
**PROGRAMA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA
CÁTEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL
GRUPO - JUJUY**

PROYECTO DE INVESTIGACION

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Estudio a realizarse a los padres de los niños recién nacidos
en el periodo de marzo a agosto del año 2019.

ASESOR METODOLÓGICO:

Lic. DÍAZ, Estela del Valle.

AUTOR:

CAUCOTA, Lorena Vanesa.

San Salvador de Jujuy, Diciembre del 2018.

"INTENTA Y
FALLA, PERO
NUNCA FALLES
EN INTENTARLO"

Jaret Leto.

DATOS DEL AUTOR

- **CAUCOTA, Lorena Vanesa.**

Enfermera Profesional, egresada del Instituto Superior Guillermo Cleland Paterson en el año (2012). Realizo asistencia en primera instancia en el Hospital Pablo Soria, sector de quirófano.

Actualmente cumple función desde el año 2014, en el Hospital de Niños Dr. Héctor Quintana, servicio de neonatología.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a la Licenciada Estela del Valle Díaz, en la realización de este proyecto por su asesoría y enseñanza de la materia, guía, palabras de ánimo y calidad humana.

A mi esposo Sergio y a mi hijo Josías por su comprensión en mi superación profesional.

A mi compañero, el Licenciado Fernando Rojas por su gran ayuda y colaboración.

INDICE

Datos de los Autores	I
Agradecimientos	II
Prólogo	1
CAPÍTULO I: El Problema de Investigación.	
<hr/>	
Planteo y definición del Problema.....	3
Justificación.....	10
Marco Teórico.....	11
Definición conceptual de la variable.....	26
Objetivo General y Específicos.....	27
CAPÍTULO II: Diseño Metodológico.	
<hr/>	
Tipo de Estudio.....	29
Operacionalización de la Variable.....	29
Universo y Muestra.....	30
Fuente, Técnica e Instrumento.....	30
Plan de recolección de datos.....	31
Plan de procesamiento de datos.....	31
Plan de presentación de los datos.....	32
Plan de análisis de los datos.....	38
Gráfico de Gantt.....	39
Tabla de presupuestos.....	40
Referencias Bibliográficas.....	41
ANEXOS	
<hr/>	
I. Autorización de autoridades de la institución	43
II. Consentimiento informado	44
III. Cuestionario	45
IV. Tabla Matriz	47

PROLOGO

El cuidado que se realiza al recién nacido enfermo ha sufrido un progreso notable en el sector de Neonatología. Las unidades son cada vez más eficientes, cumpliendo una función muy importante en el cuidado y recuperación de los pacientes. Sin embargo el número de internación por infecciones respiratorias agudas ha aumentado notablemente y más aún en periodo invernal, llevando al neonato al requerimiento de atención en terapia intensiva y a veces un futuro poco alentador.

Por este motivo veo la necesidad de investigar “la información en cuanto a las infecciones respiratorias agudas que poseen los padres de los niños recién nacidos del hospital materno infantil “DR. HÉCTOR QUINTANA”, durante el año 2018, a través de un estudio descriptivo, prospectivo, transversal.

El proyecto de investigación consta de dos capítulos: **Capítulo I**; se encuentra descrito el planteo del problema para arribar a la definición del mismo, justificación, se exponen los objetivos que se desean alcanzar; el **Capítulo II**; contiene el tipo de estudio, operacionalización de la variable, universo y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos y planes.

CAPÍTULO I

El Problema

de

Investigación.

PLANTEO DEL PROBLEMA

A nivel internacional la OMS muestra que la población más afectada por las infecciones respiratorias agudas son los menores de 5 años. Las estadísticas vitales demuestran que, en los países desarrollados, la tasa de muerte acontece en un 70% de los casos en el período neonatal y representa entre 20 y 25% de la mortalidad infantil.

Las infecciones respiratorias agudas se incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, bronquiolitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.

El panorama es sombrío en el terreno de las IRA ya que a nivel global, sólo 1 de cada 5 padres o cuidadores identifica los signos de alarma asociados con neumonía; la mitad de los niños con neumonía recibe tratamiento apropiado y de ellos, solamente 20% es tratado con antibióticos, a pesar de que existen intervenciones eficaces disponibles pero que tienen cobertura muy limitada. Se ha estimado que si se tratara con antibióticos a todos los niños con neumonía se podrían evitar 600.000 muertes por año y aún más si se adicionaran medidas preventivas.

Según los criterios internacionales de clasificación de la tasa de muerte infantil, nuestro país tiene baja MI (menor a 20 por mil), con predominio de las causas neonatales (prematurez, síndrome de dificultad respiratoria), con una frecuencia importante de causas pos neonatales reducibles mediante prevención y tratamiento de baja complejidad.

Por otra parte, en nuestro país se ha observado en los últimos años una tendencia al estancamiento en el descenso de la tasa de MI global con incremento en algunas provincias argentinas como Formosa, Tucumán y Jujuy. Si bien una explicación de esta mala evolución de la TMI, en Argentina puede deberse a la grave crisis económica y social de los últimos años, también es fundamental interpretar correctamente las causas de MI en relación a su potencial reducción, a fin de desarrollar intervenciones eficaces para este objetivo, en especial en las acciones que se relacionan con la necesidad de

mejorar la calidad y el acceso equitativo a la atención curativa infantil en todos sus niveles de complejidad.

La dificultad respiratoria, y hemorragia intraventricular determinan aproximadamente 65% de la mortalidad neonatal. A su vez, en los neonatos de muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos), que corresponden a 1% de los nacimientos, se produce casi la mitad de las muertes neonatales.

Existe el Programa Nacional en Argentina de Infecciones Respiratorias del Ministerio de Salud de la Nación. (Dirección Nacional de Maternidad e infancia Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Mayo de 2008). Y el Boletín Epidemiológico Periódico Publicación de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La primera causa de muerte son las perinatales ya que fallecieron 4.400 niños por esta causa (casi la mitad de la mortalidad infantil), le siguen las malformaciones congénitas (2.253 muertes) y las infecciones respiratorias agudas, los accidentes y la muerte súbita.

La **Provincia de Jujuy** se encuentra ubicada en el noroeste de la República Argentina, tiene una superficie de 53.219 Km² y una población cercana a los 611.888 habitantes. Su ciudad Capital en San Salvador de Jujuy (233.754 habitantes) la cual fue fundada en 1593. Limita al norte con la República de Bolivia: al este y al sur con la provincia de Salta, y al oeste con la Repúblicas de Chile y de Bolivia. La Provincia de Jujuy

Siendo el HOSPITAL DE NIÑOS Dr. HECTOR QUINTANA cabecera de la provincial de Jujuy, que cuenta con atención en maternidad, neonatología y pediatría de forma gratuita para el público, y cuenta con atención ambulatoria, internación, diagnóstico, tratamiento, medicina preventiva y demás servicios. Se encuentra ubicado entre calles José Hernández 624 Martín Fierro y Avenida Córdoba y Coronel Mariano Santibáñez

El servicio de internación del nosocomio, está destinado para la intención del binomio madre e hijo. Cuenta con el sector de guardia, servicio de neonatología, internación de alto riesgo, maternidad, servicio de unidad de trabajo de parto (UTPR y quirófano). El servicio de neonatología ubicado en el primer piso recibe niños recién nacidos de hasta un mes de vida, que ingresan

de unidad de trabajo de parto (UTPR) o nacidos por cesárea y un alto número de ingresos por consultorio externo.

El sistema de internación de pacientes se da, luego de una evaluación por medio de médicos de guardia de hospital materno infantil Dr. Héctor Quintana de la nuestra localidad con el trabajo conjunto de una enfermera de turno. Según grado de gravedad del paciente se realiza un tratamiento ambulatorio o no.

Entre las causas predominante de internación se observa un alto índice de infecciones respiratorias agudas llevando al recién nacido a la internación con requerimiento de oxigenoterapia al borde de necesitar ventilación mecánica por la gravedad de la patología.

Los servicios con los que cuenta son: cinco sectores de internación (UTI, UCI, cuidados mínimos, prematuro I, prematuro II), con anexos: de lactario para (recolección y almacenamiento de leche materna) y con un consultorio externo (para consultas ambulatorias) con un porcentaje de ocupación del 85%, y demanda de pacientes que se va incrementando estadísticamente a diario.

Se ha observado que a las consultas ambulatorias externas que se realizan en el hospital materno infantil Dr. Héctor Quintana hay un alto índice de padres que llevan a sus niños en un estado de intervención de urgencias con infecciones respiratorias agudas, y en algunos casos alcanzando la hospitalización en el servicio de UTI por estado crítico.

- Así también, a los padres se les dificulta reconocer signos de alarmas de la enfermedad.
- A veces está asociado al nivel socioeconómico de cada familia.
- También ellos realizan asistencia casera a sus niños con hiervas preparadas o recomendadas por familiares o amigos, que según su relato no obtuvieron ninguna mejoría y de lo contrario el cuadro empeora, lo que los llevo a acudir de forma urgente a la guardia del servicio, con varios días de continuación de la enfermedad.
- También asisten a casas de prácticas naturistas como curanderos y demás.

Frente a este contexto surgen los siguientes interrogantes:

- Los padres que asisten a la neonatología, ¿Porque llevan a sus niños en estado de internación?
- ¿Por qué demoran en realizar la consulta médica?
- ¿Por qué se les dificulta reconocer los signos de alarmas de las infecciones respiratorias de forma precoz?
- ¿Cuál es la asistencia casera que realiza los padres ante los primeros signos?
- ¿Está asociado al nivel socio económico de las familias?
- ¿Qué información poseen de las mismas?

Para dar respuestas a estos interrogantes, se recurrió a antecedentes sobre la temática.

En relación al primer interrogante, Rivera & Mallea (2008), en su artículo *“Conocimiento y actitudes frente a los signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en menores de cinco años”*, afirma: En nuestro estudio una gran proporción de (63%) solicito consejos a vecinos y familiares con relación ala enfermedad de su niño y solo el 24% de los casos estos consejos estaban orientados a buscar ayuda médica. Por otra parte, aunque el reconocimiento de datos de alarma está alrededor del 50%, sólo dos tercios indicaron que acudirían a un centro de salud y de este porcentaje sólo el 20% en las primeras 12 horas. **La distancia parece ser el principal factor y fue informado como significativo en otro estudio similar en Perú.** Sin embargo, también el rol de la medicina tradicional parece ser importante, puesto que una proporción significativa de las madres (aproximadamente un tercio) recurriría a medicina alternativa primero. (p. 75)

Guerrero & Báez Saldeña (2013), en su artículo *“Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificado por padres y cuidadores en México”* afirma que, se ha observado que el retraso por parte de los padres en solicitar atención médica para el niño por diferentes razones, así como un mal enfoque diagnóstico y terapéutico, contribuyeron hasta en 68% a las defunciones por estas afeccione. Aunque es frecuente que la IRA presente

un curso benigno, los episodios repetidos pueden producir complicaciones a corto plazo sobre el estado nutricional del niño, generando un ambiente propicio para otras enfermedades, así como alteración del entorno social y del desarrollo cognitivo, por lo tanto, es esencial identificar los factores externos que podrían afectar la incidencia, y promover acciones que disminuyan la posibilidad de cuadros complicados de la enfermedad. (p. S312)

Para el tercer interrogante también, Ferreira Guerrero & Báez Saldeña (2013), en su artículo *“Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificado por padres y cuidadores en México”* afirma: Al examinar la priorización de signos de alarma por padres o cuidadores se observó que solamente una proporción reducida de ellos identifican los signos asociados con neumonía. “A nivel global, sólo 1 de cada 5 padres o cuidadores identifica los signos de alarma como dificultad para respirar y taquipnea. La encuesta reveló frecuencias de reconocimiento similares en México, lo cual refleja la necesidad de sensibilización y conocimiento en la población para motivar la demanda oportuna de consulta. (p.312)

En cuanto al cuarto interrogante, conocimientos de los padres y asistencia en casa, Burgoa Rivera & Mallea (2008), en su artículo *“Conocimiento y actitudes frente a los signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en menores de cinco años”*, afirma: En muchos países se ha observado que aún cuando los servicios y el personal de salud están accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados para ser atendidos por estos, sino que son tratados en el hogar con remedios caseros. En algunos casos, los niños también son vistos por curanderos y otro tipo de personal tradicional. El manejo de la enfermedad de un niño en el hogar no es aconsejado siempre que las medidas de tratamiento que se apliquen no sean potencialmente nocivas y siempre que los padres o responsables del cuidado del niño conozcan y sepan identificar los signos de alarma para decidir que el niño debe ser atendido por un personal de salud. La demora en la consulta al servicio de salud puede provocar un agravamiento de la enfermedad, y puede requerir que el niño sea tratado en un hospital, o incluso puede provocar su muerte. En la encuesta realizada “Dar líquidos y destapar la nariz fueron

consideradas conductas saludables en IRA sólo en 55.7% de las encuestadas”. De las 50 personas que refieren solicitar consejos, en el 66% se sugiere utilizar mates caseros y esperar a que mejore. Sólo 24% de los consejos orientados a asistir a un centro de salud. (p. 72)

En su relación al nivel socioeconómico del interrogante, Ferreira Guerrero & Báez Saldeña (2013) en su artículo: *“Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificado por padres y cuidadores en México”* afirma: En estudios previos se ha descrito que la probabilidad de solicitar atención médica es menor en familias que viven en condiciones de pobreza, de madres muy jóvenes residentes a mayor distancia a los servicios clínicos. Por otra parte, se ha observado que el retraso por parte de los padres en solicitar atención médica para el niño por diferentes razones, así como un mal enfoque diagnóstico y terapéutico, contribuyeron hasta en 68% a las defunciones por estas afecciones. Aunque es frecuente que la IRA presente un curso benigno, los episodios repetidos pueden producir complicaciones a corto plazo sobre el estado nutricional del niño, generando un ambiente propicio para otras enfermedades, así como alteración del entorno social y del desarrollo cognitivo, por lo tanto, es esencial identificar los factores externos que podrían afectar la incidencia, y promover acciones que disminuyan la posibilidad de cuadros complicados de la enfermedad. (p. 312)

Se puede concluir que los padres acuden con sus niños a la consulta demorando a veces 24 hs o más, en algunos casos por la distancia y por otra parte por un mal enfoque del diagnóstico del menor.

Uno de cada cinco padres o cuidadores reconocen los signos de alarmas de las infecciones respiratorias de forma precoz.

A pesar de que tienen accesibilidad a la consulta médica prefieren realizar tratamientos caseros como dar líquidos y destapar la nariz fueron consideradas conductas saludables, también solicitan consejos a vecinos y familiares en relación a la enfermedad de sus niños.

La frecuencia de las IRA genera un costo a los servicios de salud y también para el bolsillo en las familias, por las complicaciones y letalidad ocasionadas por la enfermedad. También estudios previos ha descrito que la

probabilidad de solicitar atención médica es menor en familias que viven en condiciones de pobreza, de madres muy jóvenes residentes a mayor distancia a los servicios clínicos.

No se encontró respuestas a si poseen información de las IRA razón por la cual se define el problema de la siguiente manera;

DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Qué información en cuanto a las infecciones respiratorias agudas poseen los padres de los niños recién nacidos del Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana de la ciudad de San Salvador de Jujuy, Provincia de Jujuy en el periodo de Marzo a Agosto del año 2019?

JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual se llevara a cabo la realización de este proyecto es debido a que en la guardia hospitalaria se ha observado un número importante de consulta médica que realizan los padres en el hospital materno infantil DR. Héctor Quintana llevando a sus niños en estado muy crítico con dificultad respiratoria, solicitando acción inmediata ya que se encuentran con la necesidad de aspiración de secreciones, aporte de oxígeno, alcanzando la hospitalización en el servicio de UTI por estado crítico.

Refiriendo que los signos que sus niños presentaban días anteriores a la consulta no eran muy alarmantes. Por lo cual realizaron preguntas a sus familiares y amigos que la aportaron soluciones caseras, el cuadro empeoro, lo que los llevo a acudir de forma urgente a la guardia del servicio.

La importancia de emprender el estudio de esta problemática es que como parte del personal de salud pueda contribuir a la orientación sobre los factores que influyen en el índice de infecciones respiratorias en los niños, y orientar a los padres sobre los signos de detección de estas enfermedades.

Por ello es fundamental que los padres tengan los conocimientos necesarios para el cuidado de sus hijos y aun más importante saber detectar situaciones que a veces parecen invisibles, o bien insignificantes.

La información aportada a las instituciones de salud servirá para hacer de prevención a la población infantil.

Se realizara mediante un estudio transversal, descriptivo. Con el uso de entrevistas para la recolección de datos que se les aplicara a los padres para finalmente tabular y analizar la información.

MARCO TEORICO

La información está constituida por un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirve para construir un mensaje basándose en un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento. Es lo que otorga significado y sentido a la realidad, que mediante códigos y modelos de datos da origen al pensamiento humano. (Porto & Gardey, 2008, p.1)

El riesgo de muerte de un niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Cerca del 45% de las muertes de menores de cinco años se produce durante el periodo neonatal.

Las infecciones respiratorias agudas constituyen uno de los problemas de salud pública más importante para la población infantil de 0 a 5 años y están dentro de las primeras 5 causas de mortalidad. Dentro de esta población, los diagnósticos principales son: Neumonía e Influenza, seguidas por Bronquitis y Bronquiolitis. La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurren antes del año de edad, especialmente entre los dos y tres meses. El 20% de la mortalidad infantil en algunas regiones de nuestro país es domiciliaria y de ese 20%, un alto porcentaje es atribuible a Infecciones Respiratorias Bajas. El 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años, padecen un episodio de IRA, en el transcurso de un año, dentro de los cuales se encuentran el síndrome bronquial obstructivo y las neumonías. En la población económicamente activa, de 20 a 64 años de edad, las enfermedades del sistema respiratorio son la cuarta causa de mortalidad, la mayoría en personas de sexo masculino, ubicadas luego de los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas. La neumonía es la principal causa de muerte por enfermedades respiratorias, responsable de una de cada tres defunciones por esta causa. (Ministerio Salud de la Nación, 2011, p.7)

Las (IRA) se definen como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas tanto por virus como por bacterias, que tienen una evolución menor a

15 días y que se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre. La rinitis, la faringitis, y la otitis media aguda son los cuadros más frecuentes; y la mayoría de estos cuadros son de origen viral. En Argentina, la principal causa de consulta e internación es la enfermedad respiratoria en todas las edades. (Revista Ministerio de Salud, 2017, p.1)

Se puede denominar neonato o recién nacido, al bebé de cuatro semanas o menos. Un neonato es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea.

El término se ajusta a los nacidos pasados los 9 meses del embarazo.

Las características físicas y neurológicas nos permiten valorar con precisión la edad gestacional ya que el recién nacido estará clasificado entre las siguientes categorías:

- Recién nacido inmaduro: de las 21 semanas a 27 semanas de gestación.
- Recién nacido prematuro: de las 28 semanas a 37 semanas de gestación.
- Recién nacido a término: de las 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Recién nacido pos término: de las 42 semanas o más de gestación. (García, 2016, p.1)

Cuando una persona consulta por estas enfermedades es importante reconocer y valorar adecuadamente tanto los signos generales de enfermedad respiratoria, como los signos precoces de gravedad. La adecuada evaluación y valoración de los signos de infección respiratoria aguda es clave para evitar la inadecuada y excesiva prescripción de antibióticos, que es uno de los principales factores del incremento de la resistencia bacteriana. Por otra parte, una demora en la identificación de los signos y síntomas que pueden indicar el riesgo de agravamiento del cuadro, puede llevar a una demora en la administración del tratamiento oportuno o en la derivación a un servicio de salud de mayor complejidad para el diagnóstico y tratamiento.

Las infecciones respiratorias pueden presentarse clínicamente de diferentes formas tales similares a una gripe, cuadros denominados como Enfermedad Tipo Influenza (ETI) a los efectos de la vigilancia epidemiológica.

Con manifestaciones clínicas severas que pueden darse tanto en casos de neumonías como de bronquiolitis en menores de dos años, y también en algunos casos de ETI. A este tipo de cuadros graves, que requieren hospitalización, se los denomina Infecciones Respiratorias Agudas Graves.

Entre los signos de alarma de la IRA se puede nombrar a Aumento en la frecuencia respiratoria o respiración rápida Se le hundan las costillas al respirar. Presenta ruidos extraños al respirar o “le silba el pecho”. No quiere comer o beber y vomita todo. Fiebre, que no cede con la administración de medicamentos. Irritabilidad Decaimiento y somnolencia. Ataques o convulsiones. Para Prevención de Infecciones Respiratorias se debe evitar:

- El contacto con personas con gripa. Los enfermos deben utilizar tapabocas y mantener las manos limpias con un correcto lavado de manos con agua y jabón.
- Si es un bebé menor de seis meses, suministre solamente leche materna en mayor cantidad, por lo menos 10 veces al día.
- Si el niño tiene seis meses o más, proporcione alimentos recién preparados, de alto contenido nutricional y energético (frutas, verduras y carnes), y sígale dando leche materna.
- Evitar contacto con fumadores.
- Entre las medidas preventivas el Ministerio de Salud recomienda que enseñe a sus hijos a estornuda. Ponga un pañuelo desechable sobre nariz y boca al toser o estornudar, bótelo y lávese las manos.
- No suministre medicamentos, antibióticos o jarabes para la tos a menos que sean formulados por el médico.
- Lávese las manos cuando tenga contacto con secreciones o enfermos.
- Ventile a diario la casa y habitación de los enfermos. Verifique que su esquema de vacunación (niños, niñas, escolares y adultos) esté completo para su edad.
- La hidratación es la clave para controlar la enfermedad y evitar así mayores complicaciones. (Revista Ministerio de Salud, 2017, p.1)

Entre las complicaciones de la IRA Piógeot & Oliveros (2009), refieren que las complicaciones agudas con evolución menor de diez día y crónicas, mayor de diez días, excepto sinusitis; evolución mayor de 30 días. Otitis media (OM); Otoscopia directa: flogosis, opacidad del tímpano, posición horizontal de la cabeza y cuerpo del martillo, y/o perforación del tímpano, secreción, serosa o purulenta, otalgia eventual. Sinusitis (Sinu): Secreción purulenta faríngea retronasal y nasal anterior, cefalea, con o sin dolor malar a la presión, fiebre intermitente; tiempo de evolución mayor de diez días, crónica mayor de un mes. Obstrucción de la columna de la vía aérea mayor del 20% en Rx lateral de cuello.2 6. Hiperactividad bronquial (HRB): se utiliza este término para definir a niños que no cumplen los criterios diagnósticos establecidos en los Consensos Internacionales de Asma, pero que tienen o pueden tener una prueba positiva de reto con meta colina o por alérgenos, en este estudio los virus recurrentes se consideran como alérgenos y se manifiesta la IVFR por tos intensa paroxística recurrente o persistente: en reposo, o por ejercicio, o nocturna, en ocasiones emetizante con o sin secreciones bronquiales y/o alveolares, con ausencia de sibilancias, de dificultad respiratoria y de espiración prolongada, con más de cinco días de evolución por episodio. (Pigeot & oliveros, 2008, p.16)

La AIEPI revela que cada día millones de padres acuden a hospitales, centros de salud, farmacéuticos, médicos y sanadores que aplican prácticas tradicionales en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos. Los estudios indican que en muchos casos estos dispensadores de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños, y que los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado. En los servicios sanitarios de primer nivel de países de bajos ingresos, el apoyo diagnóstico de servicios como los de radiología y laboratorio es mínimo o inexistente y a menudo escasean los medicamentos y el equipo.

Debido a estos factores, la prestación de atención de calidad a los niños enfermos supone un importante desafío. Para abordarlo, la OMS y el UNICEF han elaborado la estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). (OMS, 2017, p1)

Los síntomas y signos de infección respiratoria baja en los niños de 2 meses a 5 años varían en su presentación, dependiendo del microorganismo patógeno, del estado inmunitario del huésped y especialmente de la gravedad de la infección. Un niño de esta edad puede presentar manifestaciones generales, respiratorias, pleurales y extra respiratorias. Los hallazgos generales pueden incluir rinorrea, malestar, fiebre, escalofrío, decaimiento, cefalea, dolor faríngeo y en ocasiones, sintomatología gastrointestinal, como vómitos, diarrea, distensión y dolor abdominal, especialmente en niños mayores.

Las manifestaciones respiratorias más sobresalientes son la tos y los diferentes grados de dificultad respiratoria, que incluyen aleteo nasal, cianosis, taquipnea y uso de músculos accesorios de la respiración, así como tiraje subcostal. (OMS, p 376)

La medición de la frecuencia respiratoria es el índice más sensible y confiable para evaluar la presencia y gravedad de una infección respiratoria aguda.

Los signos percutorios, la disminución del murmullo vesicular y el hallazgo de estertores en la auscultación, son de valor pero varían con los diferentes cuadros y, con la edad, y no siempre son específicos de la patología infecciosa. Otros hallazgos como la matidez, la limitación de la motilidad de un hemitórax o la referencia de dolor pleural, dependen del tamaño del tórax, del grado de compromiso patológico y de la capacidad del niño para expresar sus percepciones. (Aiepi, 2001, p.370)

La extensión extra pulmonar de las infecciones respiratorias se observa en algunos casos y sus manifestaciones clínicas pueden ser de gran valor para el diagnóstico etiológico. Por ejemplo ante celulitis o abscesos de piel o tejidos blandos, se debe sospechar *S. aureus*; la presencia de otitis media, conjuntivitis, sinusitis o meningitis concomitantes a IRA, hacen pensar en *H. influenzae*; y la miringitis bulosa simultánea a neumonía indica la etiología de *Mycoplasma pneumoniae*.

Dado que la estrategia fundamental para disminuir la mortalidad por IRA, es el tratamiento adecuado y oportuno de los casos, especialmente de

neumonía, los organismos internacionales de salud OMS/OPS y UNICEF han diseñado recomendaciones sobre la identificación y clasificación de casos de IRA (de acuerdo a su gravedad), basados en múltiples estudios llevados a cabo en diferentes partes del mundo.

En estos estudios se determinaron los parámetros más sensibles y específicos para el diagnóstico de IRA, procurando que fueran fácilmente reconocibles por los trabajadores de salud a nivel primario.

Tanto por las referencias de la literatura médica, como por los resultados de los estudios mencionados, se considera la frecuencia respiratoria como un índice de alto rendimiento para predecir la presencia de neumonía. (Aiepi, 2001, p. 370)

A medida que el niño crece se modifica su frecuencia para respirar, también se ha comprobado la validez de diferentes rangos para cada grupo de edad, constituyendo éstos los parámetros básicos de normalidad. Así, la frecuencia respiratoria normal en niños de 2 meses a 5 años, puede clasificarse como sigue:

- De 2 a 11 meses: menos de 50 respiraciones por minuto.
- De 1 año a 5 años: menos de 40 respiraciones por minuto.

La respiración debe registrarse siempre en condiciones de tranquilidad del niño, de preferencia en reposo en el regazo de la madre y durante todo un minuto. La frecuencia respiratoria es un parámetro sensible, pues permite captar la mayor cantidad de niños con neumonía para tratarlos adecuadamente. Es además específico, pues diferencia satisfactoriamente la neumonía de otros casos que no lo son.

Tiene la ventaja de ser un dato apreciable fácilmente por la madre o cuidador (“el niño respira rápido”), y también es evaluable por un funcionario de salud, cualquiera sea el nivel para el que haya sido previamente capacitado en lo que se refiere al manejo eficiente de casos, de acuerdo a los parámetros que se analizarán posteriormente.

Cuando la neumonía progresa y se ve más comprometida la funcionalidad respiratoria, la distensibilidad pulmonar y torácica disminuyen y el

esfuerzo inspiratorio aumenta, produciéndose tiraje subcostal, o sea retracción de la porción inferior del tórax, durante la inspiración. (Aiepi, 2001, p 371)

Los criterios de entrada de estos pacientes al Programa de Infección Respiratoria Aguda, son la tos y la dificultad del niño para respirar, puesto que son los signos más frecuentes y sobresalientes en niños que probablemente están desarrollando una IRA. El estridor, aunque es un signo que corresponde al tracto respiratorio superior, se incluye entre los parámetros de gravedad de IRA baja (“signos de peligro”), pues su presencia implica gravedad e indicación de ser remitido rápidamente a un hospital para su tratamiento. Otros criterios de entrada son dolor de oídos y de garganta, los cuales son motivos de consulta muy frecuentes en los niños y se han considerados en otro capítulo de esta misma publicación.

Las complicaciones más frecuentes de las IR bajas en niños de 2 meses a 5 años, son los empiemas pleurales, los abscesos pulmonares y las infecciones extrapulmonares como meningitis o sepsis. (Aiepi, 2001, p.371)

El denominador común de estas patologías es la concurrencia de varios factores de riesgo, como la desnutrición, la falta de lactancia materna o de inmunizaciones; la consulta tardía, el manejo inadecuado de casos, especialmente en fases tempranas en las cuales, por desconocimiento de preceptos básicos, se indican antibióticos indiscriminadamente o de no elección para la entidad, retardando este tipo de conducta la remisión y tratamiento oportuno del niño. La mayoría de estos pacientes complicados llega a los hospitales en estados avanzados de su enfermedad, con signos de franca dificultad respiratoria, en estado séptico o incluso en fallo multisistémico, la gran mayoría de veces, con un tratamiento previo inadecuado.

La etiología de estas infecciones respiratorias complicadas, especialmente el empiema y el absceso pulmonar, coincide con la de las IRA en general, puesto que la gran mayoría de casos es causada por *S. aureus*, *S. pneumoniae* y *H. influenzae*. En otras palabras, el descuido o el tratamiento impropio, permiten la evolución de las IRA incipientes o no complicadas, hacia formas más graves. Otras complicaciones son el estado de choque, el neumotórax, especialmente en el transcurso de un empiema; el derrame

pericárdico; la insuficiencia cardíaca y las siembras infecciosas a distancia como en meninges, oído y articulaciones. Algunos pacientes cursan con secreción inadecuada de hormona antidiurética.

Se ha buscado definir algunos signos clínicos que ayuden a identificar los niños que tienen alto riesgo de morir por neumonía severa y a quienes por lo tanto, se debe dispensar terapia intensiva. Algunos de estos signos son enfermedad aguda prolongada, cambios radiológicos intensos, cianosis, leucocitosis o leucopenia, hepatomegalia, incapacidad para comer por estar demasiado enfermos y tiraje severo; los niños desnutridos, a febriles tienen una alta mortalidad. (Aiepi, 2001, p.372)

La tecnología de control de las IRA más efectiva para países en desarrollo se basa en tres principios:

- a)** Medidas preventivas: inmunizaciones, especialmente DPT, sarampión y BCG; control y mejoramiento del medio ambiente, control prenatal, lactancia materna, nutrición adecuada y protección contra el enfriamiento.
- b)** Educación en salud: sobre los mismos puntos anteriores para aumentar la capacidad de la familia a fin de que reconozcan signos respiratorios sencillos y apliquen medios terapéuticos de apoyo, así como que eviten en lo posible, el contacto de los niños con otros enfermos.
- c)** Atención de casos: utilizando criterios de entrada tales como la “tos o la dificultad para respirar”, se inicia la evaluación directa del niño, mediante preguntas a la madre sobre los síntomas y el examen del paciente, a fin de poder clasificar la enfermedad en forma correcta. (Aiepi, 2001, p.375)

Dentro de cualquiera de las anteriores clasificaciones, es muy importante proporcionar instrucciones a la madre sobre medidas de apoyo tales como la continuación de la alimentación, ya sea al pecho materno o la dieta que el niño recibe habitualmente, procurando aumentarla después del episodio de IRA; el suministro de líquidos para mantener una hidratación adecuada; la protección contra el enfriamiento (sin sobre abrigo); la desobstrucción de la nariz mediante la limpieza de las fosas nasales y, de ser necesario, la instilación de gotas de solución salina o agua tibia limpia, a fin de evacuar las secreciones.

Los parámetros de clasificación y las normas terapéuticas propuestas por OPS/OMS, se han difundido ampliamente en todos los países.

Si por su estado de gravedad, el niño ha ingresado al hospital, debe proporcionársele allí todas las medidas terapéuticas pertinentes en el manejo de las IRA, individualizadas de acuerdo a las necesidades de cada caso; éstas van desde oxigenoterapia o asistencia ventilatoria si es necesaria; desobstrucción nasal, nutrición, hidratación si la requiere, hasta terapia con antibióticos o administración de otros fármacos como broncodilatadores y antipiréticos, entre otros. (Aiepi, 2001, p. 377)

La indicación de oxígeno en el niño que cursa con neumonía grave se basa en la necesidad de mejorar la hipoxia secundaria al compromiso parenquimatoso. Las recomendaciones prácticas del Programa de Control de las IRA para la administración de oxígeno, son cianosis central, incapacidad de beber, inquietud que mejora con el oxígeno tiraje intenso y en niños de 2 meses a 5 años, más de 70 respiraciones por minuto. En la actualidad se trabaja en la producción de vacunas tanto virales (VSR, parainfluenzae, adenovirus e influenzae), como bacterianas (*H. influenzae* y *S. pneumoniae*); pero el período de evaluación previo de las primeras y el costo elevado de las segundas ha impedido hasta el momento su distribución masiva.

El protocolo de la OMS se concentra en que el personal de instituciones de primer nivel y médicos comunitarios identifiquen casos de neumonía, entre los muchos niños que consultan por tos y respiración difícil, para asegurarse que reciban un antibiótico adecuado. Esta estrategia debe estar al alcance de todos los niños.

La costumbre, tan arraigada en nuestras comunidades, de administrar a los niños con afecciones respiratorias agudas toda suerte de aceites o grasas (de aves o tiburón), alcohol, petrolatos, mentolados, debe desaconsejarse totalmente tanto en forma oral, como en taponos nasales, o aún en fricciones por el peligro de aumento de la irritación de las vías aéreas y sobre todo por la posibilidad de bronco aspiración grave. (Aiepi, 2001, p.378)

Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período

neonatal. La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia.

La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años. Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida, practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua; Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche; No utilizar biberones, tetinas o chupetes. La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. (OMS, 2017, p.1)

Considerando la lesión anatómica básica, la bronquiolitis se define como una inflamación de los bronquiolos. Sobre la base de los hallazgos clínicos, esta entidad se atribuye a los niños menores de 24 meses con un primer episodio de obstrucción de vías respiratorias bajas. Los criterios diagnósticos varían ampliamente desde el punto de vista clínico, la bronquiolitis aguda o bronquiolitis viral aguda, es un síndrome infeccioso que se presenta inicialmente en el tracto respiratorio superior (como coriza, rinorrea y obstrucción nasal) y que progresa a manifestaciones del tracto respiratorio inferior con tos, dificultad espiratoria, retracción costal, estertores gruesos difusos o roncus y sibilancias.

La literatura americana enfatiza mucho más la presencia de sibilancias que los autores europeos. Es muy frecuente la confusión diagnóstica con el primer ataque de asma presentado por un niño. Las controversias actuales sobre los criterios diagnósticos se deben a factores tales como la edad, las indicaciones de neumonía, la dificultad respiratoria y la atopia. (P 261)

Aunque no puede decirse con absoluta convicción que la infección bacteriana secundaria después del daño causado por el VSR es común, en países en desarrollo existen algunas evidencias de que esto puede ocurrir. Las infecciones virales en el tracto respiratorio influyen sobre varios de los factores de defensa del huésped y preparan el camino para una subsecuente superinfección bacteriana. De la misma manera, la neumonía producida por el VSR es a veces difícil de diferenciar de la bronquiolitis y puede propiciar el desarrollo de infecciones bacterianas secundarias. Uno de los estudios prospectivos realizados últimamente, concluyó que tanto las infecciones virales como las bacterianas pueden presentar sibilancias en los infantes. La bronquiolitis ocurre característicamente en niños menores de 2 años de edad, principalmente en los infantes de países en desarrollo.

El VSR, el mayor agente causal de bronquiolitis aguda, puede asociarse a otros síndromes virales respiratorios tales como traqueobronquitis y neumonía. Muchos autores llaman la atención hacia el aspecto estacional del VSR, con el máximo de incidencia durante los períodos de temperaturas bajas. Una epidemia en Nueva Zelandia se describió con admisiones a los hospitales principales durante el invierno y la primavera. En el estado brasileño de Rio Grande do Sul, una revisión de cinco años en un hospital pediátrico, mostró que 80% de los casos vistos en clínica ocurrió durante los meses más fríos del año, de junio a agosto.

En Río de Janeiro, Brasil, los ataques del VSR ocurren usualmente en el otoño. Se observó que éstos fueron responsables por la demanda incrementada a los servicios de salud con respecto a las infecciones respiratorias agudas (IRA), a veces suficientemente graves como para requerir servicios de emergencia. AIEPI. (p. 262)

Esto ocurre también durante el invierno en países de clima templado, haciendo que el virus se disemine más fácilmente. La humedad alta en el aire y las variaciones abruptas de la temperatura diaria, como se observó en la epidemia de Shanxi, podrían también contribuir a la supervivencia del VSR en el ambiente. En el estudio relacionado con esta epidemia, el tamaño de la vivienda influyó el número de casos registrados, pues cuanto más pequeña era la casa, mayor fue la incidencia de bronquiolitis. (p. 263)

Las manifestaciones clínicas son características y encaminan al diagnóstico en la mayoría de casos. Los síntomas de catarro común como rinorrea, tos y febrícula en los estadios tempranos de la enfermedad, seguidos de dificultad respiratoria con signos de obstrucción bronquial y sibilancias, han sido extensamente analizados en la literatura, que considera a algunos de ellos considerados como criterios diagnósticos. Los hallazgos clínicos pueden incluir fiebre, a veces alta, que aparece dos o tres días después del inicio de síntomas similares a los del *flu*. La tos puede simular a la de la pertussis y en los pacientes gravemente enfermos, sobrevienen disnea progresiva y cianosis, evolucionando a fallo respiratorio. La presencia de cianosis indica hipoxia grave que puede provocar períodos de apnea. No se ha encontrado relación entre los hallazgos clínicos y el grado de hipoxemia. La hipoxemia en niños hospitalizados con síntomas severos casi siempre tiene un curso prolongado; consecutivamente, la tensión de oxígeno puede retornar a límites normales, entre tres a siete semanas después del inicio de las manifestaciones clínicas.

Para identificar indicadores relacionados con la historia clínica, el examen físico y los hallazgos de laboratorio que pudieran ayudar a predecir la severidad de la enfermedad, se siguió prospectivamente a 213 infantes con bronquiolitis. Se identificó seis hallazgos clínicos y de laboratorio como los más fuertemente asociados a la subsecuente severidad de la enfermedad:

- Apariencia del niño como “muy enfermo” o “tóxico”;
- Oximetría menor de 95% estando en reposo;
- Edad gestacional menor de 34 semanas;
- Frecuencia respiratoria mayor de 70 por minuto;
- Radiografía de tórax con atelectasias; y

- Edad menor de 3 meses. (p. p. 265 - 266)

Todos los años se verifica un progresivo aumento de los casos de IRA en la época invernal, el que comienza habitualmente alrededor de la Semana Epidemiológica. El aumento se asocia con un incremento en la demanda de atención, del número de hospitalizaciones y de la mortalidad por causas respiratorias. La situación de las IR en 2016 respecto a ETI (Enfermedad Tipo Influenza) notificada por sistema de vigilancia clínica C2, los casos en septiembre 19 de 2016 son un 39% más que en igual semana de 2015. Para las Neumonías, la situación es similar, el aumento a igual periodo de 2015, es hasta un 50% mayor. La mayoría de los casos puede tratarse sin internación con medidas de sostén, tales como reposo, hidratación oral, lactancia materna, prendas de vestir adecuadas, baños tibios y antipiréticos en caso de fiebre.

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS

El uso de la ventilación mecánica se hace necesario solamente en un pequeño porcentaje de niños. Una revisión en pacientes brasileños hospitalizados mostró que se indicó la ventilación mecánica en 7,5% de los casos. Considerando que los niños moderados o gravemente enfermos que llegan a los establecimientos de salud presentan sibilancias, frecuentemente se les trata con broncodilatadores nebulizados como el fenoterol, el albuterol o la epinefrina, en el caso de que la ventilación mecánica no esté disponible, tal como lo recomienda la versión de 1992 del manual estandarizado de infecciones respiratorias agudas en Brasil. Los pacientes que tienen el riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad son los desnutridos, deshidratados, prematuros, anémicos y aquellos con trastornos cardiacos o episodios previos de sibilancias. En los casos serios que requieren hospitalización, debe dársele prioridad al tratamiento con oxígeno humidificado por medio de cualquier aparato disponible, como las cánulas nasales, mascarillas o tienda de oxígeno. La reversión de la hipoxemia corrige frecuentemente el desequilibrio de la relación ventilación/perfusión que ocurre en la enfermedad. A menudo no se necesita más de 35 a 45% de concentración de oxígeno para que el paciente mejore.

En los países en desarrollo, no es factible la realización de la gasometría arterial, pero aun cuando está disponible, no debería realizarse en exceso a fin de reducir el sufrimiento que produce a los pacientes. La evaluación óptima de la administración de oxígeno debe efectuarse también por medio de la evaluación clínica seriada, registrando signos vitales, observando el estado de conciencia, los patrones respiratorios, la perfusión y la presencia de cianosis. La administración nasal de oxígeno puede hacerse con niveles bajos de uno a tres litros por minuto. La llamada Oxy-Hood, aunque es más adecuada, requiere mayor flujo de oxígeno, de hasta ocho litros por minuto, además de un compresor que mezcle el aire. La humidificación continua del aire por medio de vaporizadores no ha probado su eficacia y por lo tanto no es indispensable en el tratamiento de estos pacientes. La ingesta de líquidos debe vigilarse cuidadosamente por el riesgo de edema pulmonar y sobrehidratación. Habitualmente se prescribe entre 70 y 80% de los requerimientos basales diarios recomendados. El uso de medicamentos como la teofilina, los simpaticomiméticos, anticolinérgicos y corticosteroides, es todavía controversial y muchos autores no lo recomiendan ya que la mayoría de estudios no ha demostrado que causen alteración alguna en la historia natural de la enfermedad. Después de la fase aguda en niños con sibilancias persistentes, la beclometasona inhalada por vía oral puede ser valiosa reduciendo la frecuencia de los síntomas, pero no es una práctica estándar aceptada. Aunque la fisioterapia respiratoria es en general efectiva para el aclaramiento de las secreciones bronquiales, no hay estudios que prueben su efectividad en la bronquiolitis. (AIEPI, 272)

PREVENCIÓN

El VSR está presente en grandes cantidades en las secreciones del tracto respiratorio de personas sintomáticas infectadas con el virus y puede transmitirse directamente por medio de gotas grandes de las secreciones de estas personas, durante el contacto cercano con ellas, o también indirectamente por las manos contaminadas con el VSR o fomites. Se ha informado de bronquiolitis o neumonía que amenaza la vida en niños con compromiso cardíaco, pulmonar o de su sistema inmune. Debe tomarse

medidas para controlar la transmisión nosocomial, sobre todo hacia estos individuos de alto riesgo. Las precauciones vinculadas con un descenso en la incidencia de las infecciones nosocomiales por el VSR, son el estricto lavado de manos, el uso de guantes y de batas. (AIEPI, 273)

La circulación viral producto de la vigilancia de virus respiratorios realizada en la provincia de Jujuy, muestra la detección de los primeros casos de Influenza en los meses de marzo-abril. Con 2 casos fallecidos a la fecha en los meses de marzo/abril. Ante esta situación y con el antecedente de los alertas emitidos por los organismos internacionales (OPS/OMS) sobre la ocurrencia de casos de Influenza con mayor gravedad a los ocurridos en años anteriores, en varios países de la región de las Américas; y la situación de Argentina, donde se notificó un aumento de casos graves y fallecidos en varias provincias desde el mes de febrero, de pacientes con Influenza A-H1N1; es que desde la Coordinación de Epidemiología se propone la elaboración del presente documento, con el objeto de disminuir la morbimortalidad de este evento; proponiendo una serie de actividades, pautas normativas y acciones integradas con los diferentes sectores del proceso de atención médica. (Coordinación Epidemiológica/ ministerio de salud de Jujuy, 2016, p. 2)

DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Porto & Garde (2008), revelan que la información son datos supervisados y ordenados, y en algunos casos los padres de los recién nacidos no poseen cierta información necesaria por el cuidado de su salud. Cuando asisten a los servicios de salud los padres a veces no reciben asesoramiento adecuado ya que el mismo es impartido con vocabulario técnico o sin adecuar a las características culturales de los mismos.

Para definir qué información poseen los padres se toma la definición de la OMS AIEPI quien define a la IRA como infecciones del tracto respiratorio causada por virus o bacterias y con la presencia de signos y síntomas y que los mismos varían de acuerdo al estado inmunitario y dependiendo del microorganismo patógeno, estos síntomas son informados por la madre cuando realiza la consulta médica.

Para el estudio se toman como dimensiones e indicadores:

- **Manifestaciones respiratorias más sobresalientes:** Un niño puede presentar respiraciones rápidas, respiración ruidosa secreción nasal, malestar, fiebre, tos, color azulado de labios y uñas, decaimiento.
- **Complicaciones:** Respiración bucal, obstrucción nasal, ruido al respirar, dificultad para ingerir alimentos.
- **Medidas preventivas:** En el control de la IRA, la inmunización, mejorar el medio ambiente, el control prenatal, lactancia materna, nutrición acorde a la edad del niño y evitar el enfriamiento del niño, evitar el contacto con otros niños enfermos.

OBJETIVO GENERAL

Establecer que información poseen los padres en cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en el recién nacido afectado, en el periodo Marzo a Agosto del año 2019.w

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer que información poseen los padres en cuanto manifestaciones clínicas de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en el recién nacido afectado.
- Mostrar que información poseen los padres en cuanto a complicaciones de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en el recién nacido afectado.
- Indicar que información poseen los padres en cuanto a las medidas preventivas de las infecciones respiratorias agudas (IRA), del recién nacido afectado.

CAPÍTULO II

Diseño

Metodológico.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo, de corte transversal, para conocer la información poseen los padres en cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en el recién nacido afectado, en el periodo marzo a agosto del año 2019.

Descriptivo: Porque buscará describir la información poseen los padres en cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en el recién nacido afectado.

Transversal: Según el periodo y secuencia del estudio es de corte transversal porque se realizara un corte en el tiempo y la variable será estudiada por única vez.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
INFORMACIÓN en cuanto a las IRA que poseen los padres de los niños recién nacidos afectados del Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana”.	SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE LAS IRA.	<ul style="list-style-type: none">• RESPIRACIONES RÁPIDA.• RESPIRACIÓN RUIDOSA.• SECRECIÓN NASAL.• FIEBRE.• TOS.• CIANOSIS PERI BUCAL, PERIFÉRICA.• DECAIMIENTO.
	COMPLICACIONES DE LA IRA.	<ul style="list-style-type: none">• OBSTRUCCIÓN NASAL.• RUIDO AL RESPIRAR.• DIFICULTAD PARA INGERIR ALIMENTOS.
	MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA (IRA).	<ul style="list-style-type: none">• NUTRICION.• LACTANCIA MATERNA.• CARNET DE VACUNACION COMPLETO.• CONTROL PRENATAL.

POBLACION O UNIVERSO

Para este proyecto de investigación se tomara aproximadamente a 150 padres de los recién nacidos que llegan a la guardia de consultorio externo de neonatología del Hospital de Niños Héctor Quintana, con dificultad respiratoria.

Criterios de inclusión: este estudio incluye a los padres de los recién nacidos afectados por infecciones respiratorias agudas que asistan a la guardia de neonatología.

Criterios de exclusión: este estudio excluye a los padres de los recién nacidos que asistan a la guardia de neonatología refiriendo otras patologías.

FUENTE, TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Fuente de Información

Para la recolección de datos se recurrirá a una fuente primaria, ya que la información se obtendrá directamente de la población en estudio, mediante el contacto directo de los propios sujetos investigados. Para garantizar los aspectos ético-legales, se diseña como instrumento el cuestionario, para que los padres se puedan sentir más libre al responder; no obstante, las preguntas serán diseñadas para que todos las interpreten de igual manera y así poder asegurar la espontaneidad, por lo que la misma será anónima.

Técnica e instrumento

La técnica de recolección de los datos será la encuesta en modalidad de cuestionario auto administrado con preguntas estructuradas y no estructuradas, para su elaboración los investigadores tuvieron en cuenta los indicadores y variable en estudio. El cuestionario consta de preguntas, además de preguntas introductorias de datos identificatorios y nivel de escolaridad (*Ver anexo III*). Para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicara una prueba piloto a 6 padres.

PLANES

I. Recolección de datos

La recolección de los datos se realizara con la previa autorización de las autoridades tales como director y jefa del servicio de Neonatología (*Ver anexo I*) en donde se aplicara la entrevista, a través de la presentación de una nota escrita y el consentimiento informado de los padres que aceptan participar en el estudio.

Se le entregará a cada uno de los entrevistados un consentimiento informado de manera escrita (*Ver anexo II*).

Los datos serán recolectados durante el periodo de cuatro meses, sin tener en cuenta los días de fin de semana, en los horarios correspondientes al turno noche de 20 hs. a 6.30 hs. y turno mañana de 6.30 hs. a 14 hs., en el servicio de consultorio de guardia en Neonatología del Hospital de Niños Héctor Quintana.

Para realizar la entrevista se procederá a una introducción de carácter verbal y de una explicación sencilla del tema a indagar, aclarando los objetivos y de forma anónima.

II. Procesamiento de datos

Se procederá a ordenar los instrumentos de recolección de dato de n°1 a la n° 150, de modo que se transcriban en una tabla maestra en el programa de Excel (*Ver anexo IV*), estableciendo la frecuencia de cada variable e interpretación respectiva en gráficos de barra simple. A modo de ejemplo se presenta las siguientes tablas.

CATEGORÍA DE DATOS

Para medir la variable “Información en cuanto a las IRA que poseen los padres de los niños recién nacidos afectados del Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana”.

Se considerara que el padre posee información si su respuesta tomara los determinantes y sus indicadores:

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE LAS IRA

• Respiraciones rápida	SI	NO
• Respiración ruidosa	SI	NO
• Secreción nasal	SI	NO
• Fiebre	SI	NO
• Tos	SI	NO
• Color azulado de labios y uñas	SI	NO
• Decaimiento.	SI	NO

Se considerar que el padre no posee información si de 5 indicadores responde 3.

COMPLICACIONES DE LA IRA

• Obstrucción nasal	SI	NO
• Ruido al respirar	SI	NO
• Dificultad para ingerir alimentos	SI	NO

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA (IRA)

• Nutrición	SI	NO
• Lactancia materna	SI	NO
• Carnet de vacunación completo	SI	NO
• Control prenatal	SI	NO

III. Plan de Presentación de Datos

Se emplearán tablas y gráficos para la presentación de los datos personales y demográficos de las personas encuestadas, para conocer la población en estudio; y una tabla por cada dimensión para plasmar las respuestas según la categorización anteriormente estipulada, permitiendo relacionar las frecuencias y porcentajes de cada una de las dimensiones en estudio.

Se exponen a continuación algunas tablas a modo de ejemplo, que serán construidas cuando el proyecto sea ejecutado, una vez obtenidos los datos.

TABLA A: Sexo de los padres de neonatos afectados con IRA en el Hospital Materno Infantil de la Provincia de Jujuy durante el periodo de Marzo a Agosto del año 2019.

SEXO	FRECUENCIA	%
Femenino.		
Masculino.		
TOTAL		

Fuente: Cuestionario.

TABLA B: Edad de los padres de neonatos internados en el Hospital Héctor Quintana de la Provincia de Jujuy durante el período de Marzo a Agosto del año 2019.

EDAD	FRECUENCIA	%
Menos de 20 AÑOS.		
21 – 25 AÑOS.		
26 – 30 AÑOS.		
31 – 40 AÑOS.		
Más DE 40 AÑOS.		
TOTAL		

Fuente: Cuestionario.

TABLA C: Nivel de instrucción escolar de los padres de neonatos internados en el Hospital Héctor Quintana de la Provincia de Jujuy durante el período de Marzo a Agosto del año 2019.

INSTRUCCIÓN ESCOLAR	FRECUENCIA	%
Primario completo.		
Primario incompleto.		
Secundario completo.		
Secundario incompleto.		
Terciario y/o Universitario completo.		
Terciario y/o Universitario incompleto.		
TOTAL		

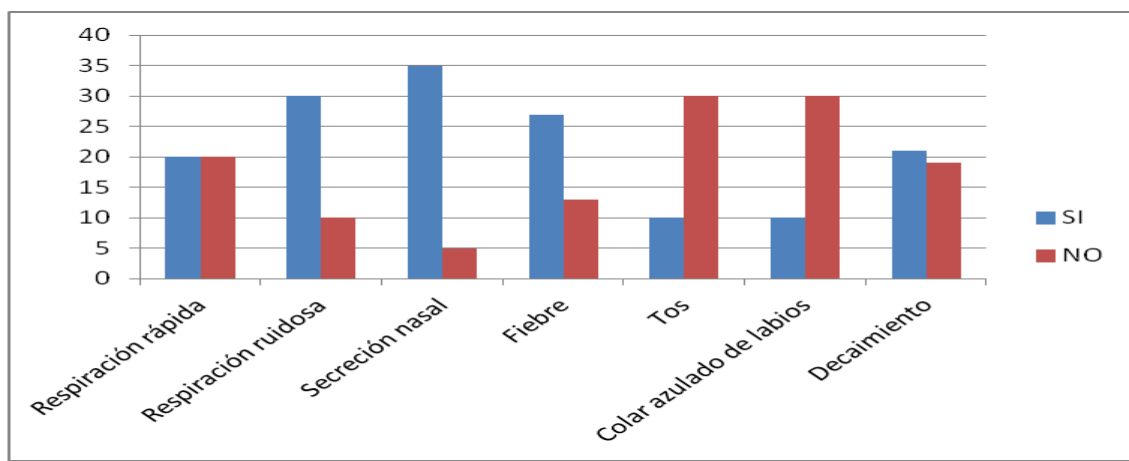
Fuente: Cuestionario.

TABLA 1: Información poseen los padres en cuanto a los signos y síntomas de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en el recién nacido afectado del Hospital Héctor Quintana en el periodo de Marzo a Agosto del año 2019.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA IRA	SI	NO
Respiraciones rápidas.		
Respiración ruidosa.		
Secreción nasal.		
Fiebre.		
Tos.		
Cianosis peri bucal y periférica.		
Decaimiento.		
TOTAL RTAS.		

Fuente: Cuestionario.

GRAFICO 1



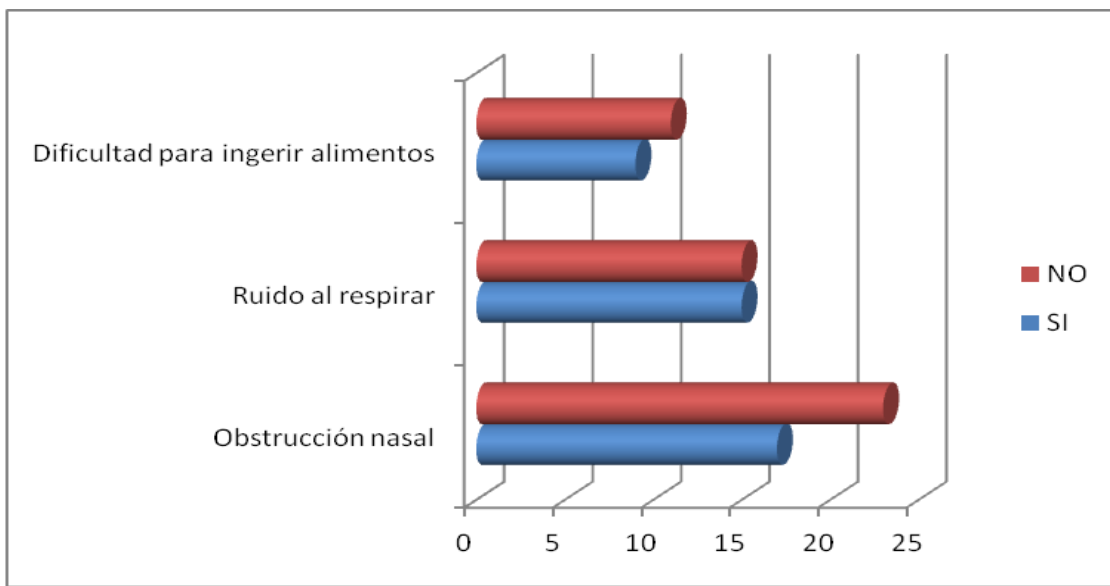
Fuente: Tabla 1.

TABLA 2: Información poseen los padres en cuanto a complicaciones de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en el recién nacido afectado del Hospital Héctor Quintana en el periodo de Marzo a Agosto del año 2019.

COMPLICACIONES DE LAS IRA	SI	NO
Obstrucción nasal.		
Ruido al respirar.		
Dificultad para ingerir alimentos.		
TOTAL RTAS.		

Fuente: Cuestionario.

GRAFICO 2



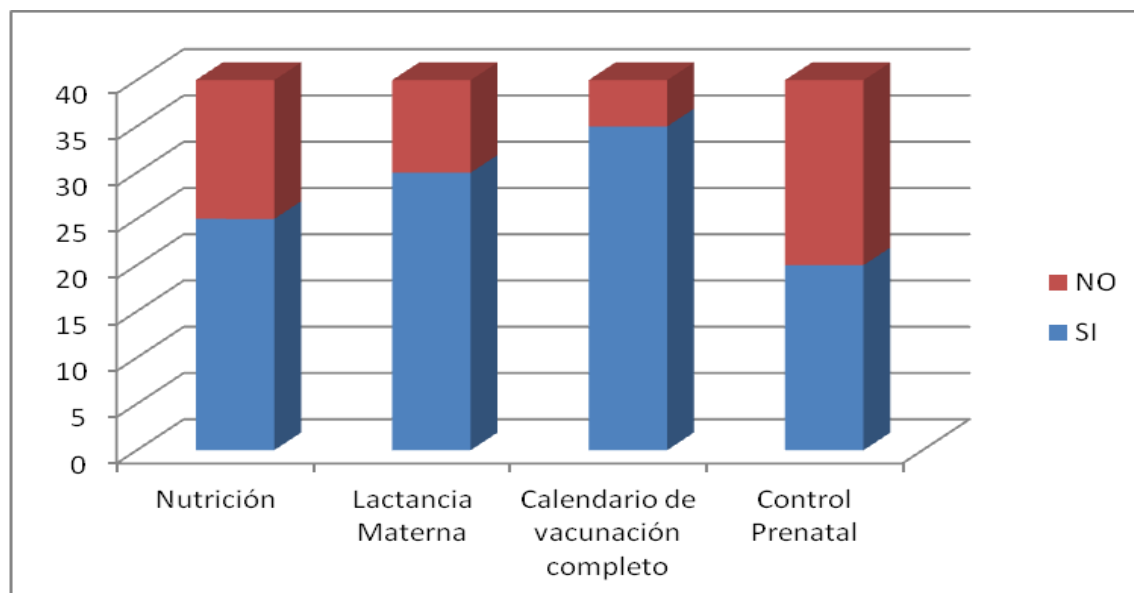
Fuente: Tabla 2.

TABLA 3: Información poseen los padres en cuanto a las medidas preventivas de las infecciones respiratorias agudas (IRA), del recién nacido afectado del Hospital Héctor Quintana en el periodo de Marzo a Agosto del año 2019.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE IRA	SI	NO
Nutrición.		
Lactancia materna.		
Carnet de vacunación completo.		
Control prenatal.		
TOTAL RTAS.		

Fuente: Cuestionario.

GRAFICO 3



Fuente: Tabla 3.

TABLA 4: Información poseen los padres en cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en el recién nacido afectado del Hospital Héctor Quintana en el periodo Marzo a Agosto del año del año 2019.

INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS PADRES EN CUANTO A LAS IRA		SI	NO
Signos y Síntomas de la IRA.			
Complicaciones de la IRA.			
Medidas de Prevención de la IRA.			
TOTAL RTAS.			

Fuente: Cuestionario.

IV. Análisis de datos

El análisis de los datos se realizará en la 4° semana de Junio y 1°, 2° y 3° semana de Julio del año 2019 detenidamente y mediante la aplicación de la estadística descriptiva, en la que se compararán toda la información obtenida, luego del procesamiento de los datos, se analizará toda la información que poseen los padres en cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), teniendo en cuenta el total de respuestas de los sujetos encuestados. El programa informático para el análisis de los resultados será Microsoft Office Excel 2013. La estadística descriptiva arrojará datos relevantes para los investigadores y también para quienes utilicen la investigación realizada para trabajos futuros.

PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
HUMANOS			
• Investigadoras.	1	Sin costo	\$0
MATERIALES			
• Artículos de librería.	Varios	\$ 200	\$ 200
• Impresiones.	Varias	\$ 500	\$ 500
• Encuadernaciones.	1	\$1.200	\$ 1.200
TÉCNICOS			
• Computadora.	1	\$0	\$ 0
• Calculadora.	1	\$ 200	\$ 200
• CD.	2	\$ 30	\$ 60
GASTOS VARIOS			
• Refrigerio.	Varios	\$ 300	\$ 300
• Transporte.	Varios	\$ 300	\$ 300
• Imprevistos.	Varios	\$ 200	\$ 200
TOTAL PRESUPUESTO			\$ 3.060

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES	PERIODO 2019																											
	MAR.				ABR.				MAY.				JUN.				JUL.				AGO.							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Revisión del proyecto.																												
Recolección de datos.																												
Presentación de datos.																												
Procesamiento de datos.																												
Análisis de datos.																												
Elaboración de informes.																												
Publicación.																												

BIBLIOGRAFIA

- Ramos. (2011). Conocimiento que poseen las madres de los menores de cinco años sobre el manejo de las IRA. Univ. Nacional Mayor de San Marco. Lima Perú, Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1013/1/Alarcon_ra.pdf
- Julián Pérez Porto, Ana Gardey. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definicion.de concepto de información. Recuperado de: <https://definicion.de/informacion/>
- Ministerio de salud de la Nación. Abordaje integral de las infecciones respiratorias. Sexta edición. (Año 17, 03, 2011). Recuperado de: <http://www.msaludjujuy.gov.ar:8081/archivos/respiratorias/Documento%20Preliminar%20Inf>
- García. (junio, 5, 2016) Definición de Recién Nacido o Neonato. Recuperado de: <http://alfinpadres.com/definicion-de-neonato-o-recien-nacido-al-fin-padres/>
- Ministerio de salud de la Nación. Abordaje integral de las infecciones respiratorias. Sexta edición. (Año 17, 03, 2011). Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/enf-resp-guia.pdf>
- Organización mundial de la salud. (año 2017). Recuperado de: http://www.who.int/topics/infectious_diseases/es/
- Ministerio de salud. Coordinación de Epidemiología. (Año 2016). Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/boletines_epidemiologia/pdfs/BEP45_IRAWEB.pdf
- Programa nacional de IR. Dirección nacional de maternidad e infancia. (2008) Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-02-08/anexo-11-acta-02-08.pdf>
- Pedro Sarasqueta. Archivo Argentino de Pediatría. (mar. /abr. 2006). Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752006000200012&script=sci_arttext&tlng
- Ciencia y sociedad (2014,30, diciembre) en Jujuy entre las provincias con más alta mortalidad infantil. Perico noticias. Recuperado de: <http://periconoticias.com.ar/ujuy-entre-las-provincias-con-mas-alta-mortalidad-infantil/>
- Ministerio de Salud y Prot. Soc. (2017). Infecciones Respiratorias Agudas. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx)
- OMS. (2017). Atención integrada a las enfermedades prevalente de la infancia (AIEPI) Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
- Morales (2015). Conocimiento y relación con las prácticas preventivas de las IRA las madres de los niños menores de cinco años. Peru. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/302971223/Proyecto-de-Tesis-Infecciones-Respiratorias-Agudas>

ANEXOS.

ANEXO I. NOTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACION.



2018 - 'Año del Centenario de la Reforma Universitaria'

San Salvador de Jujuy, Marzo del 2019.

DIRECTORA DEL HOSPITAL MATERNO - INFANTIL

DR. HÉCTOR QUINTANA

DRA. ALICE VARGAS

S...../.....D:

La que suscribe; CAUCOTA, Lorena Vanesa, estudiante de la Universidad Nacional de Córdoba que cursa la materia de Taller de Trabajo Final, se dirige a usted, y por su intermedio a quien corresponda, a los efectos de solicitar autorización para realizar un cuestionario a los padres que asisten a la guardia del Hospital con el fin de realizar un estudio de investigación referido a "Qué información en cuanto a las infecciones respiratorias agudas poseen los padres de los niños recién nacidos" en el hospital a su cargo, en el periodo de Marzo a Agosto del año 2019.

A la espera de una respuesta favorable, saluda a usted muy atentamente.

.....
CAUCOTA, Lorena Vanesa.

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



2018 - 'Año del Centenario de la Reforma Universitaria'

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: *“Información en cuanto a las infecciones respiratorias agudas que poseen los padres de los niños recién nacidos del Hospital Materno Infantil ‘Dr. Héctor Quintana’”*

INVESTIGADOR RESPONSABLE: CAUCOTA, Lorena Vanesa.

Al participar de este estudio yo estoy de acuerdo en que se me solicite contestar una encuesta relativa a información en cuanto a las infecciones respiratorias agudas.

Yo entiendo que:

1. Que no se me aplicaran a mí, ni a mi hijo, ningún procedimiento ni Intervención que ocasione riesgo para mi salud.
2. Yo podré retirarme de esta encuesta en cualquier momento sin dar razones.
3. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, y será de forma Anónima.
4. Si rechazo participar de este proyecto, no existirán cambios en la atención brindada a mi o a mi hijo(a)
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

ACEPTO PARTICIPAR SI..... NO.....

LUGAR Y FECHA de..... de 2019.

.....
Firma del participante.

.....
Firma y sello de la investigadora.

ANEXO Nº III. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.



2018 - 'Año del Centenario de la Reforma Universitaria'

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente cuestionario, es un instrumento que tiene como propósito desarrollar información sobre *“Información en cuanto a las infecciones respiratorias agudas que poseen los padres de los niños recién nacidos del Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana”*. La información que Ud. brinde será valiosa para la realización de este trabajo; la misma reviste carácter de confidencialidad y es anónima. Consta de preguntas cerradas, abiertas y opciones múltiples.

INSTRUCTIVO: Responda y marque con una “X” las respuestas que considere según su criterio. Puede marcar más de una opción.

CUESTIONARIO

Nº de encuesta: (No llenar)

Lugar y Fecha: San Salvador de Jujuy,.....Marzo del 2019.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

a- Edad:

- Menos de 20.
- Entre 20 a 30.
- Entre 31 a 40.
- Más de 40 años.

b- Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

c- Nivel de instrucción escolar

- Primario completo.
- Primario incompleto.
- Secundario completo.
- Secundario incompleto.
- Terciario y/o Universitario completo.
- Terciario y/o Universitario incompleto.

1. *¿Cómo usted se da cuenta de que su niño tiene algún problema respiratorio?*

- A.** ¿Reconoce la Respiración rápida como signo de alarma?
- B.** ¿Considera la Respiración ruidosa?
- C.** ¿Observa Secreción nasal?
- D.** Considera Fiebre
- E.** Tos
- F.** ¿Cianosis (labios azules) en boca y uñas?
- G.** ¿Observa Decaimiento?

2. *¿Cuándo su hijo tiene algún problema respiratorio que dificultades presenta?*

- A.** Obstrucción nasal.....
- B.** Ruido al respirar.....
- C.** Dificultad para ingerir alimentos.....

3. *¿Qué medidas utilizaría usted para evitar que su hijo se enferme?*

- A.** Buena nutrición.....
- B.** Lactancia materna.....
- C.** Completar el carnet de vacuna de su niño.....
- D.** Ventilar el ambiente.....

ANEXO IV. TABLA MATRIZ

N°	DATOS IDENTIFICATORIOS												
	Edad					Sexo		Instrucción escolar					
	- 20	21 - 25	26 - 30	31 - 40	+40	F	M	P.C.	P.I.	S.C.	S.I.	T.U.C.	T.U.I.
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
...													
...													
...													
150													

N°	INFORMACION DE LOS PADRES														
	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA IRA							COMPLICACIONES DE LAS IRA			MEDIDAS PREVENTIVAS				
	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	A	B	C		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
...															
...															
...															
150															