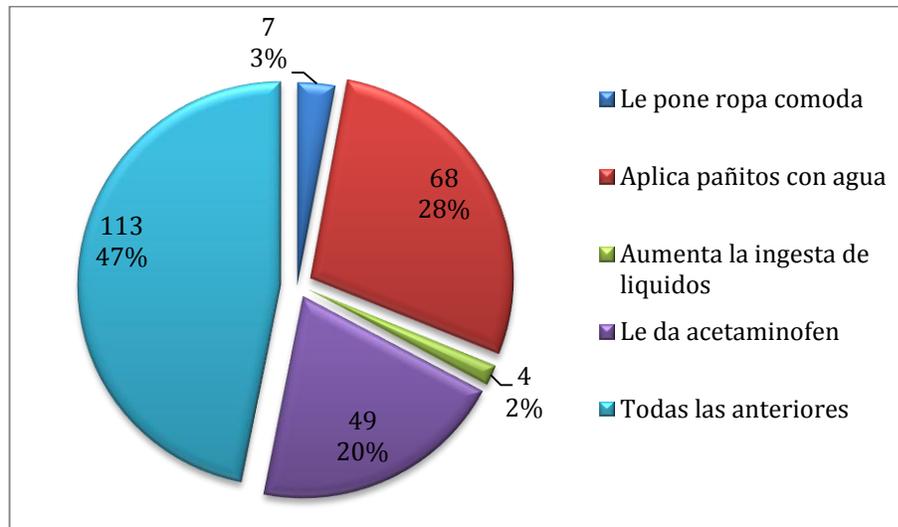
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior las respuestas sobre el que hacer si su niño presenta fiebre, el 3% respondió que le pone ropa cómoda, el 28% aplica pañitos con agua, el 2% aumenta la ingesta de líquidos, el 20% le da acetaminofén y un 47% manifestó que aplica todas las medidas anteriores.

INTERPRETACIÓN:

La fiebre en los niños con IRA es el signo que alerta a los padres de familia y es por ello que al presentarse, éstos buscan medidas dirigidas a disminuirla poniendo de manifiesto los conocimientos, actitudes y prácticas previas ante tal situación. Para este caso sobresalen la aplicación de pañitos húmedos y la administración de acetaminofén seguido por la acción de ponerle ropa cómoda y el aumento de la ingesta de líquidos cada una de ellas es eficaz para disminuir la fiebre, pero en conjunto alcanzan un mayor éxito.

GRÁFICO N°33: ¿Qué hace usted si su niño presenta fiebre?



Fuente: Datos del cuadro n°36

CUADRO N°37: ¿Qué tipo de lactancia dio a su niño desde que nació hasta los 6 meses de edad?

Tipo de lactancia	Fr.	%
Solo pecho	118	49%
Solo Pacha	6	2%
Pecho y Pacha	109	45%
De todo	8	3%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

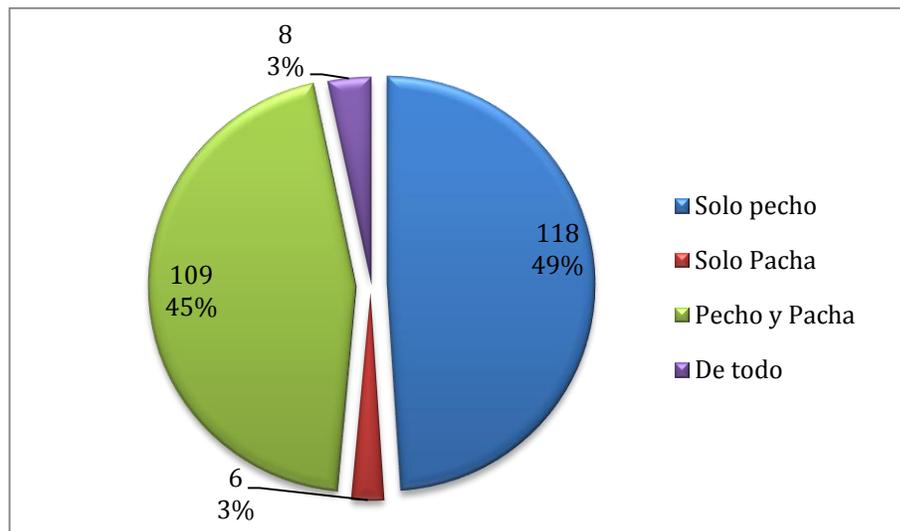
De acuerdo a los datos del cuadro anterior, existe un 49 % de las madres que solo le da pecho a los niños hasta los 6 meses de edad, un 2% solo pacha , un 45% pecho y pacha y solo un 3% le da de todo.

INTERPRETACIÓN:

La lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida resulta de vital importancia para el recién nacido ya que además de proporcionarle los requerimientos nutricionales necesarios para su crecimiento y desarrollo óptimo; también proporciona elementos que

fortalecen el sistema inmunológico protegiéndolos contra IRAS y otras enfermedades según se observa en los datos obtenidos existe casi la mitad de los padres que han dado lactancia materna exclusiva y un porcentaje significativo que además de la lactancia materna administran lactancia artificial, práctica que no es del todo perjudicial ya que podrían existir casos en los que la lactancia materna este limitada o contraindicada.

GRÁFICO N°34: ¿Qué tipo de lactancia dio a su niño desde que nació hasta los 6 meses de edad?



Fuente: Datos del cuadro n°37

CUADRO N°38: Medidas que aplica usted para disminuir los síntomas de una enfermedad respiratoria en su niño

Medidas	Fr.	%
Le da jarabe y/o antibióticos	121	50%
Le frota el pecho	41	17%
Le da tomas de hierbas	39	16%
Le da líquidos tibios y/o lo abriga	40	17%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

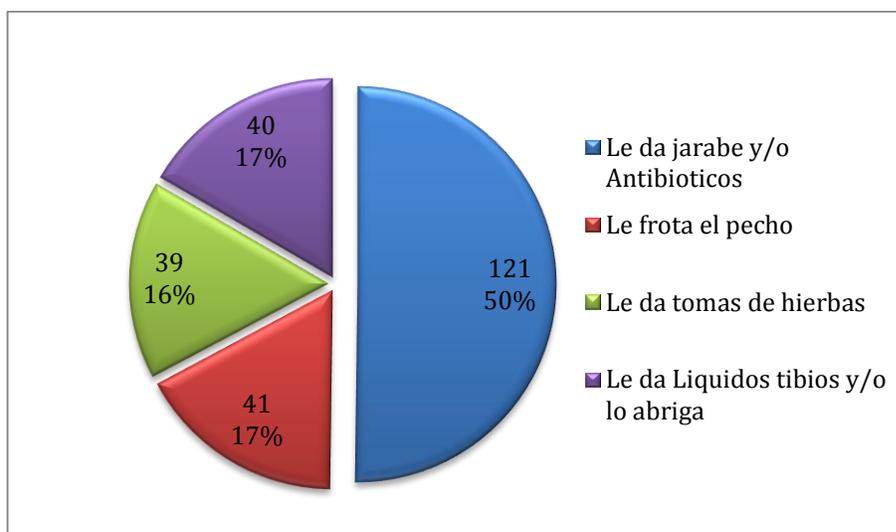
Según el cuadro anterior algunas medidas utilizadas por los padres o encargados de los niños para disminuir los síntomas de IRA un 50% de la población entrevistada le da

jarabe y/o antibióticos, un 17% le frota el pecho, un 16% le da tomas de hierbas y un 17 % le da líquidos tibios y/o lo abriga.

INTERPRETACIÓN:

Como se puede observar la mayoría de la población encuestada refiere proporcionar jarabe y antibióticos a sus niños al presentarse una enfermedad respiratoria aguda; siendo de esta manera que la medida más utilizada es la automedicación, una práctica que no es del todo beneficiosa para la salud de los niños en estudio ya la mayoría de las éstas son causadas por virus y no necesitan antibióticoterapia; la cual debe ser reservada para los casos de IRAS causadas por agentes bacterianos y esta debe ser prescrita exclusivamente por el médico.

GRÁFICO N°35: Medidas que aplica usted para disminuir los síntomas de una enfermedad respiratoria en su niño



Fuente: Datos del cuadro n°38

CUADRO N°39: ¿Abriga adecuadamente o protege a su niño de cambios bruscos de temperatura?

Opinión	Fr.	%
Si	238	99%
No	3	1%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

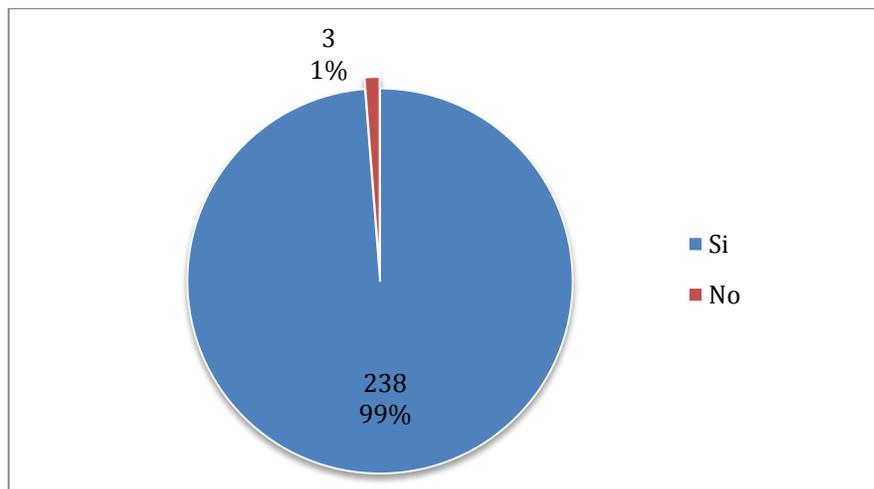
ANÁLISIS:

Según el cuadro anterior un 99% de los padres o encargados consideran que abrigar al niño para protegerlo de los cambios bruscos de temperatura previene la aparición de enfermedad respiratoria aguda o el empeoramiento de esta cuando ya existe; mientras que el 1% considera que esta práctica no previene el apareamiento de IRA.

INTERPRETACIÓN:

Durante la llegada del invierno y durante la época de frío se ha establecido que existe un incremento de los casos de IRA ya que se da la pérdida de calor corporal y la congestión nasal más el hacinamiento debido a que las personas no salen de casa son algunos de los factores que contribuyen al apareamiento de las IRAS; en los datos obtenidos casi la totalidad de la población participante indica que abrigan a los niños cuando existen cambios bruscos de temperatura.

GRÁFICO N°36: ¿Abriga adecuadamente o protege a su niño de cambios bruscos de temperatura?



Fuente: Datos del cuadro n°39

CUADRO N°40: ¿Trae a su niño a los controles infantiles de crecimiento y desarrollo cuando se le ha programado?

Opinión	Fr.	%
Si	236	98%
No	5	2%
Total	241	100%

Fuente: Cédula De Entrevista

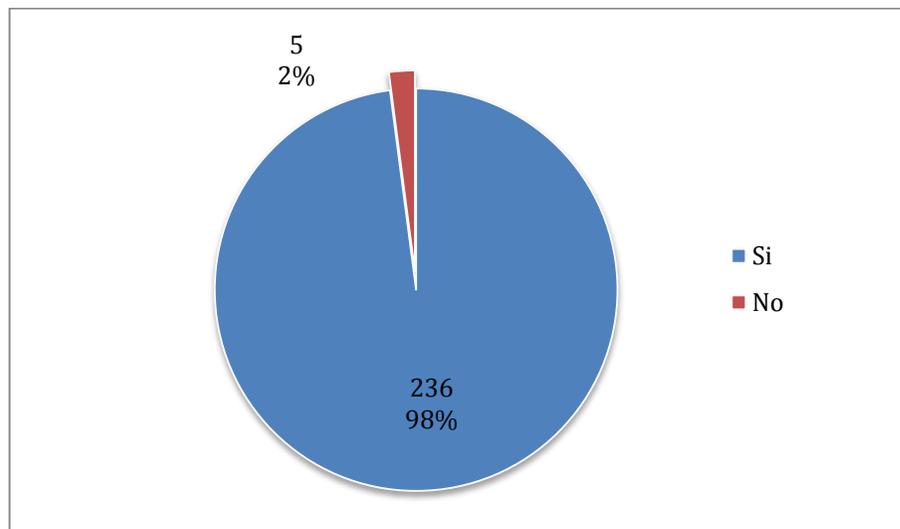
ANÁLISIS:

El 98% de la población encuestada es decir 236 de un total de 241 madres o cuidadores manifiesta y reporta que se hacen presentes a los controles de niño sano cuando se le es programado mientras que un 2% refieren que no.

INTERPRETACIÓN:

Los controles infantiles de crecimiento y desarrollo se realizan con el objetivo de identificar de manera temprana situaciones que requieran intervención médico-familiar para el pleno desarrollo físico y psicológico del niño; además se administran las vacunas necesarias para prevención de enfermedades entre ellas las IRAS; según datos que se muestran en el cuadro anterior casi la totalidad de la población asiste a los controles infantiles cuando estos han sido programados.

GRÁFICO N°37: ¿Trae a su niño a los controles infantiles de crecimiento y desarrollo cuando se le ha programado?



Fuente: Datos del cuadro n°40

CUADRO N°41: ¿Qué hace usted si su niño no puede respirar bien o se ahoga?

Respuesta	Fr.	%
Le frota el pecho	43	18%
Lo lleva al centro de Salud	186	77%
Le aplica inhalaciones	8	3%
No sabe	4	2%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

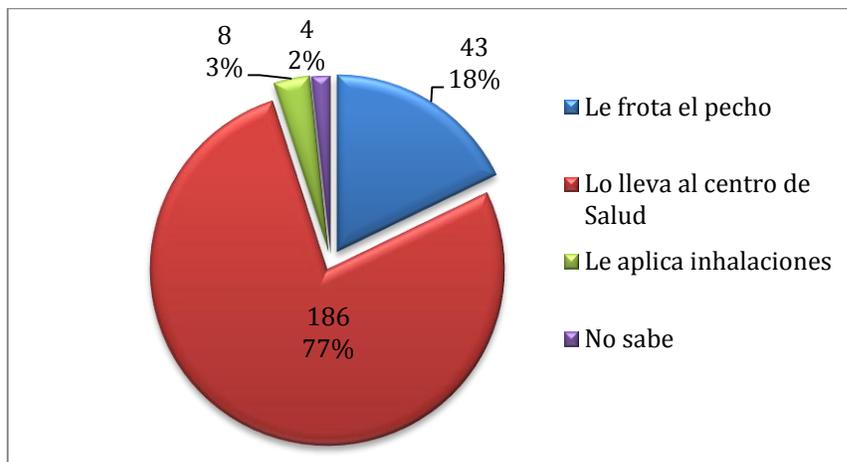
ANÁLISIS:

En los datos del cuadro anterior se demuestra que los padres de familia que se encuentran ante la situación de que su niño no respira bien o se ahoga dicen que lo llevan a consultar al centro de salud más cercano en un 77%, mientras que un 18% indican que le frota el pecho, un 3% le aplica inhalaciones y un 2% no sabe qué hacer ante esta situación.

INTERPRETACIÓN:

Según la totalidad de la población participante si el niño que padece de enfermedad respiratoria aguda, presenta dificultad respiratoria o se ahoga el padre manifiesta en un porcentaje mayoritario acuden inmediatamente al centro de salud más cercano, en busca que se les brinde la atención médica necesaria y adecuada que solvente esta situación o por lo menos de respuesta a su preocupación y de esta manera previenen una complicación grave e incluso la muerte.

GRÁFICO N°38: ¿Qué hace usted si su niño no puede respirar bien o se ahoga?



Fuente: Datos del cuadro n°41

5.7 ANÁLISIS CLÍNICO DEL MÉDICO

CUADRO N°42: Diagnostico del niño al momento de la consulta

Diagnostico Actual del niño	Fr.	%
Resfriado Común	153	63%
Rinofaringitis	16	7%
Faringitis aguda	30	12%
Faringoamigdalitis	16	7%
Bronquitis aguda	19	8%
Neumonía	7	3%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

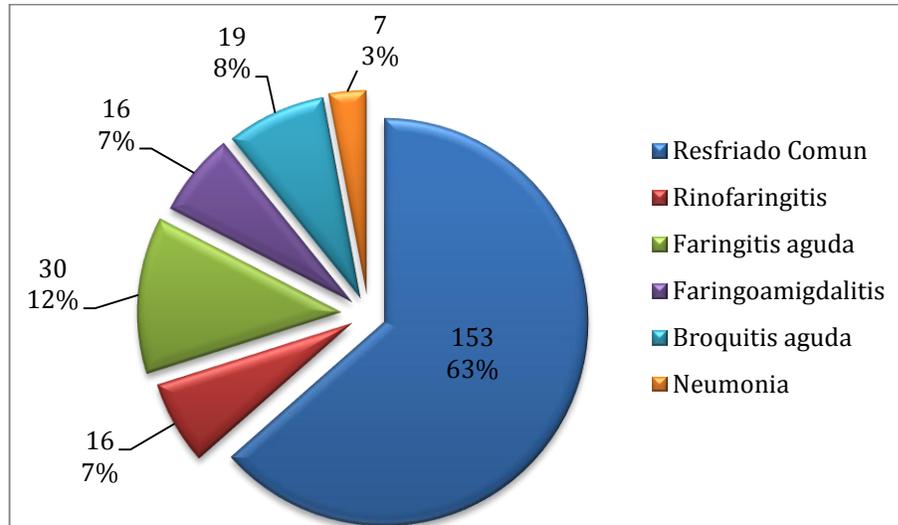
ANÁLISIS:

Al finalizar la consulta el diagnostico principal encontrado por el médico fue en un 63% el resfriado común, como lo demuestra el cuadro anterior, seguido en un 12% por la faringitis aguda, un 8% fue llevado a consultar y se manejó como bronquitis aguda, Un 7% del total de niños llevados a consultar fueron diagnosticados como Rinofaringitis y Faringoamigdalitis respectivamente, solo un 3% se diagnosticó como neumonía.

INTERPRETACIÓN:

Según análisis médico el resfrió común es la causa principal por la cual los padres o encargados de los niños llevan a consultar a los niños lo que indica que éstos están buscando atención medica temprana previniendo de esta manera las complicaciones de las IRAS; Sin embargo, hay que notar que un 3% de estos niños han sido diagnosticados como neumonía y son estos los que requieren una mayor atención médica y un cuidado familiar más riguroso por la gravedad de su diagnóstico.

GRÁFICO N°39: Diagnostico del niño al momento de la consulta



Fuente: Datos del cuadro n°42

CUADRO N°43: ¿Presenta algún Signo de Alarma al momento de la consulta?

Opinión médica	Fr.	%
Si	0	0%
No	241	100%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

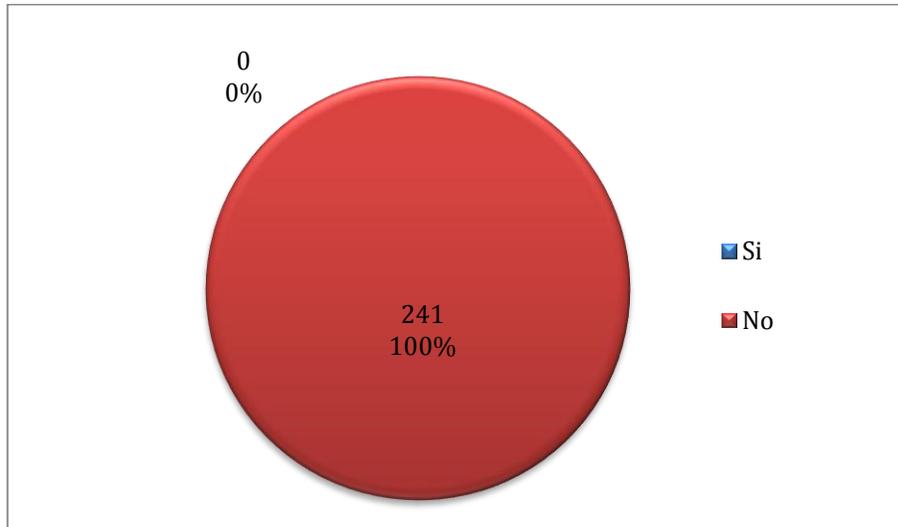
ANÁLISIS:

Al realizar la evaluación de los niños con enfermedad respiratoria se estableció que del 100% que consultaron, ninguno presentó signo de alarma ya que a pesar que hubo 7 niños diagnosticados como neumonía todos cumplían según la norma del AIEPI los requerimientos para manejo ambulatorio ya que no presentaban tiraje subcostal, estridor en reposo ni otro signo de alarma que justificara la referencia al segundo o tercer nivel de atención al momento de la consulta médica.

INTERPRETACIÓN:

Según el cuadro anterior se establece que los padres de los niños en estudio consultan de manera temprana con el objetivo de prevenir las complicaciones ya que según ellos si no consultan en ese momento los síntomas pueden empeorar.

GRÁFICO N°40: ¿Presenta algún Signo de Alarma al momento de la consulta?



Fuente: Datos del cuadro n°43

CUADRO N°44: ¿Al momento de la consulta el padre del niño ha comprendido las indicaciones médicas brindadas?

Opinión médica	Fr.	%
Si	241	100%
No	0	0%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

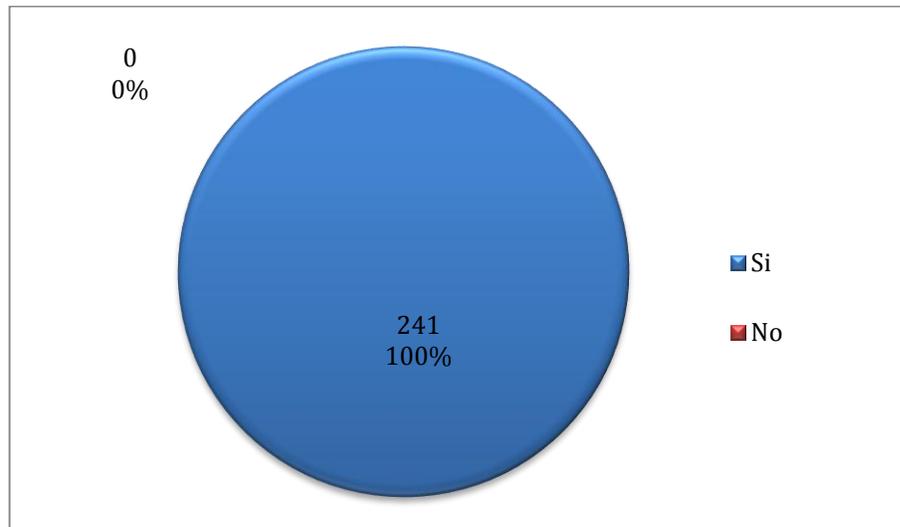
ANÁLISIS:

El 100% de padres que participaron en la encuesta manifiestan haber comprendido y llevado a práctica las recomendaciones médicas que se le indicaron logrando dar cada uno de ellos una retroalimentación verbal de lo expuesto.

INTERPRETACIÓN:

Al asegurar la comprensión de las indicaciones médicas por los padres o encargados de los niños sobre los cuidados en el hogar, la importancia del cumplimiento del medicamento, medidas generales y el momento en el que debe consultar si empeora garantiza una mejoría clínica en el paciente y previene las complicaciones.

GRÁFICO N°41: ¿El Padre del niño ha comprendido las indicaciones médicas brindadas?



Fuente: Datos del cuadro n°44

CUADRO N°45. Evolución de la enfermedad a las 72 horas posterior a la consulta.

Evolución de la enfermedad a las 72 horas posterior a la consulta	Fr.	%
Continua igual	11	4%
Presenta Mejoría	228	95%
Presenta Complicación	2	1%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

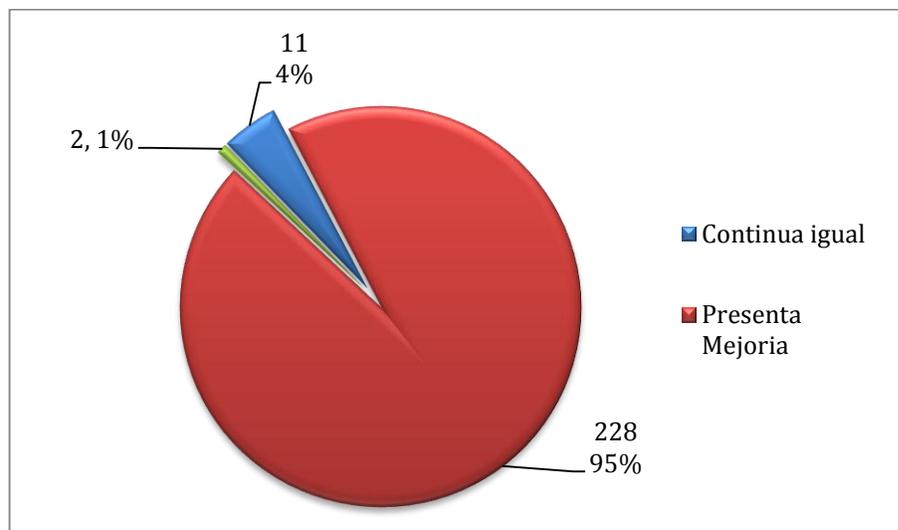
ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se presenta la evolución medica de cada niño a las 72 horas posteriores a la primer evaluación encontrando que un 95% presenta notable mejoría clínica, el 4% refiere continuar igual y el 1% se encontró que presentaba algún grado de complicación de la infección respiratoria.

INTERPRETACIÓN:

Según los datos del cuadro anterior, si bien es cierto que la mayoría de los padres de familia manifiestan que siguen las recomendaciones proporcionadas por el médico, un porcentaje no mayor al 1% del total de niños presento un grado de complicación de la infección respiratoria que necesito atención especializada en hospital de segundo nivel de atención; lo cual podría corresponder a la evolución natural de la enfermedad.

GRÁFICO N°42: Evolución de la enfermedad a las 72 horas posterior a la consulta



Fuente: Datos del cuadro n°45

CUADRO N°46: Cumplimiento por parte del Padre del niño de las indicaciones médicas

Opinión médica	Fr.	%
Si	241	100%
No	0	0%
Total	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

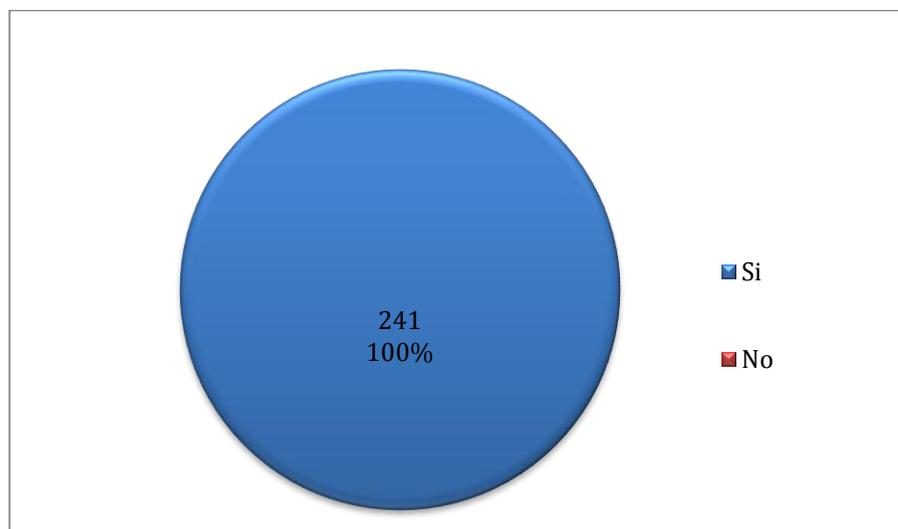
ANÁLISIS:

De la totalidad de los participantes en el estudio se ha encontrado que el 100% de estos manifiestan haber cumplido las indicaciones brindadas por el médico tratante.

INTERPRETACIÓN:

La respuesta a la pregunta 45 tiene carácter subjetivo ya que se puede reconocer pero no demostrar que el 100% de padres fueron los que cumplieron a cabalidad las indicaciones médicas, lo que sí se puede comprobar es la existencia de 1% del total niños que al ser reevaluados a las 72 horas presentaban complicaciones clínicas que necesitaron atención médica por especialista en el segundo nivel de atención.

GRÁFICO N°43: Cumplimiento por parte del Padre o encargado del niño de las indicaciones médicas



Fuente: Datos del cuadro n°46

5.10 COMPROBACION DE LA HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS DEL TRABAJO:

Hi: Son suficientes los Conocimientos, correctas las Actitudes y Prácticas que tienen los padres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) urbana Santa Elena, Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2012.

HIPÓTESIS NULA:

Ho: No son suficientes los Conocimientos, correctas las Actitudes y Prácticas que tienen los padres de familia sobre las infecciones respiratorias agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) urbana Santa Elena, Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2012.

5.7 CLASIFICACION DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LAS IRAS

A continuación se presentan los **datos obtenidos de la cédula de entrevista** con respecto a los conocimientos sobre IRA que tienen los padres de los niños participantes en el estudio **respuesta, frecuencia, puntos para cada pregunta** asignando 1.43 puntos a las respuestas correctas totalizando 10 puntos; **porcentaje de la población por pregunta** (dato que se obtiene a través de la regla matemática de tres simple multiplicando la frecuencia en la respuesta correspondiente por 100 entre el número total de participantes, o sea 241 y este es el porcentaje de la población total que ha respondido correctamente la pregunta) y **Porcentaje** necesarios para alcanzar el nivel de **suficiente** ($\geq 60\%$ en la sumatoria total, dato que se obtiene también a través de la regla matemática de tres simple multiplicando la frecuencia en la respuesta correspondiente por 100 entre el número total de participantes, o sea 241 y luego dividida entre el número de preguntas que se están tomando en cuenta (7 preguntas para este caso) desde la pregunta número 19 hasta la pregunta 25.

CUADRO N° 47. Tabla de conocimientos de los padres de familia ante las infecciones respiratorias agudas

Pregunta número 19					
Respuesta		Frecuencia	Puntos Para C/ Pregunta	% de la población por pregunta	Puntos -suficiente -insuficiente
A	Tos	73			
B	Dolor de garganta	18			
C	Secreción Nasal	42			
D	Cansancio	20			
E	Todas las anteriores	88	1.43	37%	5%
Total		241	1.43	37%	5%
Pregunta número 20					
A	Fiebre Alta	94			
B	Respiración rápida	0			
C	Hundimiento de las costillas al respirar	23			
D	Aleteo nasal	10			

E	Cambio de color en su piel	3			
F	Todas las anteriores	111	1.43	46%	7%
Total		241	1.43	46%	7%
Pregunta número 21					
A	SI	221	1.43	92%	13%
B	NO	3			
C	No sabe	17			
Total		241	1.43	92%	13%
Pregunta número 22					
A	SI	239	1.43	99%	14%
B	NO	2			
C	No sabe	0			
Total		241	1.43	99%	14%
Pregunta número 23					
A	SI	200	1.43	83%	12%
B	NO	15			
C	No sabe	26			
Total		241	1.43	83%	12%
Pregunta número 24					
A	SI	199	1.43	83%	12%
B	NO	14			
C	No sabe	28			
Total		241	1.43	83%	12%
Pregunta número 25					
A	SI	226	1.43	94%	13%
B	NO	7			
C	No sabe	8			
Total		241	1.43	94%	13%
TOTALES		241	10		76%

Fuente: Cédula de entrevista

ANALISIS:

En el cuadro anterior se presentan los datos obtenidos de la cédula de entrevista sobre los conocimientos que tienen los padres de los niños que participaron en el presente trabajo de investigación en donde se dió puntaje a la respuesta más acertada de cada pregunta, obteniendo los siguientes resultados: para la pregunta número 19 la respuesta esperada fué el literal “E” que las personas participantes respondieron en un 37% de manera correcta; es decir que, 88 personas de 241 contestaron correctamente, en la

pregunta número 20 la respuesta esperada fué el literal “F” la cual los padres participantes respondieron en un 46% de manera correcta; es decir que, 111 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 21 la respuesta esperada fué el literal “A” que las personas participantes respondieron en un 92% de manera correcta; es decir que, 221 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 22 la respuesta esperada fué el literal “A” que las personas participantes respondieron en un 99% de manera correcta; es decir que, 239 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 23 la respuesta esperada fué el literal “A” que las personas participantes respondieron en un 83% de manera correcta; es decir que, 200 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 24 la respuesta esperada fué el literal “A” que las personas participantes respondieron en un 83% de manera correcta; es decir que, 199 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 25 la respuesta esperada fué el literal “A” que las personas participantes respondieron en un 94% de manera correcta; es decir que, 226 personas de 241 contestaron correctamente. Concluyendo que el puntaje obtenido es del 76% lo que significa que el conocimiento es suficiente, dando respuesta a la hipótesis del trabajo.

INTERPRETACIÓN:

El conocimiento como ya se explico en los apartados anteriores es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, en el cuadro anterior se establece que las personas que participaron poseen conocimientos clasificados en la escala de suficientes ya que alcanzaron el puntaje mínimo necesario para ello; sin embargo, aún existen algunos conocimientos que presentan la necesidad de ser reforzados para lograr un nivel optimo en la búsqueda del bienestar de los niños que presentan enfermedad respiratoria y que podría lograrse a través de programas locales por parte del personal de salud correspondiente.

**CUADRO N°48. Clasificación de los conocimientos de los padres
Ante las infecciones respiratorias agudas.**

CLASIFICACION	Frecuencia	% de la Población
Suficientes	184	76%
Insuficientes	57	24%
TOTAL	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

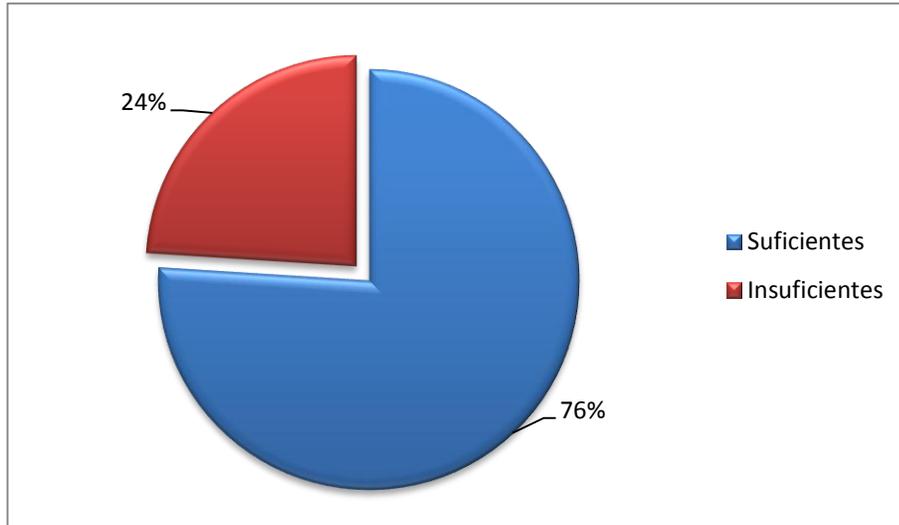
ANALISIS:

Utilizando el instrumento de estudio se aprecia que el grado de conocimiento que tienen los padres ante las IRAS de acuerdo al nivel de suficiencia utilizado en el presente estudio es del 76% con conocimiento suficiente y necesario para prevenir que en un niño con una infección respiratoria aguda progrese hasta complicarse y que un 24% de los padres tiene un conocimiento insuficiente.

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro anterior se establece que los conocimientos que tienen los padres de los niños que participaron en la investigación son suficientes para prevenir las complicaciones de las IRAS y para ello se elaboró la cédula de entrevista pudiendo medir dichos conocimientos donde se dio puntajes a las preguntas correspondientes y catalogando como conocimientos suficientes si se obtiene un porcentaje total mayor o igual al 60% e insuficiente si se obtiene un porcentaje total menor del 60%.

GRÁFICO N° 44. Tipo de conocimientos de los padres sobre las infecciones respiratorias agudas



Fuente: Datos del cuadro n°48

5.8 CLASIFICACION DE LAS ACTITUDES DE LOS PADRES ANTE LAS IRAS

A continuación se presentan los **datos obtenidos de la cédula de entrevista** con respecto a las actitudes sobre IRA que tienen los padres de los niños participantes en el estudio **respuesta, frecuencia, puntos para cada pregunta** asignando 1.43 puntos a las respuestas correctas totalizando 10 puntos; **porcentaje de la población por pregunta** (dato que se obtiene a través de la regla matemática de tres simple multiplicando la frecuencia en la respuesta correspondiente por 100 entre el número total de participantes, o sea 241 y este es el porcentaje de la población total que ha respondido correctamente la pregunta) y el **Porcentaje** necesarios para alcanzar el nivel de **correcto ($\geq 60\%$ en la sumatoria total)**, dato que se obtiene también a través de la regla matemática de tres simple multiplicando la frecuencia en la respuesta correspondiente por 100 entre el número total de participantes, o sea 241 y luego dividida entre el número de preguntas que se están tomando en cuenta (7 preguntas para este caso) desde la pregunta número 26 hasta la pregunta 32.

CUADRO N° 49. Tabla de actitudes de los padres de familia ante las infecciones respiratorias agudas

	Respuesta	Frecuencia	Puntos Para C/ Pregunta	% de la población por pregunta	Porcentaje - Correcto - Incorrecto
Pregunta número 26					
A	1 A 2 Horas	14			
B	3 a 4 Horas	42			
C	4 o más	185	1.43	77%	11%
	Total	241	1.43	77%	11%
Pregunta número 27					
A	El trabajo	44			
B	Atención a otros hijos	21			
C	Actividades en el hogar	66			
D	Ninguna	110	1.43	46%	7%
	Total	241	1.43	46%	7%
Pregunta número 28					
A	Si	225	1.43	93%	13%
B	No	16			
	Total	241	1.43	93%	13%
Pregunta número 29					
A	Hospital	22			
B	Unidad de Salud	209	1.43	87%	12%

C	Farmacia	1			
D	No sale, Usted lo medica	8			
E	Privado	1			
Total		241	1.43	87%	12%
Pregunta número 30					
A	Se pone cansado	80			
B	Con hervor de pecho	14			
C	Al iniciar la Fiebre	88			
D	Estornuda o tos	59	1.43	24%	4%
Total		241	1.43		
Pregunta número 31					
A	Queda muy lejos	47			
B	No lo Considero necesario	95			
C	No tiene tiempo	38			
D	No tiene dinero	21			
E	No aplica	40	1.43	17%	2%
Total		241	1.43	17%	2%
Pregunta número 32					
A	Si	241	2	100%	14%
B	No	0			
Total		241	1.43	100%	14%
TOTALES		241	10	100%	63%

Fuente: Cédula de entrevista

ANALISIS:

En el cuadro anterior se presentan los datos obtenidos de la cédula de entrevista sobre las actitudes que tienen los padres de los niños que participaron en el trabajo de investigación en donde se asignó puntaje a la respuesta más acertada de cada pregunta, obteniendo los siguientes resultados: para la pregunta número 26 la respuesta esperada fue el literal “C” que las personas participantes respondieron en un 77% de manera correcta; es decir que, 185 personas de 241 contestaron correctamente, en la pregunta número 27 la respuesta esperada fue el literal “D” la cual los padres participantes respondieron en un 46% de manera correcta; es decir que, 110 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 28 la respuesta esperada fue el

literal “A” que las personas participantes respondieron en un 93% de manera correcta; es decir que, 225 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 29 la respuesta esperada fué el literal “B” que las personas participantes respondieron en un 87% de manera correcta; es decir que, 209 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 30 la respuesta esperada fué el literal “D” que las personas participantes respondieron en un 24% de manera correcta; es decir que, 59 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 31 la respuesta esperada fué el literal “E” que las personas participantes respondieron en un 17% de manera correcta; es decir que, 40 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 32 la respuesta esperada fué el literal “A” que las personas participantes respondieron en un 100% de manera correcta; de esta manera se concluye que la actitud que poseen las personas es la correcta en un 63% e incorrecta en un 37%, lo que significa que la actitud es correcta, dando respuesta a la hipótesis del trabajo.

INTERPRETACIÓN:

La actitud es la forma de actuar de una persona y ésta ha sido clasificada por los datos obtenidos en el presente estudio como una **actitud correcta** ya que la mayoría ha alcanzado los puntos necesarios para dicha clasificación así pues se comprueba la hipótesis planteada y se establece que la actitud que tienen los padres de los niños en cuanto a la forma de proceder ante la presencia de infección respiratoria es la acertada, sin embargo; aún existe un porcentaje significativo de padres que necesitan que dicha actitud sea reforzada ya sea para mejorarla o para la construcción de bases solidas en la cual este sustentada la que al momento del estudio poseen pudiendo ser obtenida por los profesionales de salud que se encuentran en la proximidad de sus comunidades.

**CUADRO N° 50. Clasificación de actitud de los padres
Ante las infecciones respiratorias agudas.**

CLASIFICACION	Frecuencia	% de la Población
Correctas	152	63%
Incorrectas	89	37%
TOTAL	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

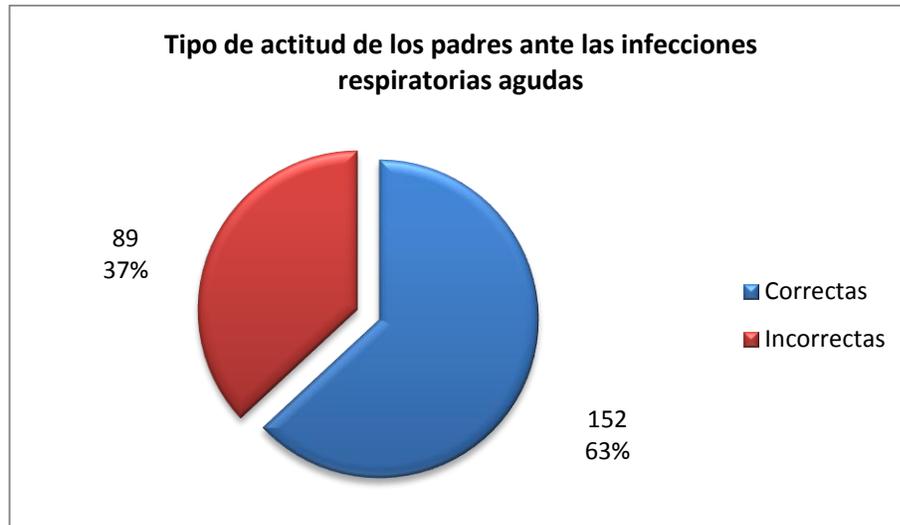
ANALISIS:

En el cuadro anterior se establece que la actitud de los padres de los niños que participaron en la investigación tienen un nivel de suficiencia del 63% de los casos según el rango utilizado en el presente estudio y un 37% tienen un nivel insuficiente.

INTERPRETACIÓN:

Según el cuadro anterior se aprecia que la actitud que tienen los padres de los niños que participaron en la investigación son suficientes o correctos para prevenir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas datos corroborados a través de la cédula de entrevista donde se pudo medir la actitud tomada por ellos ante los casos de IRA dando puntajes a las preguntas correspondientes y catalogando como actitudes suficientes o correctas si se obtiene un porcentaje total mayor o igual al 60% e insuficiente o incorrecta si se obtiene un porcentaje total menor del 60%.

GRÁFICO N° 45 Tipo de Actitud de los padres sobre las infecciones respiratorias agudas



Fuente: Datos del cuadro n°50

5.9 CLASIFICACION DE LAS PRÁCTICAS DE LOS PADRES ANTE LAS IRAS

A continuación se presentan los **datos obtenidos de la cédula de entrevista** con respecto a las prácticas sobre IRA que tienen los padres de los niños participantes en el estudio **respuesta, frecuencia, puntos para cada pregunta** asignando 1.67 puntos a las respuestas correctas totalizando 10 puntos, **porcentaje de la población por pregunta** (dato que se obtiene a través de la regla matemática de tres simple multiplicando la frecuencia en la respuesta correspondiente por 100 entre el número total de participantes, o sea 241 y este es el porcentaje de la población total que ha respondido correctamente la pregunta) y **el porcentaje** necesario para alcanzar el nivel de **correctas ($\geq 60\%$ en la sumatoria total)**, dato que se obtiene también a través de la regla matemática de tres simple multiplicando la frecuencia en la respuesta correspondiente por 100 entre el número total de participantes, o sea 241 y luego dividida entre el número de preguntas que se están tomando en cuenta (6 preguntas para este caso) desde la pregunta número 33 hasta la pregunta 38.

CUADRO N° 51. Tabla de prácticas de los padres de familia ante las infecciones respiratorias agudas

Pregunta número 33					
	Respuesta	Frecuencia	Puntos Para C/ Pregunta	% de la población por pregunta	Porcentaje - Correcto - Incorrecto
A	Le pone ropa cómoda	7			
B	Aplica pañitos con agua	68			
C	Aumenta la ingesta de líquidos	4			
D	Le da acetaminofén	49			
E	Todas las anteriores	113	1.67	47%	8%
Total		241	1.67	47%	8%
Pregunta número 34					
A	Solo pecho	118	1.67	49%	8%
B	Solo Pacha	6			
C	Pecho y Pacha	109			
D	De todo	8			
Total		241	1.67	49%	8%
Pregunta número 35					
A	Le da jarabe y/o	121			

	Antibióticos				
B	Le frota el pecho	41			
C	Le da tomas de hierbas	39			
D	Le da Líquidos tibios y/o lo abriga	40	1.67	17%	3%
Total		241	1.67	17%	3%
Pregunta número 36					
A	Si	238	1.67	99%	17%
B	No	3			
Total		241	1.67	99%	17%
Pregunta número 37					
A	Si	236	1.67	98%	16%
B	No	5			
Total		241	1.67	98%	16%
Pregunta número 38					
A	Le frota el pecho	43			
B	Lo lleva al centro de Salud	186	1.67	77%	13%
C	Le aplica inhalaciones	8			
D	No sabe	4			
Total		241	1.67	77%	13%
TOTALES					
		241	10		65%

Fuente: Cédula de entrevista

ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se presentan los datos obtenidos de la cédula de entrevista sobre las prácticas que tienen los padres de los niños que participaron en el trabajo de investigación en donde se asignó puntaje a la respuesta más acertada de cada pregunta, obteniendo los siguientes resultados: para la pregunta número 33 la respuesta esperada fue el literal “E” que las personas participantes respondieron en un 47% de manera correcta; es decir que, 113 personas de 241 contestaron correctamente, en la pregunta número 34 la respuesta esperada fue el literal “A” la cual los padres participantes respondieron en un 49% de manera correcta; es decir que, 118 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 35 la respuesta esperada fue el literal “D” que las personas participantes respondieron en un 17% de manera correcta; es

decir que, 40 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 36 la respuesta esperada fué el literal “A” que las personas participantes respondieron en un 99% de manera correcta; es decir que, 238 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 37 la respuesta esperada fué el literal “A” que las personas participantes respondieron en un 98% de manera correcta; es decir que, 236 personas de 241 contestaron correctamente, para la pregunta número 38 la respuesta esperada fué el literal “B” que las personas participantes respondieron en un 77% de manera correcta; es decir que, 186 personas de 241 contestaron correctamente, se concluye que la práctica que poseen las personas es la correcta en un 65% e incorrecta en un 35%, lo que significa que las prácticas realizadas son correctas, dando respuesta a la hipótesis del trabajo.

INTERPRETACIÓN:

La práctica es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje, según los datos obtenidos en el presente estudio esta ha sido clasificada como **práctica correcta** ya que la mayoría ha alcanzado los puntos necesarios para dicha clasificación dando respuesta a la hipótesis planteada y que éstos realizan acciones acertadas ante la presencia de infección respiratoria aguda, sin embargo; aún existe un porcentaje significativo de padres que necesitan que dicha práctica sea reforzada para alcanzar un nivel mas optimo, y esto puede lograrse mediante la intervención de los actores locales de salud responsables en dichas comunidades.

**CUADRO N° 52. Tipo de prácticas de los padres
Ante las infecciones respiratorias agudas.**

CLASIFICACION	Frecuencia	% de la Población
Correctas	157	65%
Incorrectas	84	35%
TOTAL	241	100%

Fuente: Cédula de entrevista

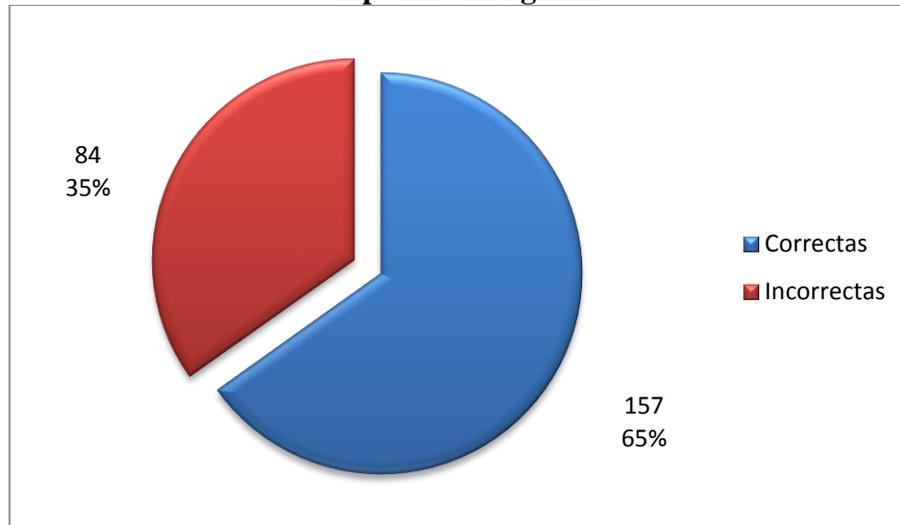
ANALISIS:

En el cuadro anterior se establece que la práctica que realizan los padres de los niños que participaron en la investigación son clasificadas como correctas en el 65% del total de los casos según el rango utilizado en el presente estudio y un 35% están clasificadas como prácticas incorrectas.

INTERPRETACIÓN:

Según el cuadro anterior se aprecia que las prácticas que tienen los padres de los niños que participaron en la investigación son correctas para prevenir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas en un porcentaje mayoritario de los casos; datos obtenidos a través de la cédula de entrevista donde se pudo medir las prácticas tomadas por ellos ante los casos de IRA dando puntajes a las preguntas correspondientes y catalogando como actitudes suficientes o correctas si se obtiene un porcentaje total mayor o igual al 60% e insuficiente o incorrecta si se obtiene un porcentaje total menor del 60%.

GRÁFICO N° 46 Tipo de prácticas de los padres sobre las infecciones respiratorias agudas



Fuente: Datos del cuadro n°52

6. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación se realizó en las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) Gualache, Tecapán; Las Trancas, Ozatlán ubicadas en la zona rural y en la UCSF urbana de Santa Elena todas ubicadas en el Departamento de Usulután, esta última atiende además de población urbana a personas procedentes del área rural.

Luego de la aplicación del instrumento de medición a la población en estudio, los datos fueron procesados manualmente y llevados a una tabla matriz, en el cual cada uno de ellos se codificó para ser presentado en cuadros estadísticos. Seguidamente se realizó su respectivo análisis e interpretación utilizando para ello la base teórica propuesta; los resultados encontrados fueron los siguientes:

Datos Generales de la Población Encuestada

Edad de los Padres

En relación a la edad de los padres, se encontró que de 241 (100%) de encuestados, 161 (67%) tiene edad comprendida entre 20 a 35 años, seguido por el grupo etáreo de padres de 15 a 19 años con un total de 40 (17%) y por el grupo de 36 a 45 años con un total de 33 (14%) de y un 3% de la población a la cual se realiza la entrevista corresponde a 46 años o más.

De lo observado se evidencia que el grupo que predomina es el de las madres adultas jóvenes, etapa que se caracteriza por que la madre o el encargado ha adquirido madurez psico-emocional y una madurez sexual, en donde asume con responsabilidad lo concerniente al hogar, trabajo, cuidado del niño, prevención de enfermedades, entre otros.

Número de Hijos

En relación con el número de hijos tenemos que de 241 (100%) de madres o encargados encuestados 93 (39%) tienen 2 hijos, un total de 69 (29%) tienen 3 hijos, 66 (27%) tienen solo un hijo y un total de 13 (5%) tienen 4 o más.

De tal manera que el mayor porcentaje está dado por las madres que tienen de 2 a más hijos, lo cual podría deberse a la edad de la mayoría de las madres, aun en etapa de la reproducción como también a prácticas de planificación familiar no estudiadas, se considera que el número de hijos permite a las madres poder brindar los cuidados necesarios, educación y salud que requiere el niño para su crecimiento y desarrollo óptimo.

Alfabetización

Los resultados encontrados en la presente investigación indican que de 241 (100%) de la población en estudio encuestada un total de 220 (91%) sabe leer y escribir y que solo 21 (9%) del total de la población no lo sabe.

De tal manera este dato es de total importancia ya que de esto depende el manejo adecuado del niño y de llevar a cabo las indicaciones médicas para su tratamiento y de esta manera prevenir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas. Como se sabe, el nombre del medicamento, la presentación vía de administración y su dosificación van anotados en cada frasco, por ello la madre o cuidador debe saber correctamente cada una de estas.

Nivel de escolaridad

Se encontró que de un total de 241 (100%) madres encuestadas 72 (30%) ha cursado entre el primer y el sexto grado, 68 (28%) han cursado entre el 7° y el 9°, y 66 (27%) es bachiller, 19 (8%) no han cursado ningún grado escolar y que 16 (7%) del total es universitario, a diferencia del estudio realizado por Ávila y cols quien encontró que la población en su estudio no sabía leer ni escribir en un 38.6%

Lo que indica que la mayor parte de las madres o encargados pueden adquirir y recepcionar los conocimientos científicos de salud básicos con más facilidad, lo que le permite adoptar medidas más convenientes y oportunas en la prevención de las complicaciones y en general en el cuidado de su salud. Llevar a la práctica las indicaciones dadas por el profesional de la salud de acuerdo al grado de comprensión de la misma, cumplir el tratamiento brindado e identificar las complicaciones de la infección respiraría aguda.

Procedencia del padre o cuidador

Los resultados del estudio evidencian que de 241 (100%) de los encuestados 172 (71%) residen en el área rural y que 69 (29%) corresponde a personas procedentes del área urbana.

Dada la ubicación geográfica de 2 de las 3 Unidades Comunitarias de Salud Familiar donde se llevó a cabo el estudio se evidencia que la mayor parte de los encuestados reside en la zona.

Profesión u oficio

Se destaca que las personas que participan en el estudio son amas de casa en un 74% del total de la población es decir 179 del total de 241 madres, un 14% son empleados formales, un 10% son empleados informales y el 2% tiene negocio propio en el hogar. La gran mayoría son amas de casa con lo cual se entiende que son las personas que tienen más contacto con los niños y quienes toman la decisión del momento indicado para consultar al establecimiento más cercano.

Las molestias principalmente reconocidas por los padres ante las IRA son tos, dolor de garganta, secreción nasal, cansancio en un 37% el resto reconocen al menos una de las anteriores dato que se respalda con la definición hecha por la OMS en 1977 en cuanto a la medicina tradicional que es la suma de los conocimientos prácticos y teóricos explicables o no basados en experiencias y observaciones transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra³⁸, el principal signo de peligro que reconocen es la

fiebre alta en un 39, acompañada con aleteo nasal, respiración rápida hundimiento de las costillas al respirar y cambio de color en su piel en un 46%, el 92% de la población considera que vacunar oportunamente al niño previene las IRA y el 99% tienen el esquema completo de vacunación el poner en práctica este conocimiento es de vital importancia para prevenir tanto la aparición como la prevención de las complicaciones de la IRA así por ejemplo en el Esquema Nacional de Salud están contemplada la aplicación de la BCG que previene las formas graves de la tuberculosis, la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* previniendo las formas de la influenza, y actualmente se cuenta con el beneficio de la vacuna contra el neumococo que previene las formas graves de la neumonía y la meningitis, el 83% de los niños recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses dato que concuerda con el estudio realizado en Cuba por Abregu en 1999 quien afirma que la lactancia materna puede proteger contra la IRA mediante un cierto número de mecanismos, incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas, las células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes²⁵, el 83% consideran que la alimentación adecuada previene las IRA lo que reitera el planteamiento por Mario Fernández en 1998, Cuba, en su estudio de factores predisponentes de IRA en niños indica que la desnutrición en los niños les predispone a enfermedades infecciosas y estas enfermedades por ser muy graves y prolongadas en ellos tienden a causar deterioro en el estado de nutrición ya precario en el niño²², 94% consideran que abrigar al niño previene las IRA ya que según Whaley Wong en el tratado de Enfermería pediátrica, España, señala que Posiblemente tenga cierto fundamento, la idea de que los pies húmedos, fatiga y la exposición al frío pueden iniciar infecciones respiratorias ya que se sabe que se presentan los cambios reflejos de la mucosa nasal cuando se enfría bruscamente el cuerpo, es probable de que esto valla seguido de pérdida temporal de la resistencia local a los tejidos y que permite la invasión de bacterias o de virus ya presentes en las vías aéreas”²⁷.

El 77% del total de madres le dedican 4 horas o más si tiene IRA, tomando en cuenta la definición de actitud que es la forma de actuar de una persona o el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas las madres prestan mayor atención a sus hijos

cuando estos están enfermos ya que el objetivo es prevenir las complicaciones de las IRA, el 93% refieren que siempre lo lleva a consultar cuando tiene IRA, el 87% consulta en la unidad de salud, el momento más indicado para consultar es en un 37% cuando inicia la fiebre y un 33% al ponerse cansado, 39% consideran que si no lo llevan a consulta es porque no lo consideraron necesario al comparar estos datos con el estudio de SOB llevado a cabo por Beatriz Moreno en abril de 2005 en Córdoba, Argentina, donde se consideró como signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e identificó la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos (51.9% y 48.1% respectivamente). Sólo 35.7% acudió a un centro de salud por estos síntomas en las primeras 24 horas según dicho estudio¹², el 100% pone en práctica las recomendaciones medicas lo que es totalmente imprescindible para recuperar la salud y prevenir las complicaciones.

Al presentar fiebre un 47% le aplica pañitos con agua, le da acetaminofén, le pone ropa cómoda y aumenta la ingesta de líquidos, el 50% le da jarabe o antibiótico para disminuir los síntomas de las IRA, Olivera en 1997 en los resultados de su estudio describe que los remedios caseros más usados fueron los "calientes" (líquidos aromáticos en infusiones, frotaciones y jarabes caseros). Las automedicaciones más usadas fueron las gotas y jarabes. Las madres buscaban atención médica en tres momentos: a) Niño enfermo más de 2 días, b) Tos muy prolongada, y c) La automedicación era ineficaz, según dicho estudio la medida específica preventiva más importante fue evitar las bebidas y baños fríos⁶. Además en el presente estudio se realizó una evaluación del cuadro clínico encontrando que al momento de la consulta ningún niño presentaba complicación, se verifico la comprensión de las indicaciones médicas por parte de los padres o encargados, se constató verbalmente el cumplimiento de éstas a las 72 horas de la consulta y al final se encontró que un 95% de los niños presento mejoría, el 5% continuaba igual y 2 niños presentaron complicación por lo que se refirieron al 2º nivel de atención según las guías clínicas de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (ver anexo n°2).

7. CONCLUSIONES

- En relación a los datos socio-demográficos de los padres que participaron en estudio se establece que de 241 (100%) de encuestados, 67%, tiene edad comprendida entre 20 a 35 y que un 39% tienen 2 hijos, el 91% sabe leer y escribir, 28% han cursado entre el primer y el sexto grado, 71% residen en el área rural dada la ubicación geográfica de 2 de las 3 Unidades Comunitarias de Salud Familiar donde se llevó a cabo el estudio, destacando que el 74% de las personas que participaron en el estudio son amas de casa.
- Con base en los datos obtenidos en el presente trabajo de investigación se establece que: En cuanto a los conocimientos 184 padres de familia de un total de 241 alcanzaron el nivel de conocimiento suficiente con un porcentaje del 76% y un total de 57 padres de familia obtuvieron el nivel de conocimiento insuficiente con un porcentaje del 24%.
- Con respecto a las actitudes que tienen los padres de familia con respecto a las infecciones respiratorias agudas, de un total de 241 padres encuestados, 152 de ellos alcanzaron el nivel de actitud correcta lo que representa el 63% y 89 padres de familia obtuvieron actitud incorrecta con un porcentaje del 37%.
- Existen 157 padres de familia que tienen prácticas correctas alcanzando el 65% y 84 padres de familia realizan prácticas incorrectas lo que corresponde al 45%.
- Los padres de familia reconocen en un 37% la tos, el dolor de garganta, secreción nasal y el cansancio como molestias presentes en las IRAS, el resto reconoce al menos una de las anteriores.
- La fiebre alta, la respiración rápida, el hundimiento de las costillas al respirar, y el cambio de color en la piel son reconocidos como signos de peligro en un 46% de estos sobresale la fiebre en un 39%.

- El 92% de los padres sabe que el vacunar oportunamente al niño evita problemas respiratorios, el 99% de los niños poseen esquema completo de vacunación.
- 83% de los padres manifiesta que el darle lactancia materna y una adecuada alimentación protege a los niños de IRA.
- El 94% de los padres abriga a sus hijos para prevenir las IRAS
- La actitud tomada por los padres en el presente estudio es que el 87% de estos llevan sus hijos en primera instancia a la unidad de salud ante las IRAS, cuando el niño presenta fiebre en un 37% y en un 33% cuando se pone cansado cumpliendo con el 100% de las indicaciones medicas, dedicando 4 horas o más al cuidado del niño en un 77% y en caso de no llevarlo consultar es porque no lo considero necesario en un 39%.
- Las prácticas realizadas por los padres de los niños incluyen ante la presencia de fiebre ponerle ropa cómoda, aplicar pañitos con agua, aumentar la ingesta de líquidos, dar acetaminofén en un 47%, el resto aplica al menos una de las prácticas anteriores.
- 98% de los padres acuden a los controles infantiles cuando se les ha programado.
- Sobre la lactancia materna 49% refieren que dieron pecho y 45% pecho y pacha hasta los 6 meses de edad
- 99% de los padres abriga adecuadamente a sus hijos ante cambios bruscos de temperatura.
- Las medidas aplicadas para disminuir los síntomas de las IRAS en los niños fueron en un 50% administrar jarabe y/o antibióticos, en un 17% le frotan el pecho, un 16% le dan tomas de hierbas y un 17% le da líquidos tibios y/o lo abriga evidenciándose la automedicación en la población en estudio.

8. RECOMENDACIONES:

a. Recomendaciones a los padres de familia

- Evitar el uso de jarabes comerciales, o algún otro medicamento, sin conocer su utilidad, ya que pueden retrasar la curación y generar resistencia bacteriana ya que el tratamiento más eficaz para prevenir y tratar a los niños con IRA siempre será prescrito por el médico y no por otra persona.
- Dar lactancia materna exclusiva a sus hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.
- Continuar asistiendo puntualmente a los controles infantiles y no descuidarse de la aplicación de vacunas correspondiente a la edad del niño.
- Si existe duda sobre la identificación de signos de peligro pedir asesoría al personal de salud correspondiente.

b. Recomendaciones a los Médicos

- Orientar a la población general sobre las consecuencias nocivas que trae consigo la automedicación.
- Reforzar mediante charlas educativas los conocimientos, actitudes y prácticas que deben realizar los padres para prevenir las complicaciones de las IRAS.
- Actualizarse constantemente sobre el manejo adecuado de las infecciones respiratorias agudas principalmente en los niños menores de 5 años.
- Estar vigilante de las epidemias de IRAS registradas en el Área Geográfica de Influencia y realizar las medidas necesarias para evitar su progresión.

c. Recomendaciones al Ministerio de Salud

- Fortalecer y orientar a los padres o encargados de los niños sobre conocimientos, actitudes y prácticas en cuanto a la importancia que estos tienen en la prevención de la aparición de IRA y en la prevención de las complicaciones cuando ésta ya existe.
- Que se capacite y evalúe constantemente al personal de salud en el manejo de la guía AIEPI para la atención de las enfermedades prevalentes en la infancia.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nelson Tratado de Pediatría 18va Edición – R. E. Behrman, R. M. Kliegman, H. B. Jenson, United States. Ed Saunders. sección 2: vías respiratorias altas, capítulo 376, Pág. 1747.
2. Organización Mundial de la Salud. Infecciones respiratorias agudas: guía para la planificación, ejecución y evaluación de programas de control en atención primaria de salud. Washington, DC: OMS, 2006. (Documento WHO/RSD/86.29 español)
3. Organización Mundial de la Salud. “Bases Técnicas para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de las Infecciones Respiratorias Aguda en el Primer Nivel de Atención” 1999, Lima-Perú.
4. Organización Mundial de la Salud. Infecciones respiratorias agudas: guía para la planificación, ejecución y evaluación de programas de control en atención primaria de salud. Washington, DC: OMS, 2006. (Documento WHO/RSD/86.29 español)
5. SAENZ DE TEJADA, Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Guatemala. 1997. URL, disponible <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>
6. Meza Olivera, Mauro Pablo. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños con infecciones respiratorias agudas que asisten al Hospital de Apoyo J.A.M. O Tumbes. Fronteras Medicas; 5(1):30-8, 40-7, 1997.

7. VARELA MALAGON, Claudia Patricia. Creencias y prácticas de las madres y personas a cargo de los menores de 5 años de la comunidad de Sopo, sobre la I.R.A. Brasil 1998. URL, disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>
8. VALDÉS ROQUE, Ana Iris; MARTÍNEZ CANALEJO Humberto. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. Cuba.1999. URL, disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
9. CUJIÑO Martha Lucía, MUÑOZ Lorena. 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. Colombia. 1999. URL, disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/ira.html>
10. ROMERO HERNÁNDEZ, Claudia y col. Creencias sobre infecciones respiratorias aguda en niños menores de cinco años: estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca. México. 1999. URL, disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
11. Avila, Henne, Thurston. Conocimientos y Prácticas sobre Nutrición Infantil, enfermedades Diarreicas y Respiratorias en Lempira, Honduras. Revista Médica de Honduras 2001. Págs. 52-61.
12. Beatriz Moreno. Síndrome Obstructivo agudo. Córdoba. Argentina. Abril 2005. URL, disponible en: http://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/revisiones/revision%20.20%20sindrome%20bronquial%20obstructivo.pdf.

13. http://vigepes.salud.gob.sv/vmonitor.php?FormName=patenfe&FormAction=search&sano=2011&sema=52&spat=0&senfe=0&s_te=1&s_ins=1&s_na1=0&s_na2=0&s_est=0&s_dep=0&s_mun=0, Consultado 18/07/2012
14. http://simmow.salud.gob.sv/etagrph.php?FormName=buscar&FormAction=search&s_fecha=01%2F01%2F2011&s_fecha1=31%2F12%2F2011&s_est=99&s_lista=221&s_causa=10&s_dep=0&s_tipodiag=0, Consultado 18/07/2012
15. URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/acutebronchitis.html>
16. SAVIO LARRIERA, Eduardo. Guías de tratamiento – Infecciones Respiratorias Agudas. Montevideo – Uruguay: Ed. Pascual; 2005.
17. BENGUIGUI, Yehuda. Infecciones Respiratorias en niños. OPS/OMS. Serie HCT AIEPI – 2.E - 1997. URL disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi-2-0.pdf>
18. Russel, Bertrand “El Conocimiento Humano” quinta edición. Editorial Tourus SA. 1998 España.
19. Villapando, José “Ciencia y Conducta Humana” Editorial Orbis S.A. Barcelona España.
20. Bunge, Mario “La Investigación Científica” Editorial Ariel S.A. 1985, Madrid España.
21. Fernández, Mario “Factores Predisponentes de Infecciones Respiratorias Agudas en el niño” 1998, Cuba.

22. BENGUIGUI, Yehuda. Infecciones Respiratorias en niños. OPS/OMS. Serie HCT AIEPI – 2.E - 1997. URL disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi-2-0.pdf>
23. Mulholland, George. “La neumonía en los niños con desnutrición grave” 1996, Noticias sobre IRA.URL, disponible en: <http://new.paho.org/hq/>, Consultado 18/07/2012
24. Abregú, Gerardo “Infecciones Respiratorias Agudas” 1999 Cuba. URL, disponible en: <http://new.paho.org/hq/>, Consultado 18/07/2012
25. Morley, David “prioridades en la salud infantil”. Editorial Paltex. 1997, México
26. Whaley, Wong “tratado de enfermería pediatría” Editorial Interamericana. Quinta Edición 1998 España.
27. LINARES GIL, Cristina. Contaminación atmosférica y salud infantil. [Revista online] En Revista El Ecologista. Núm. 40. España; 2004. URL disponible en: <http://new.paho.org/hq/>
28. Revista Panamericana de Salud Pública. El tabaquismo de los padres y su efecto en la susceptibilidad de hijos menores de un año a las infecciones respiratorias bajas. [Revista online] Vol.13 - Num.4. OPS. 2003 Abril. URL disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-9892003000300010&script=sci>
29. Enfermedades del Tórax. Vol. 43. Nº 1. - U.N.M.S.M. Perú. 2000.
URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/enfermedades_torax

30. Benguigui Y. El control de las IRA: logros y resultados. Noticias sobre IRA (OPS, Washington, DC) 1998; Sept.
31. Benguigui Y. La situación del control de las infecciones respiratorias agudas en América Latina. Noticias sobre IRA (OPS, Washington, DC). 1998; Jun-Sept
32. GARRIDO MIRANDA, José Miguel. Creencias sobre el rol de las tecnologías de información y comunicación en la formación inicial de docentes: Explorando las diferencias entre estudiantes y docentes universitarios. [Tesis Doctoral] España: Universidad de Barcelona; 2007. URL disponible en:
http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0120110-134523//
33. AGUILA, Arnoldo. La esencia humana, artificio vs natura. URL disponible en:
<http://www.arnoldoaguila.com/creencia.html>
34. MELGUIZO HERRERA, Estela. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. [serial online] Vol. 16. N. 1. Colombia: Edit. Avances en Enfermería; 2008 Ene/Jun. URL disponible en:
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_12.pdf
35. NAVARRO BELTRÁN, E. y col. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12° ed. Barcelona: Ed. Salvatierra; 1992.
36. SALAVERY GARCIA, Oswaldo. Historia de la medicina peruana del siglo XX. Perú: Ed. UNMSM. 2000. URL disponible en:
<http://books.google.com.pe/books>

37. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005. WHO/EDM/TRM/2002.1. URL disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
38. SALAVERY GARCIA, Oswaldo. Historia de la medicina peruana del siglo XX. Perú: Ed. UNMSM. 2000. URL disponible en:
<http://books.google.com.pe/books>
39. RENTERIA JIMENEZ, Carlos Ariel. Validación de tratamientos basados en medicina tradicional dirigidos a la cura de enfermedades de alta ocurrencia mundial y nacional. Instituto de Investigaciones Ambientales del Pacífico “John Von Neumann”. Colombia; 2008. URL disponible en:
http://www.iiap.org.co/apc-afiles/INFORME_MEDICINA_TRADICIONAL.pdf
40. WAIZEL BUCAY, José y WAIZEL HAIAT, Salomón. Algunas plantas utilizadas popularmente en el tratamiento de enfermedades respiratorias. Parte I. Revista Medigraphic. Vol. 50. N. 4. México; 2005.
41. Healthday News, traducido por Dr. Tango. Relacionan el Vickvaporuv con problemas de respiración infantiles. 2009. URL disponible en:
<http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal21079.htm>
42. ABANSES, Juan Carlos. Vicks Vaporub Induces Mucin Secretion, Decreases Ciliary Beat Frequency, and Increases Tracheal Mucus Transport in the Ferret Trachea. [Revista online] URL disponible en:
http://www.iiap.org.co/apc-afiles/INFORME_MEDICINA_TRADICIONAL.pdf
43. Pallar del T., Plantas Útiles para Emergencia y Primeros Auxilios, II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Área Farmacognosia, Lima-Perú, Junio, 1988

44. LANTIGUA, Isabel. El falso mito de la vitamina C para el resfriado. 2007.

URL disponible en:

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/07/18/medicina.html>

45. CONOCIMIENTOS Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHEREIRBER, OCTUBRE NOVIEMBRE, 2001. Honorio Quiroz, Carmen Roxana

URL disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/honorio_qc/Introd.pdf

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 1 GLOSARIO

Actitud:

Es la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.

Ama de casa:

Es considerada, la mujer que tiene, como ocupación principal, el trabajo en el hogar con los quehaceres domésticos tales como: el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar.

Bronquitis aguda:

Consiste en una respuesta inflamatoria transitoria del árbol traqueo bronquial, generalmente asociada a procesos infecciosos. Es una de las causas más frecuentes de ausencias escolares; consideradas la quinta enfermedad en frecuencia de diagnóstico por los médicos de familia.

Complicación:

Fenómeno que sobreviene en el curso de las infecciones respiratorias agudas distinto de las manifestaciones habituales de estas y consecuencias de las lesiones provocadas por ellas y que generalmente agravan su pronóstico.

Conocimiento:

Bertrand plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos.

Creencia:

Según Arnoldo Águila una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no verdad en términos objetivos.

En una creencia todos aquellos individuos que compartan dicho deseo darán por buena una proposición y actuarán como si fuese verdadera (aunque no lo sea).

Empleo formal:

Es aquel que proporciona el Estado o la iniciativa privada. Tributa al estado, es sujeto de estadística, es legal, reúne al sector público y al sector privado moderno, generalmente cubiertos por sistemas de protección.

Empleo informal:

El empleo informal en relación de dependencia, también llamado empleo no registrado, empleo en negro o empleo sin contrato, se caracteriza por constituir la relación laboral que no cumple formalidades legales.

Faringitis

Es la inflamación de la mucosa que reviste la faringe.

Faringoamigdalitis:

Es la inflamación aguda de las amígdalas y faringe, caracterizada por odinofagia y modificación de su aspecto. En los menores de 3 años es más frecuente la etiología viral (rinovirus, coronavirus) y en los mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana (streptococcus del grupo A).

Hacinamiento:

El hacinamiento refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles, es decir; amontonamiento, acumulación, aglomeración en un mismo lugar de un número de persona

Primer nivel de atención:

Es la unidad básica integrante de la Red de Servicios que permite la extensión de coberturas, a través de las actividades de **promoción, prevención, curación y control** donde participan la familia, médicos tradicionales, responsables de salud y organizaciones comunitarias, de acuerdo a su capacidad resolutive

Segundo nivel de atención:

Este nivel está compuesto por las especialidades de: Internación hospitalaria (Pediatria, Gineceo-obstetricia, Cirugia General y Medicina Interna; con apoyo de anestesiología, y servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento).

Tercer nivel de atención:

El hospital es una empresa social, con funciones de asistencia, enseñanza e investigación. Cuenta con personal especializado y con los medios técnicos para desarrollar actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con orientación preventiva dirigida a la persona, familia y comunidad, con atención en servicios de emergencia, consulta y hospitalización las 24 horas durante todo el año y cuenta mínimamente con 20 camas.

Infección respiratoria aguda:

Son un complejo conjunto de afecciones clínicas de diferente etiología y gravedad que comprometen una o más partes del aparato respiratorio, tiene una duración menor de 14 días.

Medicina Tradicional:

La OMS en 1977, definió la medicina tradicional como “La suma de conocimientos prácticos y teóricos explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales basados exclusivamente en la experiencia y las observaciones, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra”

Morbilidad:

Es la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

Mortalidad:

Indica el número de fallecimientos de una población en concreto por cada 1000 habitantes, durante un período de tiempo determinado, este puede ser durante un año.

Neumonía aguda:

Es la infección del parénquima pulmonar causada por la agresión de microorganismo, particularmente virus y bacterias. La neumonía adquirida en la comunidad es aquella en que las manifestaciones clínicas se inician en el ambiente extra hospitalario. También se incluyen las iniciadas hasta 72 horas después del ingreso al hospital.

Práctica:

Debe entenderse en primera instancia como la exposición reiterada a una situación concreta (estimulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada.

Prevención:

Según la OMS medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo si no también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

Resfriado común:

También llamado catarro común. Es una enfermedad viral aguda, auto limitada, de carácter benigno y trasmisible, se presentan durante todo el año, aunque se producen más en los meses fríos en climas templados.

Rinitis:

Es una inflamación de las membranas mucosas de la nariz. Puede clasificarse como infecciosa, alérgica o no alérgica.

Suficiente.:

1. Que es bastante o llega a la cantidad, grado o número mínima imprescindible.
2. Que está capacitado o es adecuado para lo que se necesita

Insuficiente:

1. Que no es bastante para lo que se necesita.
2. Nota o calificación académica que indica que no se ha llegado al nivel mínimo exigido para aprobar; es inmediatamente inferior al aprobado.

**Anexo n°2 Guías clínicas de Atención Integral a las Principales
Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)**

Guía de Atención Integral en Salud a niños y niñas menores de 5 años

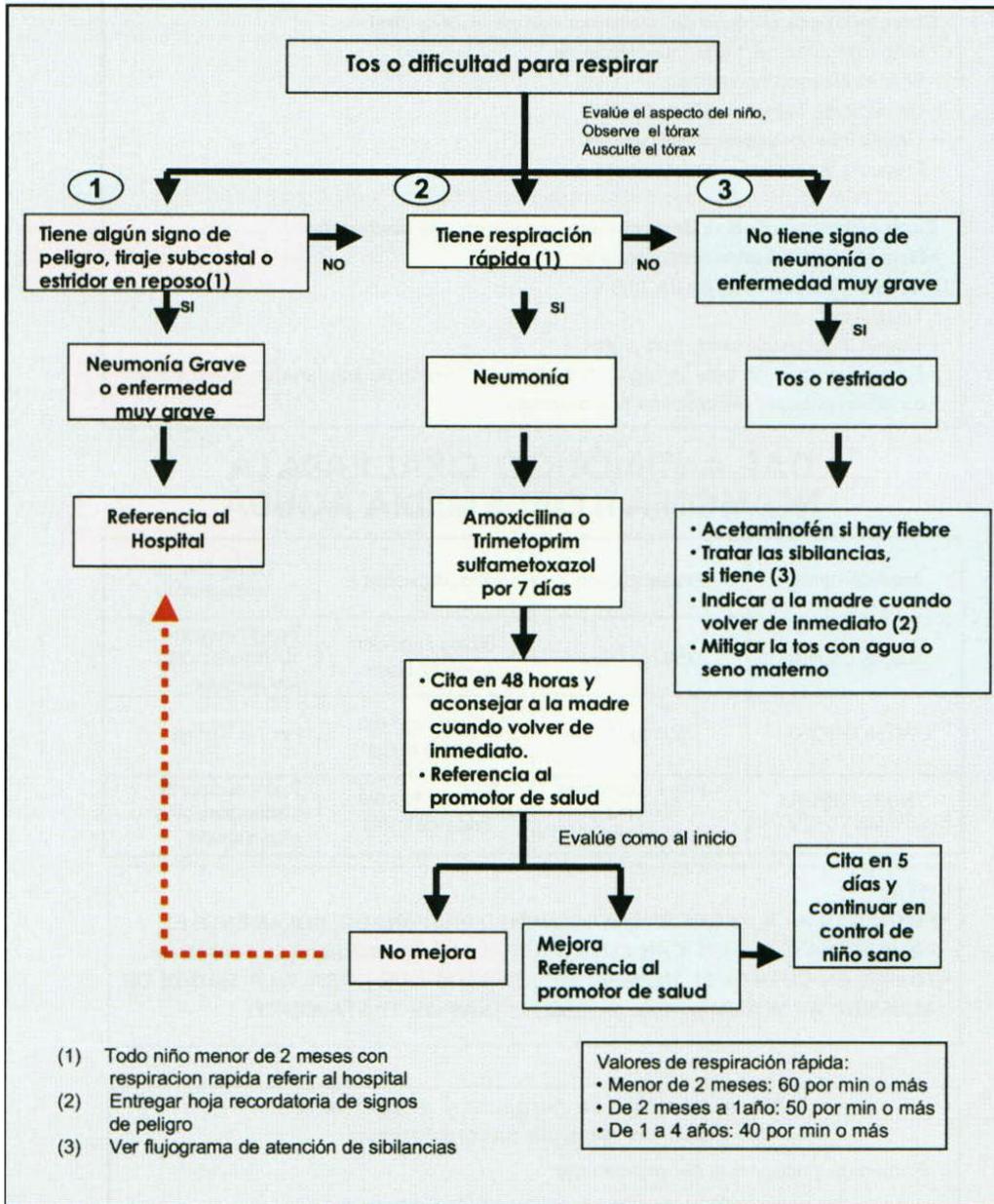
II. ¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

<p>SILA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR</p> <p>¿Desde cuándo?</p>	<p>OBSERVAR, ESCUCHAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones durante un minuto. • Verificar si hay tiraje subcostal. • Determinar si hay estridor en reposo. • Determinar si hay sibilancias 	}	<p>El niño tiene que estar tranquilo</p>
--	--	---	--

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal o • Estridor en reposo 	<p>NEUMONÍA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles • Acompañar al niño (a) al hospital • Considerar acceso venoso permeable
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida* 	<p>NEUMONÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el tipo de Neumonía según etiología (ver pág. 60) • Si es bacteriana dar un antibiótico apropiado durante 7 días (ver pág 60) • Tratar las sibilancias*, si tiene (Ver pág. 61 y 62) • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Ver pág. 54), entregue a la madre una hoja recordatoria de COSIN: ¿Que hacer si su niño (a) tiene tos o dificultad para respirar? • Hacer cita para reevaluar en 2 días después (Ver pág. 63)
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave 	<p>TOS O RESFRIADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si hace más de 15 días que el niño tiene tos, proceder de acuerdo a norma para tuberculosis • Tratar las sibilancias, si tiene (Ver pág. 61 y 62) • Mitigar la tos con un remedio casero inocuo a partir de los 6 meses de edad (Ver pág. 60) • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Ver pág. 54), entregue a la madre una hoja recordatoria de COSIN ¿Qué hacer si su niño (a) tiene tos o dificultad para respirar? • Recomendar a la madre que continúe con lactancia materna

*** NOTA: Paciente con respiración rápida más sibilancias considerar BRONQUIOLITIS (ver guía de atención de las enfermedades NO prevalentes de la infancia**

III. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR (NEUMONÍA)



NOTA:
ESTE FLUJOGRAMA DEBE ESTAR EN EL CONSULTORIO.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NEUMONÍA SEGÚN ETIOLOGÍA

Signos y síntomas de acuerdo a la etiología más probable:

Características clínicas de pacientes con neumonía viral

- Niño (a) menor de 1 año muy frecuente
- Sibilancias muy frecuentes
- Usualmente fiebre menor de 38.5°C
- Tirajes Intercostales muy frecuentes
- Frecuencia respiratoria aumentada

Características clínicas de pacientes con neumonía bacteriana

- Niño (a) de 1 a 4 años muy frecuente
- Usualmente fiebre mayor de 38.5°C
- Taquipnea
- Tirajes Intercostales muy frecuentes
- Las sibilancias no son un signo frecuente de neumonía bacteriana (a excepción de la causada por *Mycoplasma pneumoniae*)

DAR ANTIBIÓTICO ORAL PARA LA NEUMONÍA U OTITIS MEDIA AGUDA

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
AMOXICILINA	250 mg / 5ml	80 mg / kg / día cada 12 horas	• 7 para neumonía • 10 días para otitis media aguda
ERITROMICINA	250 mg / 5ml	40 mg / kg / día cada 8 horas	• Por 7 a 10 días.
TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL	40 mg trimetoprim+ 200 mg sulfametoxazol por 5 ml	10 mg / kg / día cada 12 horas	• 7 para neumonía • 10 días para otitis media aguda

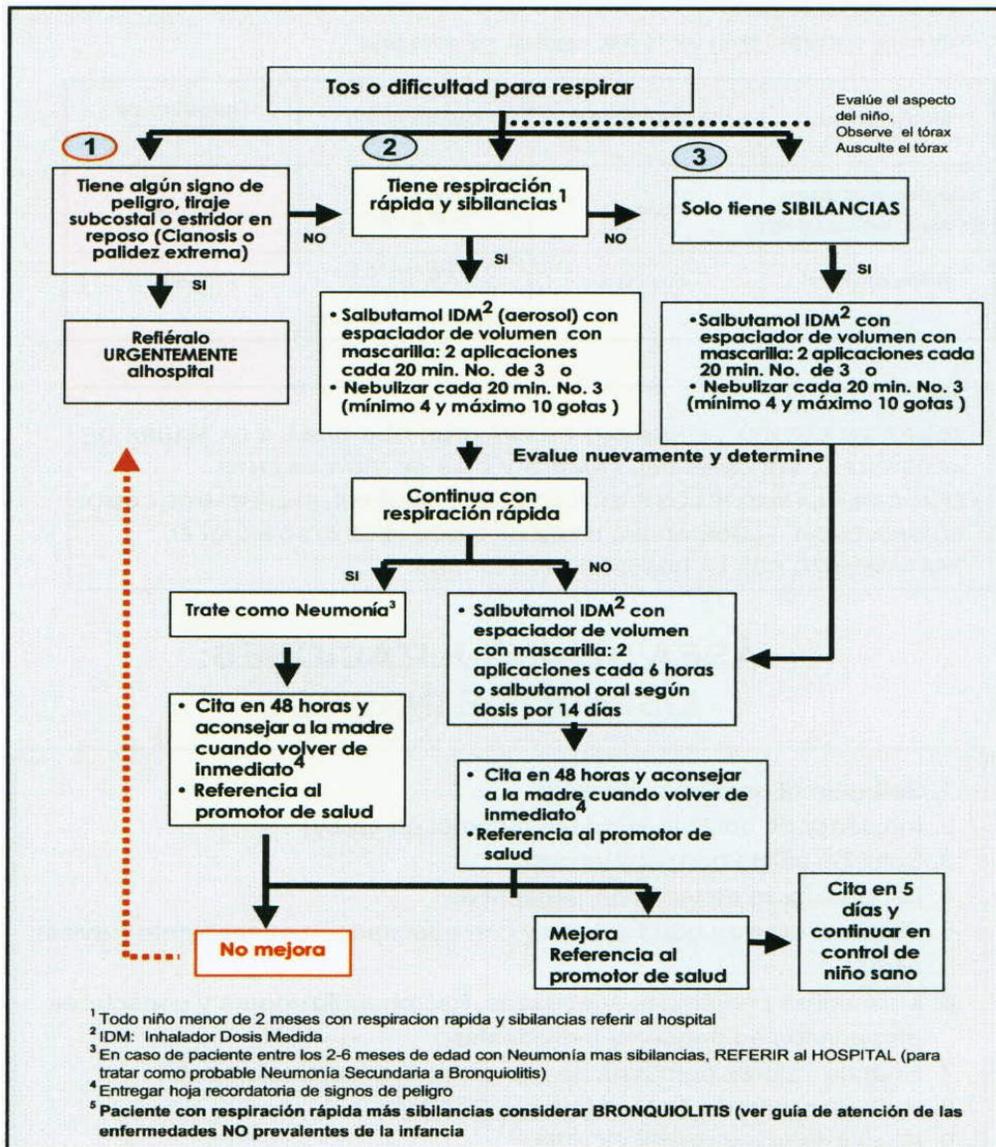
NOTA:

- ENTREGAR A LA MADRE EL MEDICAMENTO PREPARADO, SOLAMENTE EL PRIMER FRASCO, EXPLICAR COMO PREPARAR LOS SIGUIENTES FRASCOS.
- TOMAR EN CUENTA EL NÚMERO DE FRASCOS QUE DARA A LA MADRE DE ACUERDO AL VOLUMEN DEL FRASCO Y DÍAS DE TRATAMIENTO

Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio casero inocuo

- Remedios inocuos que se recomiendan:
 - Agua con manzanilla (para niños /as mayores de 6 meses a 1 año)
 - Agua miel, agua con eucalipto, agua con manzanilla (para niños /as mayor de 1 año)
- Medicamentos cuyo uso NO se recomienda en tos o dificultad para respirar por ser nocivos en los menores de 5 años según medicina basada en evidencia, son los siguientes: antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos y mucolíticos.

IV. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS CON SIBILANCIAS



NOTA:
ESTE FLUJOGRAMA DEBE ESTAR EN EL CONSULTORIO Y EN EL ÁREA DE NEBULIZACIONES.

TRATAMIENTO EN CASA CON BRONCODILATADOR:

- Salbutamol inhalador de dosis medida (IDM) con espaciador de volumen con mascarilla: 2 aplicaciones cada 6 horas por 14 días ó
- Salbutamol oral cada 6 horas por 14 días, según las siguientes dosis:

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de tratamiento
Salbutamol inhalador de dosis medida (IDM)	Spray	2 aplicaciones cada 6 horas	14 días
Salbutamol oral	2mg / 5ml	0.15 mg / kg / dosis cada 6 horas (Si sobrepasara de 2 mg)	14 días

NOTA:

- **TOMAR EN CUENTA EL NÚMERO DE FRASCOS QUE DARÁ A LA MADRE DE ACUERDO AL VOLÚMEN DEL FRASCO Y DÍAS DE TRATAMIENTO.**
- **EXPLICAR A LA MADRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL SALBUTAMOL COMO: SOMNOLENCIA, TAQUICARDIA, TEMBLOR Y QUE DEBE CONTINUAR EL TRATAMIEINTO CON LA DOSIS RECOMENDADAS.**

ÁREA DE NEBULIZACIONES: LISTADO DE INSUMOS

1. Salbutamol para nebulización
2. Inhalador de dosis medida (salbutamol en spray)
3. Solución salina normal y jeringas
4. Espaciadores de volúmen pediátricos
5. Compresores en buen estado y con adecuado mantenimiento (revisar filtros)
6. Mascarillas pediátricas adecuadas, micronebulizadores y conectores empacados en paquetes individuales
7. Hoja de valores normales de signos vitales (para referencia)
8. Hoja recordatoria de la estrategia COSIN.
9. Póster de la estrategia COSIN.
10. Flujograma de manejo de sibilancias

CITA PARA REEVALUAR AL NIÑO (A) CON NEUMONIA Y SIBILANCIAS

- Atender al niño(a) que regresa para una consulta de reevaluación y control de acuerdo con las instrucciones de los recuadros que correspondan a las clasificaciones anteriores del niño(a).
- Si el niño(a) presenta un problema nuevo, evaluar, clasificar y tratar el problema nuevo según el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.

• NEUMONÍA

Después de dos días:

Examinar al niño(a) para determinar si presenta signos generales de peligro.

Evaluar al niño(a) para determinar si tiene tos o dificultad para respirar

} Consultar el cuadro
EVALUAR Y CLASIFICAR
con tos o dificultad para
respirar

Preguntar

¿El niño(a) respira más lentamente?

¿Le bajó la fiebre?

¿El niño(a) está comiendo mejor?

Tratamiento:

- Si hay tiraje subcostal o algún signo general de peligro, referir URGENTEMENTE al hospital.
- Si el niño (a) esta con antibiótico y continua con FR rápida y fiebre, continuar con el tratamiento y cítelo para una nueva reevaluación en dos días.
- Si el niño (a) no esta con antibiótico y continúa con FR rápida y fiebre, inicie antibiótico y cítelo para una nueva reevaluación en dos días.
- Si la respiración ya no es rápida, si le bajó la fiebre o si come mejor, continúe igual.

• SIBILANCIAS

Después de dos días:

Examinar al niño(a) para determinar si presenta signos generales de peligro.

Evaluar al niño(a) para determinar si tiene tos o dificultad para respirar

} Consultar el cuadro
EVALUAR Y CLASIFICAR
con tos o dificultad para
respirar

Tratamiento:

- Si hay tiraje subcostal o algún signo general de peligro, referir URGENTEMENTE al hospital.
- Si la frecuencia respiratoria, la fiebre y la alimentación siguen iguales, continuar con el broncodilatador oral o inhalado, e indicar a la madre que vuelva dentro de 2 días o referir al niño si no mejora (ver flujograma en pag. 61)
- Si la respiración ya no es rápida, si le bajó la fiebre o si come mejor, completar el tratamiento con broncodilatadores por 2 semanas.

IX. ¿TIENE EL NIÑO (A) UN PROBLEMA DE GARGANTA?

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA

PREGUNTAR:

- ¿Tiene dolor de garganta?

OBSERVAR, PALPAR:

- Palpar si hay ganglios del cuello crecidos y dolorosos
- Observar si hay exudado blanco en la garganta
- Observar si la garganta está eritematosa

EVALUAR

CLASIFICAR

TRATAMIENTO

<ul style="list-style-type: none"> • Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos y • Exudado blanco en la garganta 	<p>INFECCIÓN BACTERIANA DE GARGANTA*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar una dosis de penicilina benzatínica • Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta (Ver pág. 60) • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5° o más) y/o el dolor (Ver pág. 73)
<ul style="list-style-type: none"> • Garganta eritematosa o • Dolor de garganta sin ganglios del cuello crecidos o dolorosos 	<p>FARINGITIS VIRAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar el dolor de garganta con un remedio casero inocuo (Ver pág. 60) • Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre (38.5° o más) y/o el dolor. (Ver pág. 73) • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato(Ver pág. 54)
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene dolor de garganta ni está eritematosa, ni exudados blancos, ni ganglios crecidos o dolorosos 	<p>NO TIENE FARINGITIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar la molestia de garganta con un remedio casero inocuo (Ver pág. 60)

* Recordar que en los niños (as) menores de 2 años el 80 % son INFECCIONES VIRALES

- Dar un antibiótico para la infección de garganta

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración
PENICILINA BENZATÍNICA	Frasco vial	50,000 UI / kg de peso sin sobrepasar 1,200,000 UI	Dosis única
AMOXICILINA	250 mg / 5ml	80 mg / kg / día cada 12 horas	10 días
ERITROMICINA*	250 mg / 5ml	40 mg / kg / día cada 8 horas	Por 7 a 10 días.

* Si es ALÉRGICO a la Penicilina, dar Eritromicina

Anexo N° 3

Consentimiento Informado

Yo, _____
madre o representante del niño(a) _____,
acepto participar en la investigación sobre: Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen los padres de familia sobre Infecciones Respiratorias Agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar urbana Santa Elena; Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután. Período de septiembre a noviembre de 2012. Teniendo por entendido que esta información brindada será completamente anónima y veraz, se tendrán las consideraciones éticas apropiadas.

Firma de la madre o representante.

Anexo N° 4

Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria Oriental
Departamento de Medicina

Cedula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Objetivo:

Recopilar información sobre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tienen los padres de familia sobre Infecciones Respiratorias Agudas en la prevención de las complicaciones en niños de 1 a 5 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar urbana Santa Elena; Las Trancas, Ozatlán y Gualache, Tecapán en el departamento de Usulután. Período de septiembre a noviembre de 2012.

I DATOS GENERALES DE LA MADRE

- 1 Edad de la Madre

A 15-19	<input type="text"/>	c 36-45	<input type="text"/>
B 20-35	<input type="text"/>	d 46 o más	<input type="text"/>

- 2 Número de hijos

A 1 Hijo	<input type="text"/>	c 3 Hijos	<input type="text"/>
B 2 Hijos	<input type="text"/>	d 4 o más Hijos	<input type="text"/>

- 3 Procedencia:

A Urbano	<input type="text"/>	b Rural	<input type="text"/>
----------	----------------------	---------	----------------------

- 4 ¿Sabe leer y escribir?

a Si	<input type="text"/>	b No	<input type="text"/>
------	----------------------	------	----------------------

- 5 Si su respuesta es sí, cuál es su último grado de estudio

a 1° - 6°	<input type="text"/>	c Bachillerato	<input type="text"/>
b 7° - 9°	<input type="text"/>	d Universitario	<input type="text"/>
		f No ha estudiado	<input type="text"/>

- 6 Profesión u oficio

a Ama de Casa	<input type="text"/>	c Empleado Informal	<input type="text"/>
b Empleado Formal	<input type="text"/>	d Negocio propio	<input type="text"/>

II DATOS GENERALES DEL NIÑO

7 Edad:

a 1-2 años

c 3-4 años

b 2-3 años

d 4 a 5 años

8 Sexo:

a F

b M

9 ¿Cuántas veces enfermó su niño de gripe, resfrío, tos en lo que va del año?

a Ninguna

c 4 – 7 veces

b 1 – 3 veces

d 8 a más veces

10 Diagnostico Actual del niño

a Resfriado Común

d Faringoamigdalitis

b Rinofaringitis

e Bronquitis aguda

c Faringitis aguda

f Neumonía

III DATOS RELACIONADOS A LA VIVIENDA

11 Material de las paredes

a Ladrillo

d Adobe

b Mixta

e Bahareque, carpeta de plástico, tabla.

c Lamina

o bambú

12 Material del piso

a Ladrillo

c Tierra

b Cerámica

d Cemento o madera

13 Material del Techo

a Teja de barro

c Lamina

b Duralita

d Otros

14 Tenencia de mascotas dentro de la vivienda

a Perro

c Ave

b Gato

d Conejo, hámster o reptiles

e Ninguno

15 Utiliza leña para cocinar dentro de la vivienda

a Si

b No

16 Número de personas que habitan en la vivienda

a 2 a 4 personas

c Más de 6 personas

b 4 a 6 personas

17 Cuantas personas duermen en la habitación del niño

a 1 persona

c 3 personas

b 2 personas

d 4 o más personas

18 La habitación de su niño ¿tiene ventanas?

a Si

b No

IV DATOS RELACIONADOS A LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

19 ¿Qué molestia reconoce Ud.? ¿Cuándo su niño presenta problemas respiratorios?

a Tos

d Cansancio

b Dolor de garganta

e Todas las anteriores

c Secreción Nasal

20 ¿Cuál de los siguientes signos o síntomas son de peligro o alarma en el niño?

a Fiebre Alta

d Hundimiento de las costillas al respirar

b Aleteo nasal

e Cambio de color en su piel

c Respiración rápida

f Todas las anteriores

21 El vacunar oportunamente a su niño ¿evita los problemas respiratorios?

a SI

c No sabe

b NO

22 Para la edad del niño cuenta con el esquema completo de vacunación

a SI

c No sabe

b NO

23 El darle lactancia materna exclusiva a su niño ¿Evita los problemas respiratorios?

a SI

c No sabe

b NO

24 El brindar una alimentación adecuada a su niño ¿previene problemas respiratorios?

a SI	<input type="checkbox"/>	c No sabe	<input type="checkbox"/>
b NO	<input type="checkbox"/>		

25 El abrigar adecuadamente al niño(a) previene la aparición de una enfermedad respiratoria

a SI	<input type="checkbox"/>	c No sabe	<input type="checkbox"/>
b NO	<input type="checkbox"/>		

V DATOS RELACIONADOS A LA ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

26 Qué cantidad de tiempo durante el día brinda Ud. al cuidado del niño con enfermedad respiratoria Aguda

a 1 A 2 Horas	<input type="checkbox"/>	c 4 o más	<input type="checkbox"/>
b 3 a 4 Horas	<input type="checkbox"/>		

27 Que situaciones le impiden a usted dedicarle mayor tiempo al niño durante la enfermedad

a El trabajo	<input type="checkbox"/>	c Actividades en el hogar	<input type="checkbox"/>
b Atención a otros hijos	<input type="checkbox"/>	d No aplica o ninguna	<input type="checkbox"/>

28 ¿Siempre que su niño presenta signos y/o síntomas de una enfermedad respiratoria lo lleva al centro de salud a consultar?

a Si	<input type="checkbox"/>	b No	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------	--------------------------

29 ¿Dónde acude usted primero si su niño tiene tos, estornudo, resfriado, malestar general?

a Hospital	<input type="checkbox"/>	c Farmacia	<input type="checkbox"/>
b Unidad de Salud	<input type="checkbox"/>	d No sale, Usted lo medica	<input type="checkbox"/>
		e Privado	<input type="checkbox"/>

30 Cuando considera usted que es el momento más indicado para llevar al niño(a) a consultar

a Se pone cansado	<input type="checkbox"/>	c Al iniciar la Fiebre	<input type="checkbox"/>
b Con hervor de pecho	<input type="checkbox"/>	d Estornuda o tos	<input type="checkbox"/>

- 31 En caso de no llevar al niño a consultar cuando presenta una enfermedad respiratoria es porque:
- | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|---|-----------------|--------------------------|
| a | Queda muy lejos | <input type="checkbox"/> | c | No tiene tiempo | <input type="checkbox"/> |
| b | No lo Considero necesario | <input type="checkbox"/> | d | No tiene dinero | <input type="checkbox"/> |
| | | | e | No aplica | <input type="checkbox"/> |

- 32 ¿Aplica las recomendaciones indicadas por el médico durante la evolución de la enfermedad de su niño?
- | | | | | | |
|---|----|--------------------------|---|----|--------------------------|
| a | Si | <input type="checkbox"/> | b | No | <input type="checkbox"/> |
|---|----|--------------------------|---|----|--------------------------|

VI DATOS RELACIONADOS A LAS PRACTICAS DE LOS PADRES ANTE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

- 33 ¿Qué hace usted si su niño presenta fiebre?
- | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|
| a | Le pone ropa cómoda | <input type="checkbox"/> | c | Le da acetaminofén | <input type="checkbox"/> |
| b | Aplica pañitos con agua | <input type="checkbox"/> | d | Todas las anteriores | <input type="checkbox"/> |
| c | Aumenta la ingesta de líquidos | <input type="checkbox"/> | | | |

- 34 ¿Qué tipo de lactancia da (o dio) a su niño desde que nació hasta los 6 meses de edad
- | | | | | | |
|---|------------|--------------------------|---|---------------|--------------------------|
| a | Solo pecho | <input type="checkbox"/> | b | Pecho y Pacha | <input type="checkbox"/> |
| b | Solo Pacha | <input type="checkbox"/> | d | De todo | <input type="checkbox"/> |

- 35 Qué medidas aplica usted para disminuir los síntomas de una enfermedad respiratoria
- | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------|
| a | Le da jarabe y/o Antibióticos | <input type="checkbox"/> | c | Le da tomas de hierbas | <input type="checkbox"/> |
| b | Le frota el pecho | <input type="checkbox"/> | d | Le da líquidos tibios y/o lo abriga | <input type="checkbox"/> |

- 36 ¿Abriga adecuadamente o protege a su niño de cambios bruscos de temperatura?
- | | | | | | |
|---|----|--------------------------|---|----|--------------------------|
| a | Si | <input type="checkbox"/> | b | No | <input type="checkbox"/> |
|---|----|--------------------------|---|----|--------------------------|

- 37 ¿Trae a su niño a los controles infantiles de crecimiento y desarrollo cuando se le ha programado?
- | | | | | | |
|---|----|--------------------------|---|----|--------------------------|
| a | Si | <input type="checkbox"/> | b | No | <input type="checkbox"/> |
|---|----|--------------------------|---|----|--------------------------|

- 38 ¿Qué hace usted si su niño no puede respirar bien o se ahoga?
- | | | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|---|------------------------|--------------------------|
| a | Le frota el pecho | <input type="checkbox"/> | c | Le aplica inhalaciones | <input type="checkbox"/> |
| b | Lo lleva al centro de Salud | <input type="checkbox"/> | d | No sabe | <input type="checkbox"/> |

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO

39 Diagnostico actual:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| a Resfriado Común | <input type="checkbox"/> | d Faringoamigdalitis | <input type="checkbox"/> |
| b Rinofaringitis | <input type="checkbox"/> | e Bronquitis aguda | <input type="checkbox"/> |
| c Faringitis aguda | <input type="checkbox"/> | f Neumonía | <input type="checkbox"/> |

40 Presenta en este momento algún Signo de Alarma:

- | | |
|-------------|--------------------------|
| a Si | <input type="checkbox"/> |
| b No | <input type="checkbox"/> |

41 El Padre o encargado del niño (a) ha comprendido las indicaciones médicas brindadas.

- | | |
|-------------|--------------------------|
| a Si | <input type="checkbox"/> |
| b No | <input type="checkbox"/> |

42 Evolución de la Enfermedad a las 72 Horas posterior a la consulta.

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| a Continúa igual | <input type="checkbox"/> |
| b Presenta Mejoría | <input type="checkbox"/> |
| c Presenta Complicación | <input type="checkbox"/> |

43 El Padre o encargado del niño (a) ha cumplido las indicaciones médicas brindadas.

- | | |
|-------------|--------------------------|
| a Si | <input type="checkbox"/> |
| b No | <input type="checkbox"/> |

Anexo N°5 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Cantidad	Recurso	Utilidad	Precio Unitario \$	Precio Total \$
10	Meses de internet	Investigación del tema	34.5	345.00
3	Resmas de papel bond tamaño carta	Para impresión de instrumentos, material de apoyo y etapas del trabajo de graduación	4.25	12.75
1	Cartucho color negro PG 510 para impresora canon mp250	Para impresión de instrumentos, material de apoyo y etapas del trabajo de graduación	21	21.00
1	Cartucho color CL 511 para impresora canon mp250	Para impresión de instrumentos, material de apoyo y etapas del trabajo de graduación	25	25.00
3	Refil negro para impresora canon	Para impresión de instrumentos, material de apoyo y etapas del trabajo de graduación	6	18.00
3	Refil de color para impresora canon	Para impresión de instrumentos, material de apoyo y etapas del trabajo de graduación	7	21.00
84	Páginas impresas	Presentación del perfil de Investigación	0.15	12.60
7	Anillados	Presentación del perfil de Investigación	3	21.00
420	Páginas impresas	Presentación del protocolo de investigación	0.15	63.00
7	Anillados	Presentación del protocolo de investigación	3	21.00
1	Memoria USB 4G	Almacenamiento de datos del trabajo de graduación	10	10.00
1000	Páginas impresas	Presentación de trabajo final	0.15	150.00
7	Anillados	Presentación de trabajo final	3	21.00
4	Empastados	Presentación de la tesis	25	100.00
4	Discos compactos no regrabables	Presentación digital de la tesis	1.25	5.00
9	Refrigerios	Refrigerios de jurado calificador	5	45.00
10%	Imprevistos			88.03
TOTAL:				\$ 979.38

La investigación será financiada por el grupo de investigación:

- | | | |
|----|------------------------------------|----------|
| 1) | Br. Sergio Antonio Gómez Hernández | \$326.46 |
| 2) | Br. Manuel Amed López Salmerón | \$326.46 |
| 3) | Br. Gustavo Enrique Luna Cortez | \$326.46 |

**Anexo N° 6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN.
CICLO I Y II AÑO ACADÉMICO 2012**

N°	ACTIVIDADES	MESES	MARZO/12				ABRIL/12				MAYO/12				JUNIO/12				JULIO/12				AGOSTO/12				SEPT./12				OCT./12				NOVIEMB./12				DICIEMB./12			
			SEM.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1	Reuniones generales con la coordinación del proceso de graduación		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																								
2	Inscripción del proceso de graduación				■																																					
3	Elaboración del Perfil de Investigación		■	■	■	■	■	■	■	■																																
4	Entrega del Perfil de Investigación										27 de Abril de 2012																															
5	Elaboración del Protocolo de Investigación										■	■	■	■	■	■	■	■																								
6	Entrega del Protocolo de Investigación																		08 de Agosto de 2012																							
7	Ejecución de la Investigación														■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
8	Tabulación, Análisis e Interpretación de datos																										■	■														
9	Redacción del Informe Final																										■	■														
10	Entrega del Informe Final																																									
11	Exposición de Resultados																																									

