



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**

**CONOCIMIENTO DE PADRES Y/O
CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2
AÑOS DE EDAD, RESPECTO A LOS SIGNOS
DE ALARMA DE LAS INFECCIONES
RESPIRATORIAS**

Autoras:

Patricia Casco
Mary Fagúndez
Analía Pérez
Mariana Ramón
Flavia Teixeira

Tutoras:

Prof. Agda. Mag. Annalet Viera

Montevideo, 2015



INTEGRANTES

- Br. Casco Patricia
- Br. Fagúndez Mary
- Br. Pérez Analía
- Br. Ramón Mariana
- Br. Teixeira Flavia



AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de la institución, auxiliares de enfermería, licenciados y médicos, así como también a usuarios por su buena disposición ante las entrevistas.

A la institución que anónimamente permitió llevar a cabo dicha investigación.

A Prof. Agda. Mag. Annalet Viera por su tiempo brindado, correcciones y sugerencias.

A Pablo Fernández quien colaboró con la enseñanza para utilizar el programa estadístico SPSS.

Y un especial agradecimiento a quienes nos apoyan, contienen y nos alientan desde el comienzo de nuestra carrera, familia y amigos.



INDICE

| | |
|--------------------------------------------|----|
| Resumen..... | 06 |
| Introducción..... | 09 |
| Problema de investigación..... | 11 |
| Objetivos..... | 11 |
| Antecedentes..... | 12 |
| Justificación..... | 14 |
| Marco conceptual..... | 17 |
| Diseño metodológico | 30 |
| Resultados..... | 37 |
| Análisis..... | 64 |
| Conclusiones..... | 68 |
| Bibliografía..... | 71 |
| Anexos..... | 74 |
| 1. Nota de solicitud de autorización | 74 |
| 2. Diagrama de Gannt..... | 76 |
| 3. Presupuesto de la investigación..... | 77 |
| 4. Consentimiento informado..... | 78 |



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra salud del niño, niña y adolescente



| | |
|--------------------------------------------------|----|
| 5. Instrumento..... | 80 |
| 6. Instrucciones de llenado del instrumento..... | 82 |

RESUMEN

La presente investigación se realizó en un servicio de salud de primer nivel de atención, con el objetivo de determinar el conocimiento que poseen los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad, sobre signos de alarma de las afecciones respiratorias.

Uruguay presenta un índice de mortalidad infantil de 13,6% en relación a enfermedades respiratorias, según lo indica el MSP. En nuestro país la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) muestra una tendencia decreciente. Este indicador demográfico negativo posee relación estrecha con el índice de desarrollo humano, es decir con el desarrollo económico, social y educativo del país.

En 1996 se implementó la estrategia AIEPI como la principal estrategia para mejorar la salud de la niñez en las Américas. La cual brinda instrucciones sobre las enfermedades y problemas. Establece el tratamiento que debe administrarse en cada caso y la necesidad de aplicar medidas de prevención y promoción de salud durante la infancia.

Las infecciones respiratorias constituyen una de las primeras causas de consultas médicas y de morbilidad.

De la investigación se obtuvo que los signos y síntomas de alarma se conocen en un 97,5%. Sin embargo signos y síntomas que deben ser reconocidos para la consulta en tiempo oportuno se desconocen en la mayoría de la población.



En cuanto a la información brindada en los centros de salud resulta escasa en un alto porcentaje de los casos; el 33,3% adquirió la información a través del equipo de salud, lo cual evidencia que se debe fortalecer la estrategia AIEPI. Se logra mediante esta investigación obtener una caracterización de la población que permite relacionarla con el centro de salud y consecuentemente con la influencia de la estrategia AIEPI en ellos.

PALABRAS CLAVES: signos de alarma, infecciones respiratorias, cuidado infantil, primera infancia, estrategia AIEPI.

GLOSARIO

ABREVIATURAS

| | |
|-------|------------|
| Lic. | Licenciado |
| Dr. | Doctor |
| Br. | Bachiller |
| Prof. | Profesor |
| Adj. | Adjunto |
| DOC. | Docente |
| Hr. | Hora |

SIGLAS

| | |
|--------|-----------------------------------------------------------|
| AIEPI | Atención integral enfermedades prevalentes en la infancia |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| MSP | Ministerio de Salud <i>de Salud</i> |
| ASSE | Administración de los Servicios de Salud del Estado |
| UdelaR | Universidad de la República |
| RRHH | Recursos Humanos |
| RRMM | Recursos Materiales |
| RRFF | Recursos Financieros |
| IR | Infección respiratoria |
| IRA | Infección respiratoria alta |
| IRB | Infección respiratoria baja |
| TFI | Tesis final de investigación |
| RN | Recién nacido |
| FR | Factores de riesgo |

INTRODUCCION

El siguiente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, cursando el segundo módulo del cuarto ciclo, Trabajo Final de Investigación (TFI) del Plan de Estudio 1993, en la Cátedra Salud del niño, niña y adolescente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

El mismo se llevó a cabo en un servicio de salud de primer nivel de atención, de la zona periférica de Montevideo, enfocado en el conocimiento que poseen los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad sobre signos de alarma de las infecciones respiratorias, durante el período de tiempo comprendido entre el 15 de junio y el 25 de julio de 2015; coincidentemente con los meses de mayor incidencia de enfermedades respiratorias dadas las condiciones climáticas de Uruguay y constatado por el personal de enfermería de las policlínicas pediátricas del servicio de salud.

Se selecciona a la población con niños y niñas de 0 a 24 meses de edad, por ser el grupo etario más vulnerable.

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se establecieron objetivos y para su cumplimiento se recabaron datos, a punto de partida de un instrumento (formulario de encuesta), los cuales fueron procesados a través del programa estadístico SPSS.



Del análisis de los datos se concluye que se logra determinar el conocimiento que poseen los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad con respecto a los signos de alarma de las infecciones respiratorias, se identifica que los mismos se conocen en un 97,5%, siendo los mayormente mencionados, tos y fiebre, en un 60 % de los casos. Sin embargo, signos y síntomas que deben ser reconocidos para la consulta oportuna, se desconocen en la mayoría de la población.

La información brindada en los centros de salud resulta escasa en un alto porcentaje de los casos, ya que los usuarios refieren que han adquirido la información mediante medios no formales como la familia y allegados.

Se logra mediante esta investigación obtener una caracterización de la población que permite relacionarla con el servicio de salud y consecuentemente con la influencia de la estrategia AIEPI en ellos.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué Conocimiento poseen los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad respecto a los signos de alarma de las infecciones respiratorias?

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Determinar el conocimiento respecto a los signos de alarma de las infecciones respiratorias que poseen los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la población de estudio.
- Indagar sobre el conocimiento que poseen los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años respecto a signos de alarma de infecciones respiratorias.
- Conocer qué medidas de confort realizan los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años con IR.
- Determinar qué medidas preventivas realizan los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad que asisten a la consulta con respecto a las IR.

ANTECEDENTES

Uruguay presenta un índice de mortalidad infantil de 13,6% en relación a enfermedades respiratorias, según lo indica el Ministerio de Salud Pública (MSP).¹ Se evidencia una tasa de mortalidad infantil decreciente en el país, alcanzando en 2012 el 9,3 cada 1000 nacidos vivos.

En el servicio de salud asignado, durante el período de abril a setiembre de 2014, se constató que un 52% de las consultas en niños de 0 a 6 meses fueron por afecciones respiratorias.

Causas y factores probables: Las infecciones respiratorias constituyen la primera causa de consultas médicas y de morbilidad tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

Las principales causas corresponden al medio ambiente desfavorable, condiciones climáticas y condiciones de higiene, entre otros.

El MSP ha desarrollado programas como el Plan Aduana, ha adoptado y ejecutado la estrategia AIEPI a nivel de la RAP metropolitana, para favorecer medidas de promoción, prevención y tratamiento de la salud y el cuidado infantil.

A nivel nacional no se tuvo acceso a investigaciones relacionadas al tema en estudio; sin embargo se encontraron dos investigaciones previas. La primera se

ubica en San Salvador, Nicaragua, perteneciente a estudiantes de la Universidad Autónoma.

La misma estudió el conocimiento de los signos de alarma en afecciones respiratorias y diarreicas en niños de 2 meses a 5 años de edad, en el año 2012. Concluye que la mayoría de los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años tienen un inadecuado conocimiento sobre los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas. Los factores socioeconómicos relacionados con este desconocimiento son, la edad de la madre, la baja escolaridad de los padres o responsables, el bajo ingreso económico y la poca asistencia a los controles infantiles y la mala o poca información recibida sobre el tema.

La segunda investigación sobre el grado de conocimiento de los signos de alarma en insuficiencia respiratoria aguda y la enfermedad diarreica por los cuidadores de niños menores de cinco años, se realizó en el año 2009 en Lima (Perú). Se obtuvo como resultado que la falta de conocimiento es uno de los principales problemas asociados a la gravedad de las enfermedades en niños menores de 5 años atendidos en los servicios de salud y la demora de la consulta por desconocimiento puede provocar agravamiento de los signos.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

En nuestro país la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) muestra una tendencia decreciente. Entre 1990 y 2012 se redujo de 20,4 a 9,1 por mil nacidos vivos.

Se encuentra entre las más bajas de la región. Este indicador demográfico negativo está estrechamente relacionado con el índice de desarrollo humano y por lo tanto con el grado de desarrollo económico, social y educativo del país.

La TMI se compone por la tasa neonatal y la tasa post-neonatal. Las principales causas de mortalidad neonatal son prematuridad (52 %) y malformaciones congénitas (29%). El 60% de las muertes neonatales ocurren en los primeros 7 días de vida. En relación a la post-neonatal, encontramos muerte de causa mal definida (26%), malformaciones congénitas (21%) y enfermedades respiratorias (13%). Varias muertes podrían ser evitables si se aplican medidas de promoción de salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.²

Se decidió trabajar con la problemática de las enfermedades respiratorias ya que son de alta incidencia; y no obstante de gran importancia a nivel nacional, dado que abarcan un 13,6% de mortalidad infantil en el Uruguay.

Las infecciones respiratorias altas suelen, sino son tratadas en tiempo y de manera adecuada, derivarse en enfermedades respiratorias bajas. Datos del Departamento de Información Poblacional del Ministerio de Salud Pública (MSP), señalan que en el año 2003 las neumonías y otras infecciones

respiratorias bajas representaron la sexta causa de muerte infantil y la tercera causa de mortalidad en el período post neonatal.

Aproximadamente doce millones de niños nacen en Latinoamérica y el Caribe. Alrededor de 400.000 mueren antes de cumplir 5 años; 200.700 fallecen antes del primer año y 180.000 durante el primer mes de vida.

No obstante entre 1990 y 2003 la TMI descendió de 43 por mil nacidos vivos a 25 por mil, las causas de la pérdida de vida pueden ser prevenibles o tratadas si son detectadas en forma temprana, como la desnutrición e infecciones y enfermedades respiratorias, que son responsables de una de cada 4 muertes en menores de 5 años.

En 1996 se implementó la estrategia AIEPI como la principal estrategia para mejorar la salud de la niñez en las Américas. La implementación de ésta contempla la participación de los servicios de salud, la familia y la comunidad.

AIEPI proporciona conocimientos, los cuales brindan instrucciones claras sobre las enfermedades y problemas; y establece el tratamiento que debe administrarse en cada caso así como las indicaciones para controlar el tratamiento, identificar la necesidad para aplicar medidas de prevención e informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de salud infantil.

Teniendo en cuenta el rol del Licenciado en Enfermería a nivel comunitario, se considera fundamental indagar sobre los conocimientos que poseen los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad, sobre signos de alarma



de las afecciones respiratorias, para poder realizar intervenciones oportunas que permitan contribuir a disminuir los procesos mórbidos en la población infantil.

MARCO CONCEPTUAL

Se comienza por definir que es el Hombre, “un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva, es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de si mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psico - biológico, aún, cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del Hombre”.

El grupo primario de pertenencia de los individuos se le denomina familia. La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."La familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea.

Un derecho fundamental de todo individuo es la Salud: se entiende la misma como “ una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social” Por otra parte, la Facultad de

Enfermería, UDELAR, define a la salud como “Un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad racional y a la situación salud enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”.

Consideramos citar el concepto de salud pública ya que nuestro trabajo se enmarca dentro del mismo y definimos esta como “...una práctica, un conjunto de disciplinas y, en especial, como la respuesta organizada de una sociedad para satisfacer las necesidades en salud de sus integrantes. Como campo de práctica, la salud pública es necesariamente intersectorial e interdisciplinaria. Y, como una respuesta organizada de la sociedad, es una responsabilidad social e institucional. Su propósito es el mantenimiento y mejoramiento de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas y sociales basadas en la reducción de las desigualdades sociales hasta aproximarse al ideal ético que sea posible lograr de acuerdo al desarrollo tecnológico alcanzado por la humanidad y a los recursos y oportunidades disponibles. Su objeto de estudio y de trabajo es el proceso de salud- enfermedad de las poblaciones humanas”.

La Salud Pública implica la intervención técnica planificada sobre el ambiente ecológico-social de vida de la población humana y sobre la población misma,

con el objeto de eliminar riesgos para la salud; promover la salud; prevenir la enfermedad; curar la enfermedad cuando se ha producido, así como sus consecuencias”³. Las acciones de salud pública pueden resumirse en: Protección de la Salud, Prevención de la enfermedad, Promoción de la salud, Restauración del estado de salud.

Se entiende como Atención primaria de salud a la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y de autodeterminación.

La atención a la salud se organiza por niveles de atención. Los cuales son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos, a fin de satisfacer las necesidades; Se establecen basándose en los procedimientos de atención requeridos; para organizarlos son necesarios: RRHH y RRMM, Insumos y equipos, organizados en escalones de creciente complejidad. Dentro del Sistema de Salud del Uruguay, existen cuatro niveles de atención a través de los cuales se pueden asistir los/las usuarios/as, dentro de éstos, se halla el Primer Nivel de Atención, esencial para nuestra investigación; que según el Ministerio de Salud Pública, es la base del sistema de salud que atiende y resuelve el 80% de los problemas sanitarios de baja complejidad, es decir sin necesitar alta tecnología. En este nivel se agrupan aquellos servicios,

procedimientos y tipo de personal que el MSP considera deben estar accesibles en forma inmediata a la población.⁴

La Promoción de salud: es el “Proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.

Principios de la Promoción en Salud:

- Se ocupa de la población en su vida cotidiana, más que de las personas que están ya en riesgo de desarrollar determinadas enfermedades
- Combina enfoques muy diferentes para mejorar la salud: educación e información, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud, legislación.
- Depende especialmente de la participación de la población
- Los profesionales de la salud tienen un papel muy importante en el desarrollo de la promoción de la salud y en facilitar que estos procesos ocurran.

Bajo estos principios se desarrolla el accionar de la enfermera comunitaria: es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de la atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde vive, donde trabaja, donde estudia, donde se relaciona o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores; realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.

Actividades del Enfermero/a comunitario:

- Directas: son aquellas en las que la enfermera presta los cuidados al usuario, familia, grupo, comunidad.
- Semi-directa: Son aquellas que se dirigen a personas diferentes de la persona a la que corresponde el P.A.E, pero relacionadas de forma más o menos próxima y/o inmediatas a él.
- Indirectas: son aquellas que se centran en la mejora del sistema sanitarios y de los servicios de enfermería (planificación, gestión, docencia, etc.)
- programa: Un programa es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. (Ander Egg). Nuestra investigación se

desarrolla en el accionar de la enfermería comunitaria contenida en el programa aduana y la estrategia AIEPI.

La estrategia AIEPI se constituye actualmente en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez centrandó su atención en el estado de salud de los menores de 5 años de edad y no en las enfermedades que pueden afectarlos. De este modo reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para madres, padres y personal de salud. Además incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, así como su crecimiento y desarrollo saludable.

AIEPI a nivel de la atención en los servicios de salud combina actividades que habitualmente se realizan en forma fragmentada.

Los objetivos de la estrategia AIEPI son:

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la causada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, maltrato, trastorno nutricional y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.
- Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea,

parasitosis intestinal, meningitis, tuberculosis, malaria, así como sus complicaciones.

- Garantizar una adecuada calidad de atención de los niños menores de 5 años tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad.
- Fortalecer aspectos de promoción y prevención en la rutina de la atención de los servicios de salud y en la comunidad.

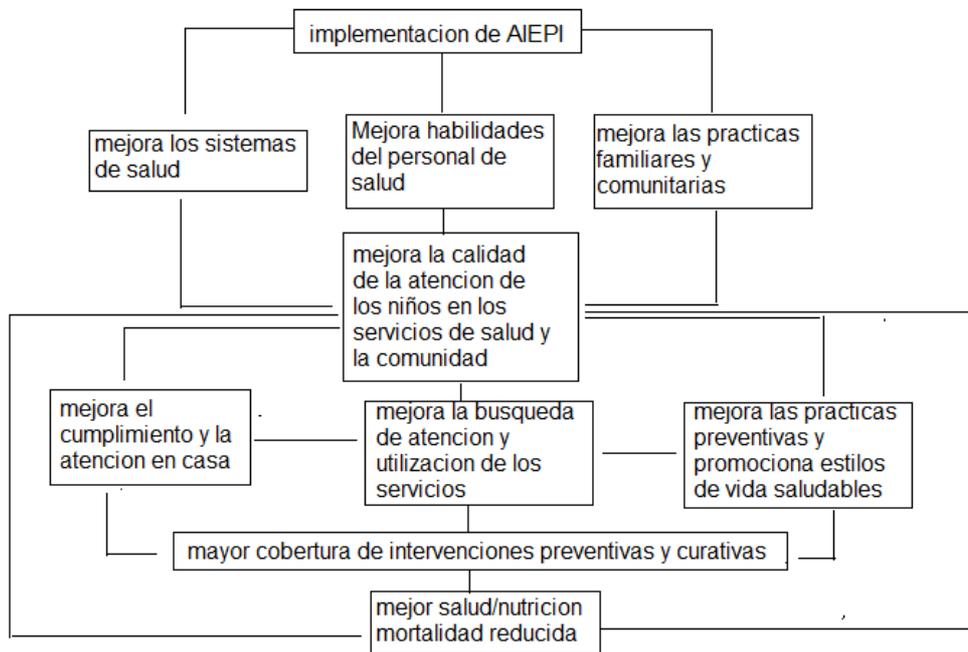
Por otro lado, AIEPI reconoce que el trabajo que se ha venido desarrollando en los servicios de salud tiene un impacto limitado, si no se considera que la madre y la familia tienen un papel vital en la recuperación, el mantenimiento y protección de la salud del niño en el hogar, para reducir la mortalidad y morbilidad de la niñez.

¿A qué responde la estrategia AIEPI? La Estrategia AIEPI le responde al país con una disminución de la mortalidad a corto plazo si los padres aprenden a reconocer los signos de peligro y consultan a tiempo y si el personal de salud capacitado detecta en forma rápida los niños que requieren atención hospitalaria y derivan en forma inmediata al nivel de atención que corresponde. A largo plazo disminuye mortalidad a través de la educación del personal de salud, de madres y cuidadores sobre cómo prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia, promueve y refuerza factores protectores como lactancia, nutrición, inmunización y afecto. La estrategia AIEPI le responde a los servicios de salud, mejorando la calidad de la atención de los mismos,

reduciendo costos y ofreciendo las herramientas para abordar los principales problemas de salud de los niños respondiendo así a la demanda. Además capacita al personal de salud para mejorar sus conocimientos y habilidades, permitiéndoles mejorar la calidad de la atención que se ofrece a los niños, así como una comunicación eficaz con la madre y la comunidad.

En conclusión, la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, es una estrategia que está basada en el derecho que todo niño tiene a ser atendido con calidad y calidez. Adopta un enfoque de identificación del riesgo, de integración total, respondiendo a las causas principales de morbilidad y mortalidad de niños y niñas de nuestro país.

Nos ofrece la posibilidad de colaborar en la disminución de las muertes evitables y de cambiar el enfoque de la consulta rutinariamente asistencial, a un enfoque preventivo y de promoción de la salud. Da respuesta a un perfil epidemiológico de transición con la introducción de nuevos componentes, una actualización basada en evidencias y un enfoque mayor de promoción y prevención, para que se logre el impacto esperado y se cumpla con el compromiso adquirido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Plan Nacional de Salud Pública⁵



Beneficios de la estrategia AIEPI:

- Políticos: trabajo activo y consciente por mejorar la salud familiar y fortalecer su rol social y participan en la gestión de salud.
- Económicos: AIEPI es una estrategia costo efectiva, que permite ahorrar recursos, al limitar el uso excesivo y poco racional de medicamentos y de medios diagnósticos en el manejo de enfermedades prevalentes.
- Sociales: no solo mejora la salud de la niñez sino también, la salud de la familia y la comunidad. Fortalece el empoderamiento de las personas, la equidad, el cumplimiento de los derechos de salud del binomio y favorece la participación comunitaria, y actores sociales.

Durante la infancia existe un alto grado de incidencia de enfermedades prevalentes, del cual seleccionamos para nuestro estudio las Infecciones respiratorias (IR). Las IR son afecciones muy frecuentes. Constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad.

Se clasifican según la localización: las IR altas, que son las que afectan al tracto respiratorio superior, y las IR bajas son las que afectan al tracto respiratorio inferior.

De acuerdo a la etiología podemos hacer dos tipos de clasificaciones: por un lado se distinguen las infecciones bacterianas, virales, parasitarias y fúngicas; Y por otro se puede diferenciarlas en específicas, es decir aquellas infecciones que son causadas por un agente en particular.

En el transcurso de una IR es imprescindible conocer los signos de alarma para control y tratamiento oportuno. Dentro de los cuales se observan: tos, fiebre, no se alimenta, disminución del apetito, llanto irritable, dificultad para respirar, aumento de la frecuencia respiratoria, cambio en la piel y mucosas, disminución de peso, entre otras. Existen factores de riesgo que hacen que las niñas o niños sean más propensos a padecer infecciones respiratorias como: bajo peso al nacer, lactancia materna ineficaz, hacinamiento, exposición al humo, desnutrición, esquemas incompletos de vacunación.

Para prevenir las mismas se pueden tomar las siguientes recomendaciones: controles en el recién nacido y lactante, recomendaciones para el sueño del

bebé, crianza y características del desarrollo acorde a la edad, vacunas vigentes, alimentación, lactancia exclusiva hasta los 6 meses, no tener exposición al humo de tabaco, cuidar el aire que respiramos en el interior del hogar, cuidar la casa de la humedad impidiendo que se junte vapor en los ambientes, evitar la aplicación de insecticidas en aerosol, no usar repelentes en menores de 2 años, evitar el contacto de los niños con personas afectadas por infecciones respiratorias, higiene de manos, cubrirse siempre la boca al toser o estornudar, vestimenta acorde al clima, no exponer al RN o lactante a corrientes de aire.

AIEPI posee un protocolo de cómo actuar ante cada situación. Estipula que el equipo de salud debe informar cuando la madre/padre o cuidador debe volver a consulta.

Su regreso al servicio de salud puede ser:

- Con urgencia, si aparecen signos de que la enfermedad empeora.
- Para una visita de seguimiento o control en un determinado lapso de tiempo.
- Para la próxima inmunización del niño.

Es particularmente importante enseñarle a la madre a reconocer los signos que indican la necesidad de regresar de inmediato.

Consulta de reevaluación y seguimiento AIEPI:

| SI EL NIÑO TIENE | Volver en |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Grado de deshidratación Sibilancias | 24 horas |
| Neumonía Diarrea con sangre Enfermedad febril, si la enfermedad persiste | 2 días |
| Diarrea persistente Infección aguda del oído Diarrea sin deshidratación, si persiste | 5 días |
| Desnutrición moderada Desnutrición leve Problemas de alimentación Cualquier otra enfermedad si no mejora | 7 días |
| Anemia | 14 días |

Situaciones a volver con urgencia, AIEPI

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cualquier niño enfermo que: | No puede beber o tomar pecho No mejora Empeora Aparece fiebre |
| Si el niño no tiene neumonía, tiene tos o resfrío, regresar si tiene: | Respiración rápida Dificultad para respirar |
| Si el niño tiene diarrea, regrese si tiene: | Sangre en las heces Dificultad para beber |
| Si el niño tiene enfermedad febril, regresar si tiene: | Fijación de la mirada Quejido Petequias en la piel Abombamiento de la fontanela (menores de 12 meses) Impresión de mal estado general. |
| Si el niño tiene neumonía, regresar si tiene: | Tiraje Estridor en reposo |

DISEÑO METODOLOGICO

A-Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, de corte transversal.

B- Área Geográfica:

La investigación se realizó en un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención de la zona este de Montevideo.

C- Elemento de análisis:

Conocimiento de los padres y/o cuidadores respecto a signos de alarma en relación a afecciones respiratorias en los niños y niñas de 0 a 2 años de edad.

D- Población:

La población estuvo constituida por padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad, cuya N fue 81, que concurrieron al servicio de salud en el período comprendido entre el 15 de junio al 20 de julio de 2015.

-Criterio de Inclusión: padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad que asisten a control y consulta en el Centro de Salud de Primer Nivel de Atención, durante los meses de junio y julio de 2015.

-Criterios de Exclusión: padres de niñas/os que se encuentren fuera del rango de edad establecido y que no aceptaron participar del estudio.

F- Procedimientos para la recolección de información e instrumentos a utilizar:

Instrumento utilizado: formulario de encuesta.

El formulario de encuesta utilizado está dividido en bloques. Primero se enfoca en los datos personales del responsable del niño/a que respondió a las preguntas. Entre esos datos se incluyen: grado de parentesco con el niño/a, estado civil, edad, número de hijos, nivel de instrucción y situación laboral.

Luego se dirige a datos del niño como ser: edad, antecedentes de enfermedad respiratoria, inmunizaciones, entre otras. Siguiendo el orden se investiga de qué forma se adquirió el conocimiento para los cuidados del niño/a. Después se refiere a la afección respiratoria, en caso de que el niño/a la esté cursando, su duración y consulta previa. Se continúa con un breve interrogatorio sobre los factores de riesgos modificables y no modificables, seguido de los conocimientos del cuidador sobre los signos de alarma de las IR. A ello le sigue otro breve interrogatorio sobre conocimiento del adulto en medidas de confort y de prevención de las IR.

En dicho formulario se utilizan dos formas de respuesta: si y no, o marcar lo que considere correcto.

LIMITACIONES/FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL PROBLEMA

Se dispuso de recursos humanos y materiales necesarios para poder llevar a cabo la investigación planteada.

Fue factible realizar la investigación en una institución de Primer Nivel de Atención de la Zona Metropolitana, ya que se permitió aplicar el instrumento de recolección de datos en la institución, la misma decide mantenerse en el anonimato.

Es necesario remarcar que no existieron problemas éticos ni morales que impidieran el correcto desarrollo de la investigación.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Solicitudes (*ver anexo n°1*)

Formulario de consentimiento informado: Previo a comenzar a aplicar los instrumentos, se aplicó a cada sujeto de estudio un formulario de consentimiento informado. (*Ver anexo n°4*)

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS:(*ver anexo n°3*)

- Formularios de encuesta brindados por la Cátedra Salud de niño, niña y adolescente.
- Formulario realizado para evaluar el conocimiento de signos y síntomas de alarma de enfermedades respiratorias. (*ver anexo n°5*)



Plan de análisis de los resultados:

Los datos se procesaron en tablas y gráficos para lo cual se utilizó el programa estadístico denominado SPSS.

VARIABLES

| | | Variables de Investigación | | |
|-------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | DEFINICION OPERACIONAL | DEFINICION CONCEPTUAL | ESCALA DE MEDICION | CATEGORIAS |
| VARIABLE 1 | Grado de parentesco | Relación sanguínea o afectiva de la persona a cargo, con el niño. | Cualitativa nominal | Madre Padre otros |
| VARIABLE 2 | Edad padre/madre o cuidador | Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo, hasta el momento actual | Cualitativa ordinal | Adolescente, adulto, adulto mayor. |
| VARIABLE 3 | Estado civil | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. | cualitativa, nominal | Casado, soltero, divorciado, viudo, unión libre |
| VARIABLE 4 | Nivel de instrucción | El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados | cualitativa, nominal | Ninguno, primaria incompleta, primaria completa, Secundaria incompleta, secundaria completa, terciarios. |
| VARIABLE 5 | Número de hijos | se entiende por número de hijos al número de veces que la mujer dio a luz | Cualitativa, ordinal. | 1, 2 a 3, 4 a 6, más de 7 hijos. |
| VARIABLE 6 | Situación laboral | Situación vinculada de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración | Cualitativa nominal | Empleado, desempleado Trabajador independiente |
| VARIABLE 7 | Edad del niño o niña | Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo, hasta el momento actual | Cualitativa nominal | Neonato, 29 días a 3 meses, mayor a tres meses hasta 6 meses, mayor a 6 meses menor a 1 año, mayor de un año hasta los dos años. |
| VARIABLE 8 | Días de evolución, (en caso de afección respiratoria) | Días que lleva desarrollándose la afección respiratoria en el RN o lactante | Cualitativa nominal | De 1 a 3 días, 4 a 6 días, 7 a 9 días, mas de 10 días. |
| VARIABLE 9 | Fuentes de información | actividades que no pueden llamarse investigación pero que de igual modo el individuo adquiere un aprendizaje nuevo | Cualitativa nominal | Familia y/o allegados, equipo de salud, medios de salud y medios de comunicación. |
| VARIABLE 10 | Conocimiento de signos de alarma | Conocimiento de aquellos signos y síntomas que indican alteración en el organismo en relación a afecciones respiratorias. | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |

| | | Variables de Investigación | | |
|-------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| | DEFINICION OPERACIONAL | DEFINICION CONCEPTUAL | ESCALA DE MEDICION | CATEGORIAS |
| VARIABLE 11 | Respiración rápida | Se entiende a la respiración rápida como el proceso respiratorio acelerado acorde a la edad del RN y lactante | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 12 | Dificultad para respirar | No existe una definición estándar para la dificultad respiratoria. <i>Dificultad respiratoria, falta de aliento, falta de respiración, dificultad para respirar o disnea</i> es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire. | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 13 | Respiración ruidosa | Ruidos audibles al exterior durante la respiración. | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 14 | Cambio en coloración y mucosas | Cambios notorios en el color de la piel del RN/ lactante | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 15 | Fiebre | Temperatura corporal mayor a la normal. | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 16 | Llanto irritable | Llanto que no cesa, irritable e inconsolable. | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 17 | No se alimenta | Ausencia de ingesta por inapetencia por parte del RN/ lactante | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 18 | Disminución del apetito | Disminución del apetito por parte del RN/ lactante | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 19 | Disminución de peso | Disminución del peso corporal del RN/ lactante | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |

| | | Variables de Investigación | | |
|-------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | DEFINICION OPERACIONAL | DEFINICION CONCEPTUAL | ESCALA DE MEDICION | CATEGORIAS |
| VARIABLE 20 | Tos | Expulsión brusca, violenta y ruidosa del aire contenido en los pulmones producida por la irritación de las vías respiratorias o para mantener el aire de los pulmones limpio de sustancias extrañas. | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 21 | Otros | Se entiende por otros a los síntomas mencionados por las madres/ padres o cuidadores | Cualitativa nominal dicotómica | Si no |
| VARIABLE 22 | Signos de alarma | Los signos de alarma son aquellos síntomas que indican la presencia alteración en el proceso de salud enfermedad del organismo. | Cualitativa nominal | Respiración rápida, cambios en la coloración de piel y mucosas, no se alimenta, tos, dificultad para respirar, fiebre, disminución del apetito, otros signos, respiración ruidosa, llanto irritable, disminución de peso, no sabe. |
| VARIABLE 23 | Conocimiento medidas de confort | Aprendizaje adquirido o no destinado a mantener la comodidad del RN o lactante durante el curso de una afección respiratoria | Cualitativa nominal Dicotómica | Si No |
| VARIABLE 24 | Medidas de confort | Acciones destinadas a mantener la comodidad del RN o lactante durante el curso de una afección respiratoria | Cualitativa nominal | Levantar el colchón a 30°, ofrecer líquidos al niño varias veces al día, tenerlo con ropa liviana y cómoda, administrar medicación de forma correcta, mantenerlo en un ambiente seco y cálido, otras. |
| VARIABLE 25 | Conocimiento de medidas preventivas | Aprendizaje adquirido o no destinado a prevenir enfermedades respiratorias en el RN o lactante | Cualitativa nominal Dicotómica | Si No |
| VARIABLE 26 | Medidas preventivas | Acciones destinadas a prevenir enfermedades respiratorias en el RN o lactante | Cualitativa nominal | Ventilar ambientes, no exponer al niño al humo de tabaco, no visitar personas con afecciones respiratorias, vestimenta acorde al clima, no sacarlo al frío, otras |

RESULTADOS

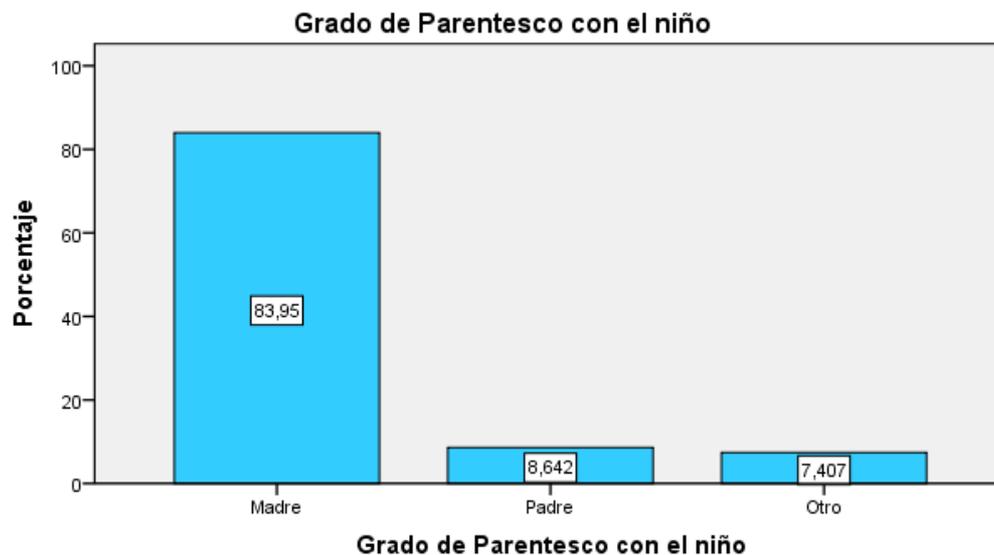
De la recolección de los datos se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla N°1 Distribución de la población según grado de parentesco con el niño o niña de 0 a 2 años de edad.

| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Madre | 68 | 84,0 | 84,0 | 84,0 |
| | Padre | 7 | 8,6 | 8,6 | 92,6 |
| | Otro | 6 | 7,4 | 7,4 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N° 1



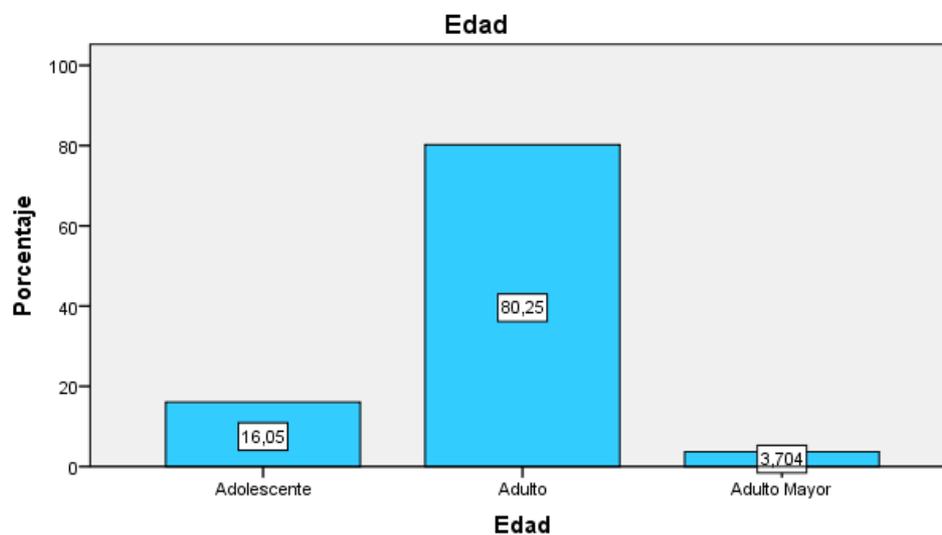
Las madres asisten mayormente a consulta con un 83,95 %.

Tabla N° 2 Distribución de la población según la edad del padre, madre y/o cuidador.

| | | Edad del cuidador | | | |
|---------|--------------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Adolescente | 13 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Adulto | 65 | 80,2 | 80,2 | 96,3 |
| | Adulto Mayor | 3 | 3,7 | 3,7 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°2



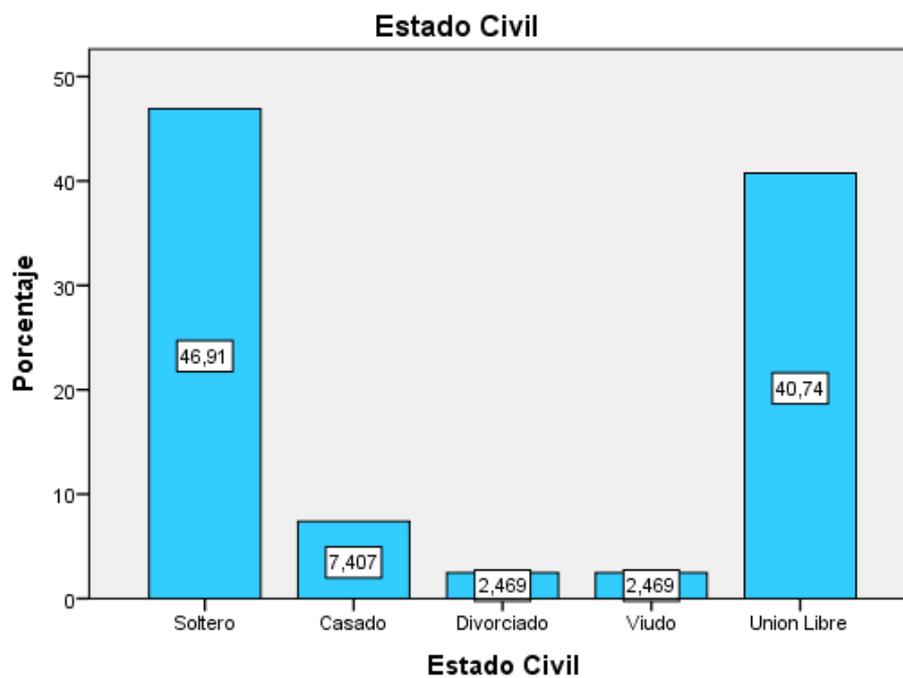
El 80,25 % de las personas que llevan a los niños/as a consulta son adultos.

Tabla N° 3 Distribución de la población según su estado civil.

| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Soltero | 38 | 46,9 | 46,9 | 46,9 |
| | Casado | 6 | 7,4 | 7,4 | 54,3 |
| | Divorciado | 2 | 2,5 | 2,5 | 56,8 |
| | Viudo | 2 | 2,5 | 2,5 | 59,3 |
| | Unión Libre | 33 | 40,7 | 40,7 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°3



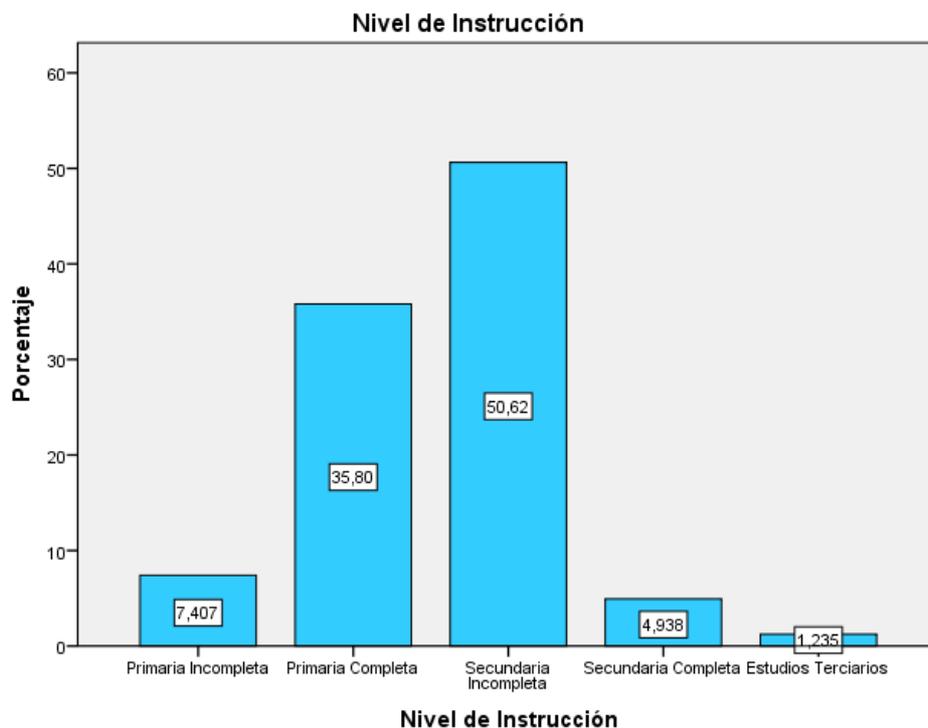
EL 46,91 % refiere ser soltero.

Tabla N°4 Distribución de la población según nivel de instrucción

| | | Nivel de Instrucción | | | |
|---------|-----------------------|----------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Primaria Incompleta | 6 | 7,4 | 7,4 | 7,4 |
| | Primaria Completa | 29 | 35,8 | 35,8 | 43,2 |
| | Secundaria Incompleta | 41 | 50,6 | 50,6 | 93,8 |
| | Secundaria Completa | 4 | 4,9 | 4,9 | 98,8 |
| | Estudios Terciarios | 1 | 1,2 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N° 4



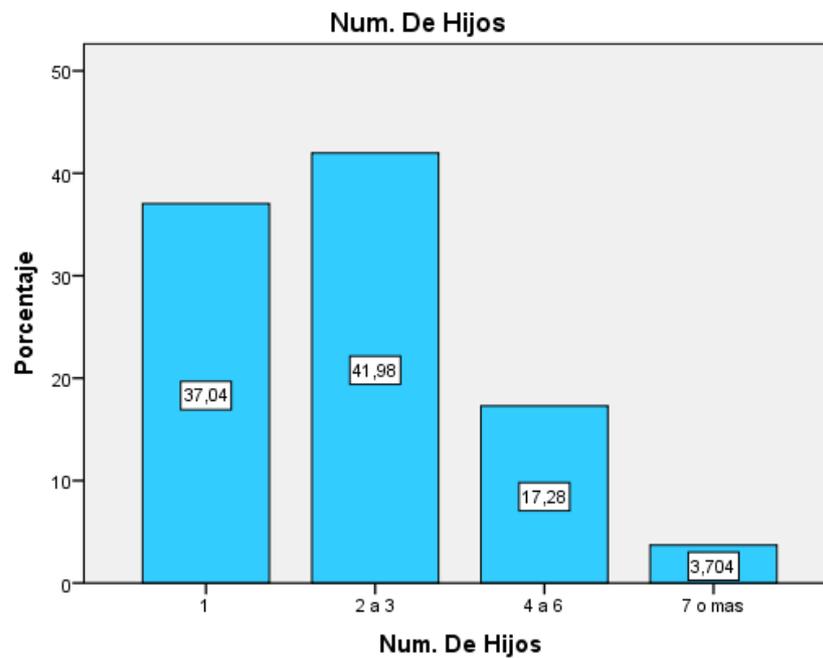
El 50,62% posee secundaria incompleta.

Tabla N°5 Distribución de la población según el número de hijos

| | | Núm. De Hijos | | | |
|---------|---------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia Absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | 1 | 30 | 37,0 | 37,0 | 37,0 |
| | 2 a 3 | 34 | 42,0 | 42,0 | 79,0 |
| | 4 a 6 | 14 | 17,3 | 17,3 | 96,3 |
| | 7 o mas | 3 | 3,7 | 3,7 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°5



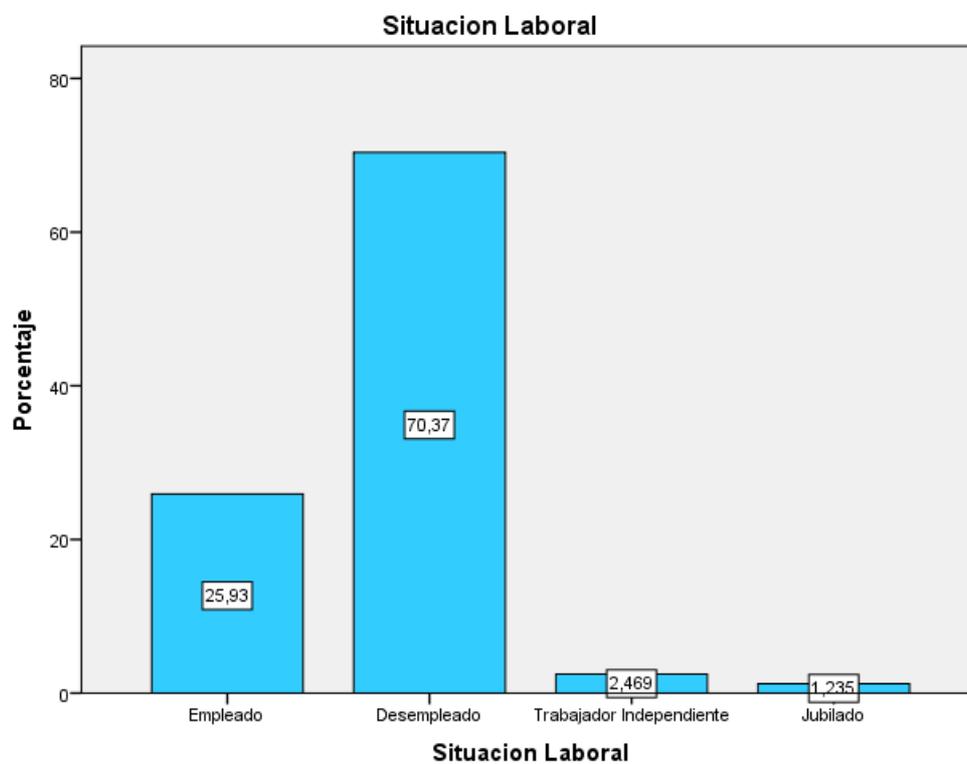
El 41,98% tiene de 2 a 3 hijos.

Tabla N°6 Distribución de la población según situación laboral

| Situación Laboral | | | | |
|-------------------|--------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | Frecuencia Absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Empleado | 21 | 25,9 | 25,9 |
| | Desempleado | 57 | 70,4 | 96,3 |
| | Trabajador Independiente | 2 | 2,5 | 98,8 |
| | Jubilado | 1 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°6



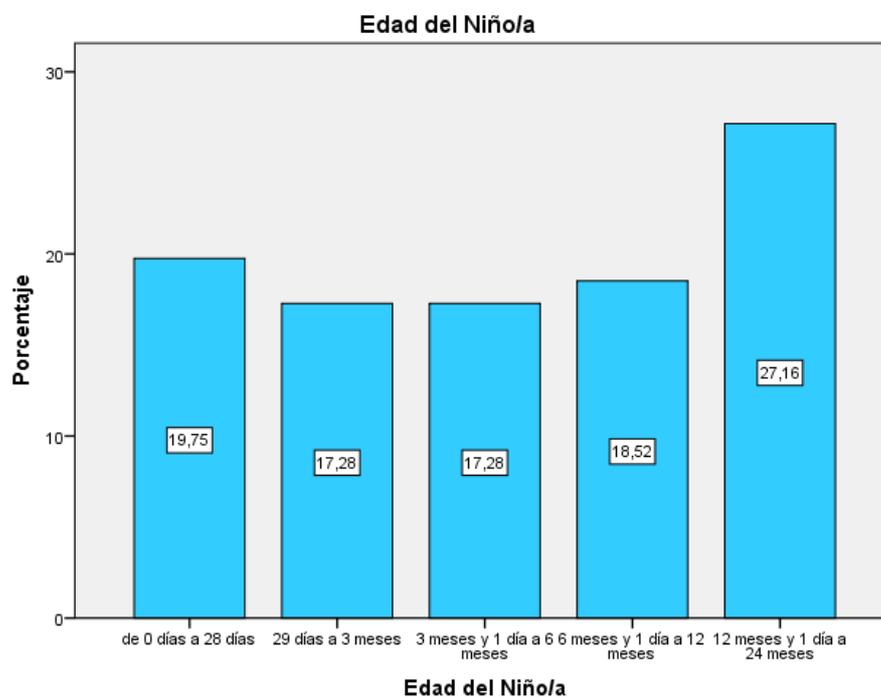
El 70,37% de nuestra población está desempleada.

Tabla N°7. Representación gráfica de la población según edad del niño o niña.

| Edad del Niño/a | | | | |
|-----------------|-----------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | Frecuencia Absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | de 0 días a 28 días | 16 | 19,8 | 19,8 |
| | 29 días a 3 meses | 14 | 17,3 | 37,0 |
| | 3 meses y 1 día a 6 meses | 14 | 17,3 | 54,3 |
| | 6 meses y 1 día a 12 meses | 15 | 18,5 | 72,8 |
| | 12 meses y 1 día a 24 meses | 22 | 27,2 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°7



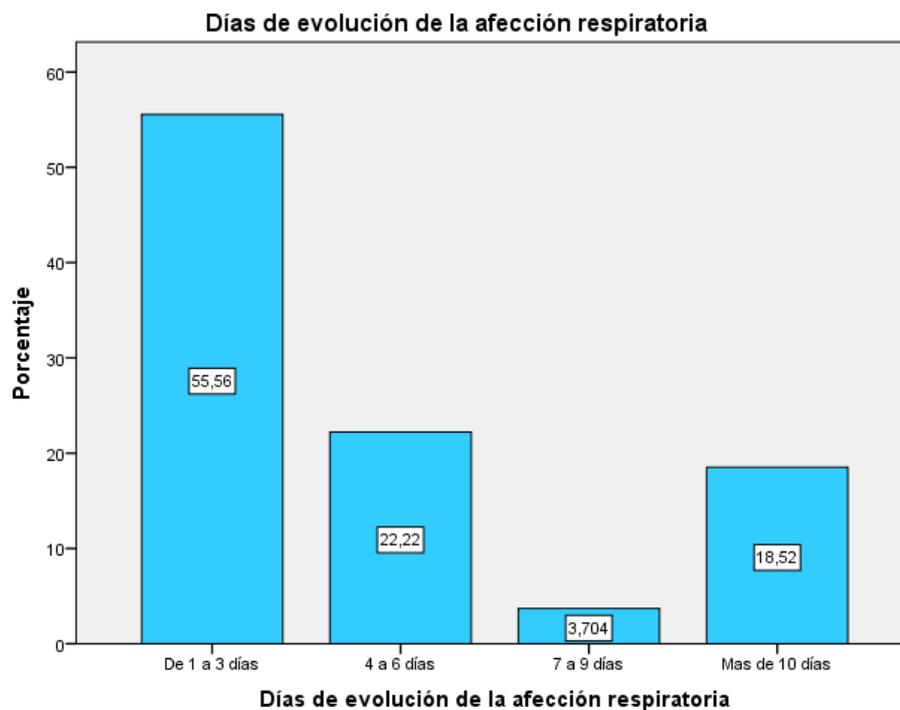
El 27,16% de la población que asistió a consulta tiene entre 12 meses y 1 día a 24 meses.

Tabla N°8 Distribución de la población de niños y niñas, según días de evolución de la afección respiratoria

| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|----------------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | De 1 a 3 días | 15 | 18,5 | 55,6 | 55,6 |
| | 4 a 6 días | 6 | 7,4 | 22,2 | 77,8 |
| | 7 a 9 días | 1 | 1,2 | 3,7 | 81,5 |
| | Más de 10 días | 5 | 6,2 | 18,5 | 100,0 |
| | Total | 27 | 33,3 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 54 | 66,7 | | |
| Total | | 81 | 100,0 | | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N° 8



El 55,56% presentó de 1 a 3 días de evolución de la afección respiratoria.

CUADRO N°1

Fuente por la cual el entrevistado adquirió los conocimientos acerca de la maternidad y los cuidados del niño.

Frecuencias fuentes de información

| | | Respuestas | |
|------------------------|------------------------|------------|------------|
| | | Nº | Porcentaje |
| Fuentes de Información | Familia y/o allegados | 71 | 87,6% |
| | Equipo de Salud | 27 | 33,3% |
| | Medios de Comunicación | 11 | 13,6% |

Agrupación de dicotomías.

Fuente: base de datos del grupo de investigación

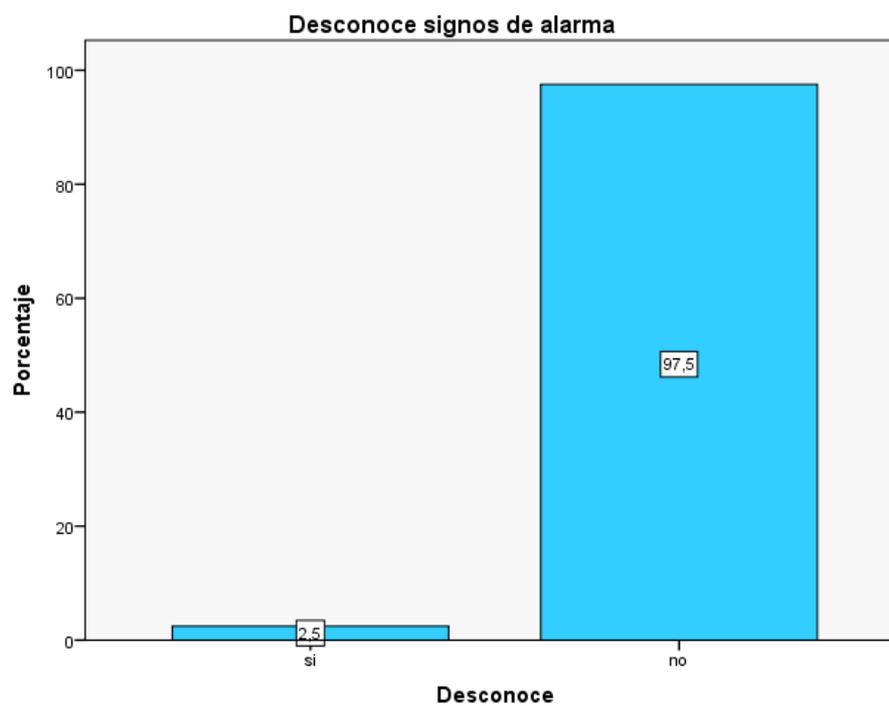
Mayoritariamente la información se obtuvo por parte de la familia/allegados (87,6%) y por el equipo de salud, el 33,3%

Tabla N°9 Distribución de la población según conocimiento de signos de alarma

| Desconoce signos de alarma | | | | | |
|----------------------------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Si | 2 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| | no | 79 | 97,5 | 97,5 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°9



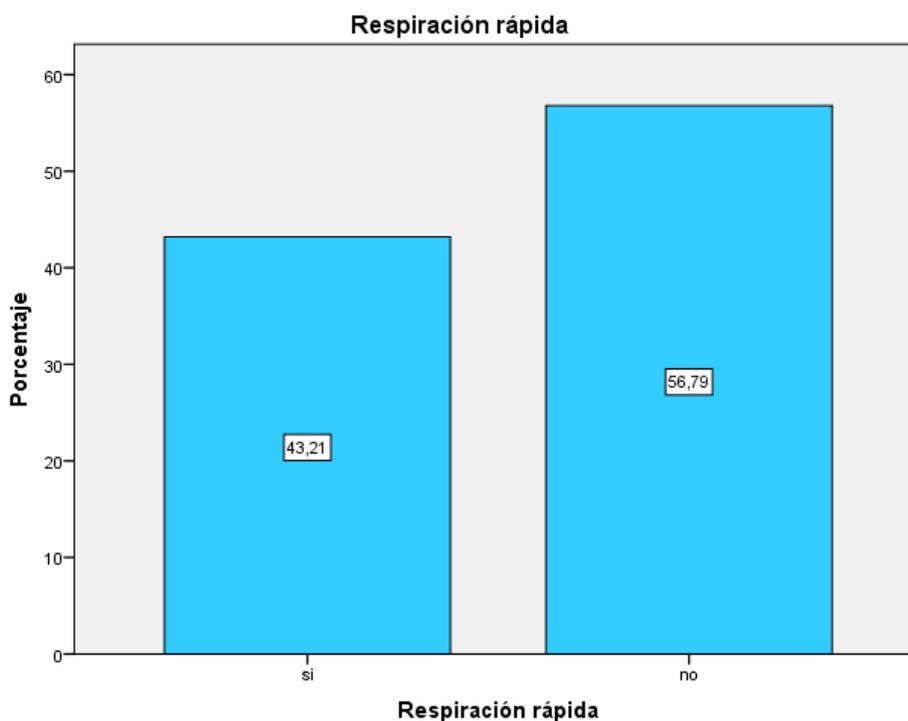
El 97,5% de la población de padres, madres y/o cuidadores refirieron conocer signos de alarma.

Tabla N°10 Distribución según conocimiento de signo de alarma: respiración rápida.

| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | si | 35 | 43,2 | 43,2 | 43,2 |
| | no | 46 | 56,8 | 56,8 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°10



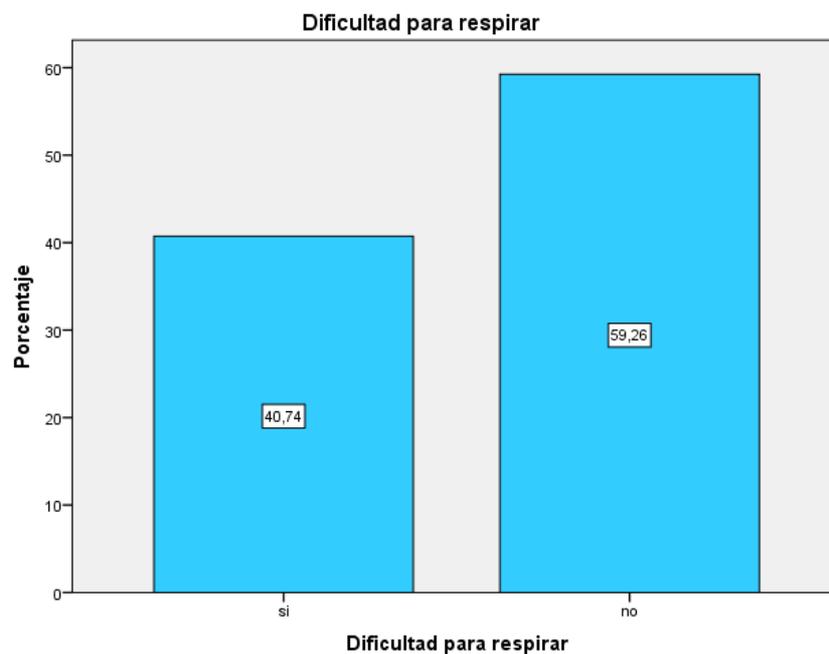
El 43,2% refirió no reconocer a la respiración rápida como un signo de alarma.

Tabla N°11 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: dificultad para respirar

| | | Dificultad para respirar | | | |
|---------|-------|--------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 33 | 40,7 | 40,7 | 40,7 |
| | no | 48 | 59,3 | 59,3 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°11



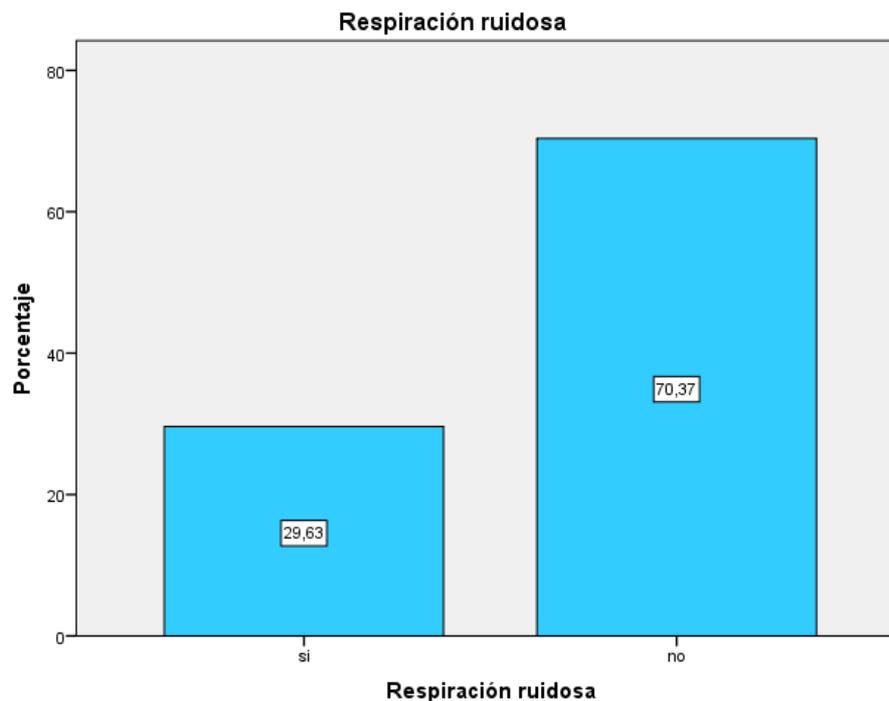
El 40,7% reconoce a la dificultad para respirar como un signo de alarma.

Tabla N°12 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: respiración ruidosa

| Respiración ruidosa | | | | | |
|---------------------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 24 | 29,6 | 29,6 | 29,6 |
| | no | 57 | 70,4 | 70,4 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°12



El 29,6% reconoce a la respiración ruidosa como signo de alarma.

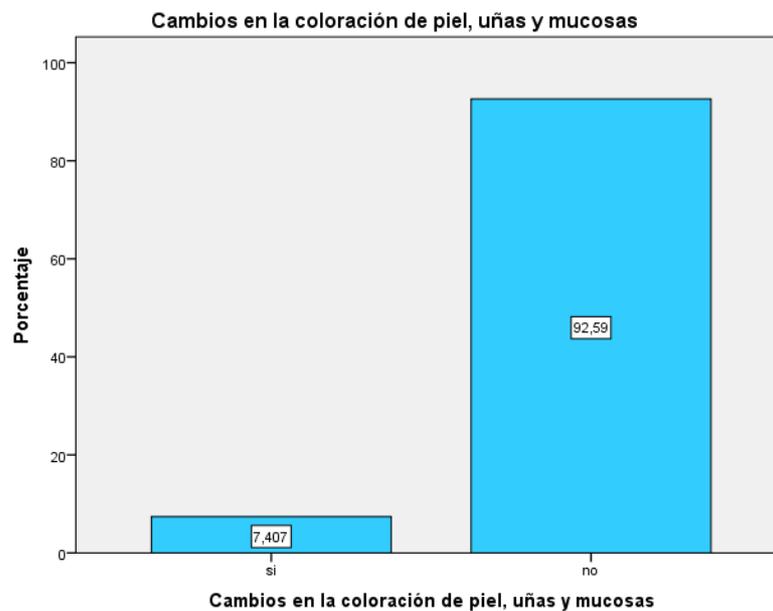
Tabla N°13 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: cambios en la coloración de la piel, uñas y mucosas

Cambios en la coloración de piel, uñas y mucosas

| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | si | 6 | 7,4 | 7,4 | 7,4 |
| | no | 75 | 92,6 | 92,6 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N° 13



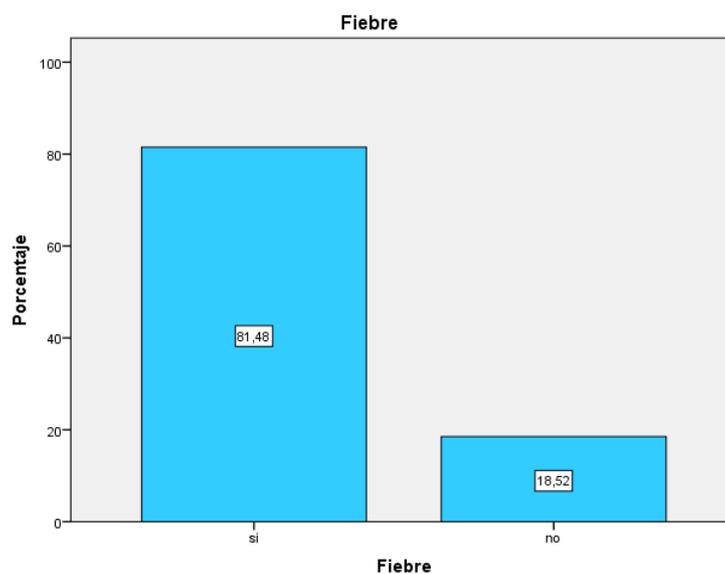
El 92,59% no reconoce a los cambios en la coloración de piel, uñas y mucosas como signo de alarma. Solo es conocido por el 7,4%

Tabla N° 14 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: Fiebre

| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | si | 66 | 81,5 | 81,5 | 81,5 |
| | no | 15 | 18,5 | 18,5 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°14



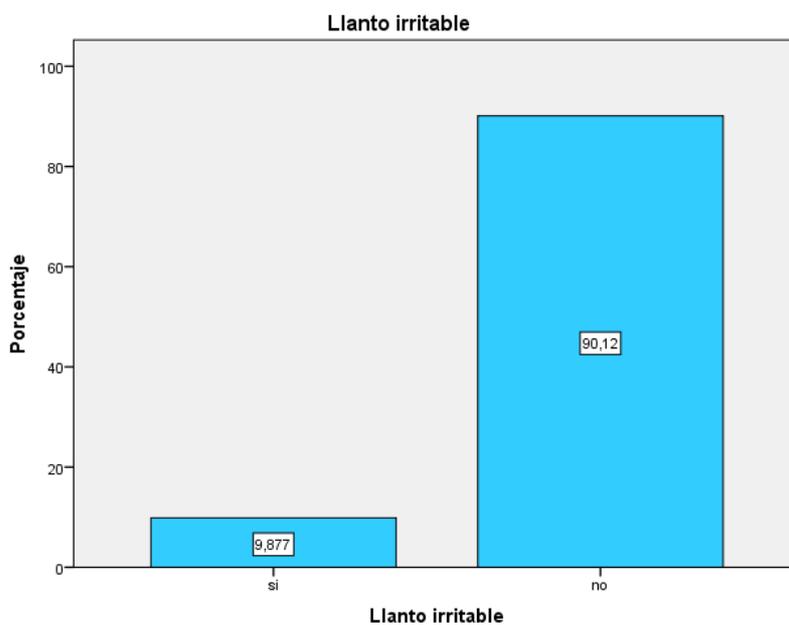
El 81,5% de los usuarios reconoce a la fiebre como signo de alarma.

Tabla N°15 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: Llanto irritable

| | | Llanto irritable | | | |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 8 | 9,9 | 9,9 | 9,9 |
| | no | 73 | 90,1 | 90,1 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°15



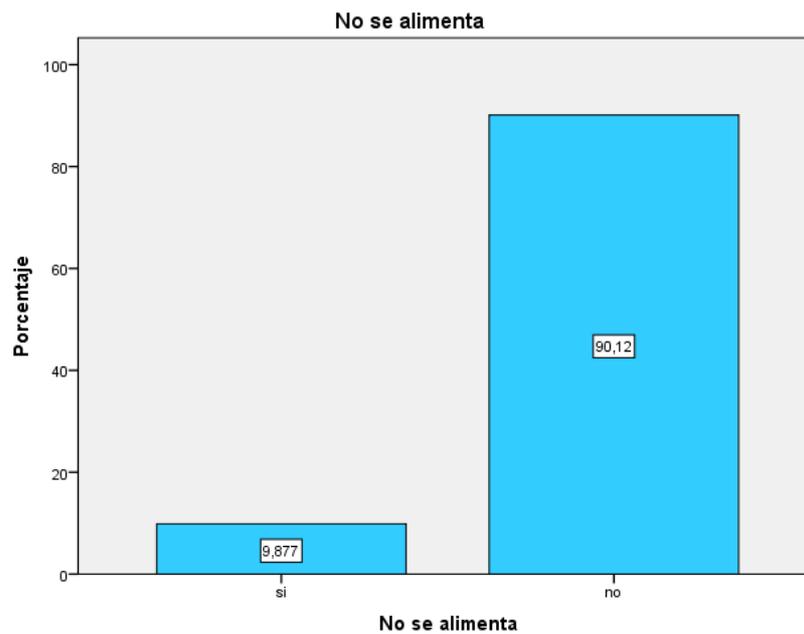
El 9,9% reconoce al llanto irritable como signo de alarma.

Tabla N°16 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: No se alimenta

| | | No se alimenta | | | |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 8 | 9,9 | 9,9 | 9,9 |
| | no | 73 | 90,1 | 90,1 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°16



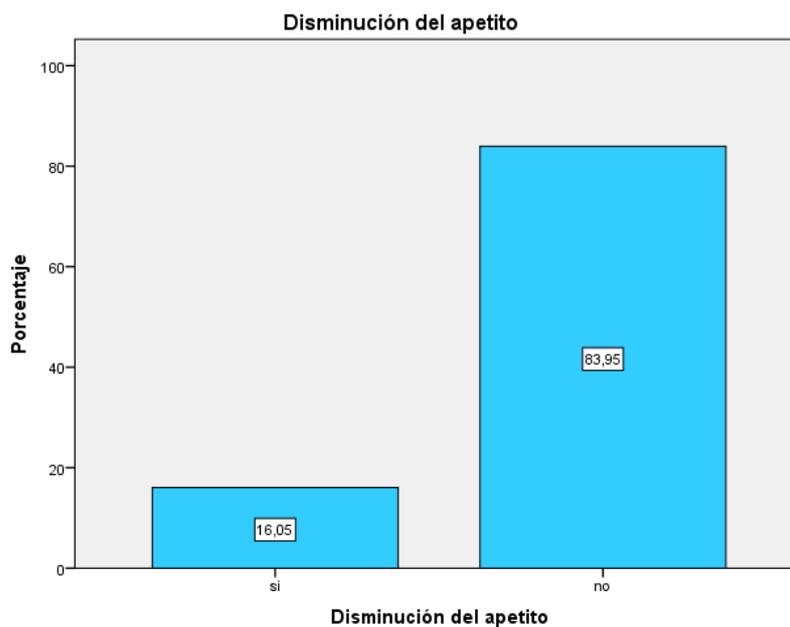
El 9,9% reconoce como síntoma de alarma que el niño no se alimente.

Tabla N°17 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: Disminución del apetito

| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | si | 13 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | no | 68 | 84,0 | 84,0 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°17



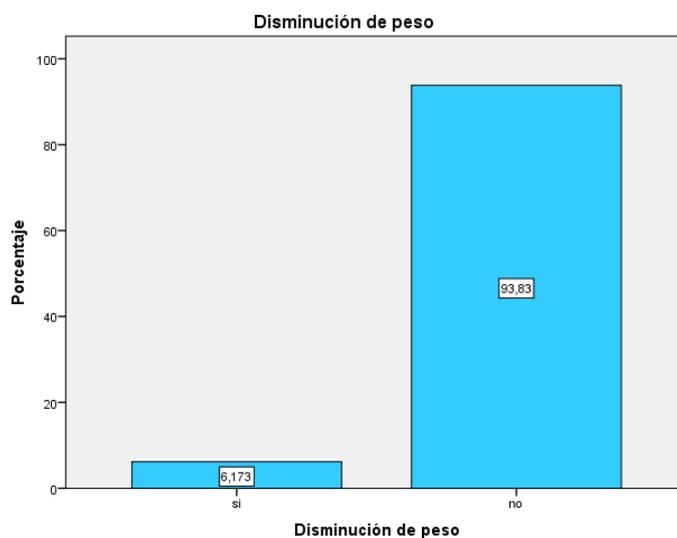
El 16% reconoce la disminución de apetito en el niño/a como signo de preocupación

Tabla N°18 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: disminución de peso

| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | si | 5 | 6,2 | 6,2 | 6,2 |
| | no | 76 | 93,8 | 93,8 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°18



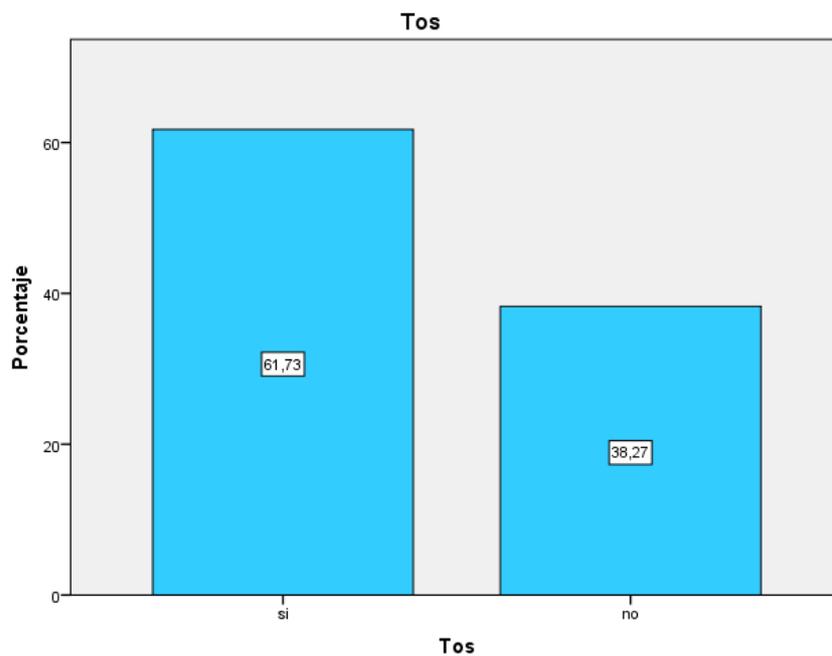
El 6,2% de la población reconoce como signo de alarma a la disminución de peso del niño/a.

Tabla N° 19 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: tos

| | | Tos | | | |
|---------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 50 | 61,7 | 61,7 | 61,7 |
| | no | 31 | 38,3 | 38,3 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N° 19



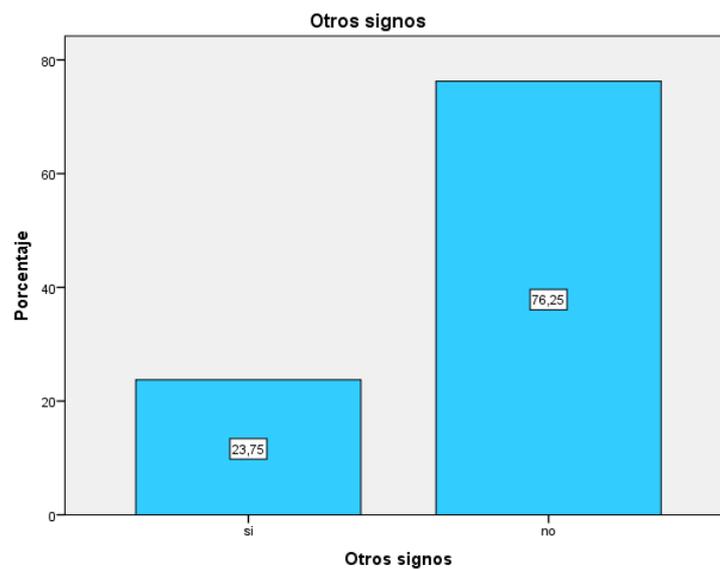
El 61,7% reconoce la tos como signo de alarma.

Tabla N°20 Distribución de la población según conocimiento de un signo de alarma: Otros

| | | Otros signos | | | |
|----------|---------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 19 | 23,5 | 23,8 | 23,8 |
| | no | 61 | 75,3 | 76,3 | 100,0 |
| | Total | 80 | 98,8 | 100,0 | |
| Perdidos | Sistema | 1 | 1,2 | | |
| Total | | 81 | 100,0 | | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°20



El 23,7% reconoce otros signos de alarma.

CUADRO N°2

Agrupación de dicotomías afirmativas acerca de los signos y síntomas de alarma.

Frecuencias agrupación signos de alarma

| | | Respuestas | |
|------------------|--------------------------------------------------|------------|------------|
| | | N° | Porcentaje |
| Signos de Alarma | Respiración rápida | 34 | 43,1% |
| | Dificultad para respirar | 33 | 40,7% |
| | Respiración ruidosa | 24 | 29,6% |
| | Cambios en la coloración de piel, uñas y mucosas | 5 | 7,4% |
| | Fiebre | 65 | 81,5% |
| | Llanto irritable | 8 | 9,9% |
| | No se alimenta | 7 | 9,9% |
| | Disminución del apetito | 13 | 16% |
| | Disminución de peso | 4 | 6,2% |
| | Tos | 50 | 61,7% |
| | Otros signos | 19 | 23,5% |

a. Agrupación de dicotomías.

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Entre los encuestados se obtuvo que los signos de alarma que reconocen son:

- 81,5% fiebre
- 61,7% tos
- 43,1% y 40,7% a respiración rápida y dificultad para respirar respectivamente.



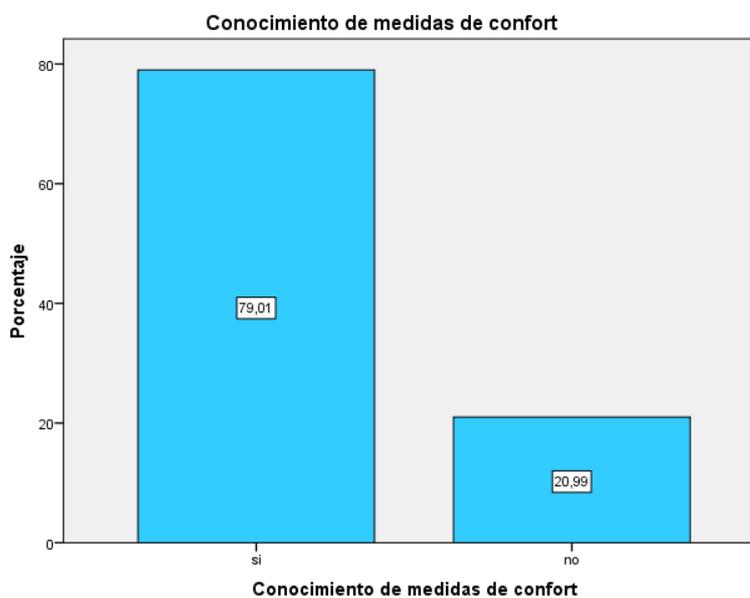
Dentro de los signos de alarma menormente conocidos se encuentran 6,2 % la disminución de peso y 7,4% cambio en la coloración de piel y mucosas.

Tabla N°21 Distribución de la población según conocimiento de medidas de confort

| Conocimiento de medidas de confort | | | | | |
|------------------------------------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 64 | 79,0 | 79,0 | 79,0 |
| | no | 17 | 21,0 | 21,0 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Gráfico N°21



El 79% de los usuarios refiere conocer las medidas de confort.

CUADRO N°3

Agrupación de dicotomías, respuestas afirmativas en relación a las medidas de confort.

| | | Respuestas | |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|------------|
| | | N° | Porcentaje |
| Medidas de Confort ^a | Levantar el colchón a 30° con respecto a la parrilla. | 33 | 40,7% |
| | Ofrecer al niño/a líquidos varias veces al día. | 9 | 11,1% |
| | Tenerlo en casa con ropa liviana y cómoda | 36 | 44,4% |
| | Administrar la medicación de forma correcta | 29 | 35,8% |
| | Mantenerlo en un ambiente seco y cálido | 16 | 19,8% |
| | Otras | 22 | 27,1% |
| | | | |

a. Agrupación de dicotomías.

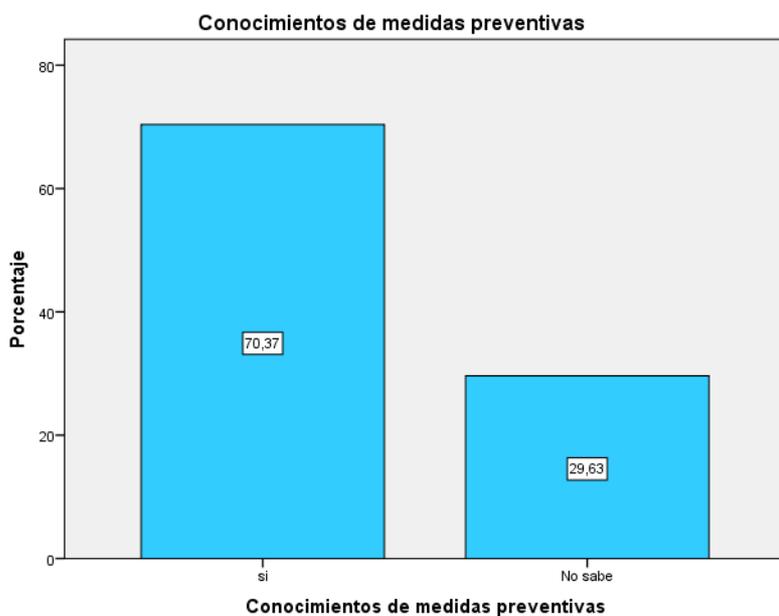
Fuente: base de datos del grupo de investigación

En relación a las medidas de confort referidas por los usuarios se encuentra dentro de las de mayor frecuencia a: tenerlo en casa con ropa cómoda con el 44,4% y levantar el colchón a 30° con el 40,7%

Tabla N° 22 Distribución de la población según conocimiento de medidas de preventivas

| Conocimientos de medidas preventivas | | | | | |
|--------------------------------------|-------|---------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia absoluta | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | si | 57 | 70,4 | 70,4 | 70,4 |
| | No | 24 | 29,6 | 29,6 | 100,0 |
| | Total | 81 | 100,0 | 100,0 | |

Gráfico N°22



Fuente: base de datos del grupo de investigación

El 70% refiere conocer medidas preventivas.

CUADRO N°4

Agrupación de dicotomías afirmativas para medidas preventivas mencionadas por los usuarios.

Frecuencias medidas preventivas

| | | Respuestas | |
|---------------------|--------------------------------------------------|------------|------------|
| | | N° | Porcentaje |
| Medidas preventivas | Ventilar ambientes | 12 | 14,8% |
| | No Exponer al niño/a al humo del cigarrillo | 22 | 27,1% |
| | No visitar personas con afecciones respiratorias | 19 | 23,5% |
| | Vestimenta acorde al clima | 40 | 49,4% |
| | No sacarlo afuera | 32 | 39,5% |

a. Agrupación de dicotomías.

Fuente: base de datos del grupo de investigación

Dentro de las medidas preventivas conocidas se destacan con el 49,4% la vestimenta acorde al clima y no sacarlo afuera con el 39,5%.

La de menor frecuencia es la de ventilar ambientes con el 14,8%

ANÁLISIS

Para dar respuesta a nuestra pregunta problema y objetivo tanto general como los específicos se utilizaron los datos tabulados de las siguientes variables:

- **Conocimiento de signos de alarma**

Que los mismos se refieren conocer en un 97,5.

Los signos y síntomas de alarma son descritos a continuación de acuerdo a mayor frecuencia: fiebre 81,5%, tos 61,7%, el 43,2% reconoce una respiración rápida como tal, dificultad para respirar el 40,7%, respiración ruidosa 29,6%, disminución del apetito 16,1%, llanto irritable 9,9%, no se alimenta 9,9%, cambios en la coloración de piel y mucosas 7,4%, disminución de peso 6,2%, otros 23,7%.

Se destaca que mayoritariamente los individuos que refieren conocer los signos de alarma reconocen fiebre y tos; desconociendo otros síntomas, que requieren de consulta médica.

- **Conocimiento de medidas de confort**

El 79% refiere conocer las mismas.

De dicho 79% (64) se divide en: ropa liviana y cómoda 44,4%, levantar el colchón con el 40,7% y menormente administración de líquidos 11,1%

- Conocimiento de medidas preventivas

En relación a las medidas preventivas el 70,4% conoce medidas preventivas.

Dentro del 70,4%, correspondiente a 57 usuarios se ordenaron las medidas de mayor a menor frecuencia y se obtuvo que: el 49,4% conoce vestimenta acorde al clima como medida preventiva, el 39,5% no sacarlo fuera del hogar, y menormente 14,8% ventilar ambientes.

DISCUSIÓN

Existen investigaciones previas en la estrategia AIEPI, que hacen referencia a enfermedades prevalentes en la infancia; No se ha tenido acceso a nivel nacional a investigaciones que hagan referencia al grado de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en afecciones respiratorias. Sin embargo se accedió a dos investigaciones llevadas a cabo en América Latina y América Central; de ambas se obtuvo que existe un alto grado de desconocimiento de signos y síntomas de alarma en niños pertenecientes a la población de la estrategia AIEPI, y que se encuentra estrechamente relacionado con el bajo nivel socioeconómico de la población y las tempranas edades de los padres y la poca o nula información recibida sobre el tema.

Nuestra investigación no escapa de la realidad de Latinoamérica y Centroamérica; como países sub desarrollados se comparten ciertas problemáticas a nivel socio económico y sanitario.

El 16% de la población son madres adolescentes, 46,9% de madres solteras y desocupadas 70,4%, evidencia de un bajo nivel adquisitivo.

Contradictoriamente un alto porcentaje de la población refiere saber acerca de los mismos. Sin embargo la mayoría de los casos estudiados, reiteradamente mencionan los síntomas fiebre y tos. Excluyendo en la mayoría alteraciones de tipo respiratorio, disminución del apetito o cambios en la coloración de la piel como signos de alarma.



Dentro de la estrategia AIEPI; el principal aporte de dicha investigación es que permite valorar el conocimiento percibido por la población.

CONCLUSIONES

La caracterización de la población es propia de un país tercermundista.

Los usuarios mayoritariamente atendidos concurren con sus madres, las cuales son adultas jóvenes con un promedio de hijos de 2 a 3, y 70,4% desocupadas. El 46,9% de las mismas son madres solteras.

- En base a los objetivos planteados se concluye que se logra indagar acerca del conocimiento que poseen los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de con respecto a los signos de alarma mediante la utilización de un formulario de encuesta logrando así obtener datos estadísticos acerca de los mismos.
- En lo que respecta a los conocimientos sobre signos de alarma se identifica: Que los mismos se conocen en un 97,5% (porcentaje referido) desconociéndose en el restante 2,5%. Se puede decir que: el 81,5% reconoce a la fiebre como un síntoma seguido por tos con 61,7%. Sin embargo signos y síntomas que deben ser reconocidos para la consulta en tiempo oportuno se desconocen en la mayoría de la población. Se evidencia destacando que menos del 10% menciona disminución de peso y apetito, no alimentarse y cambio en coloración de piel y mucosas como signos y síntomas que requieren consulta.

Fortalecer los conocimientos de signos y síntomas de alarma influye en los días de evolución de las IR, justificándose con desconocimiento de signos y síntomas requieren atención médica inmediata.

- En cuanto a conocimiento de medidas preventivas y de confort se conoce en un alto porcentaje.

Las medidas preventivas frecuentemente mencionadas como afirmativas (70,4%) son: vestimenta acorde al clima 49,4% y no sacarlo afuera con un 39,5%

Las medidas de confort se conocen en un 79%, mayoritariamente 44,4% ropa cómoda y adecuada, 40,7% levantar el colchón 30°, 35,8% medicación correcta.

- La información brindada en los centros de salud resulta escasa en un alto porcentaje de los casos ya que los usuarios refieren que han adquirido sus conocimientos mediante medios no formales como la familia y allegados. Solo el 33,3% de los mismos los adquirió a través del equipo de salud. Lo cual evidencia que se debería fortalecer la estrategia AIEPI haciendo hincapié en la promoción y prevención de enfermedades.
- Se logra mediante esta investigación obtener una caracterización de la población que permite relacionarla con el centro de salud y consecuentemente con la influencia de la estrategia AIEPI en ellos.



- Se recomienda a investigaciones futuras un estudio acerca de la incidencia de las enfermedades respiratorias y la causalidad de las mismas. Se recomienda usar como herramienta de enfermería comunitaria la visita domiciliaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Epidemiología. Programa de salud de la niñez: informe de mortalidad infantil en Uruguay 2012. [Internet]. 2013. Disponible en: www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?6487,26081 [consulta: 10 jul 2014].

- 2- Uruguay. Poder Ejecutivo. Exposición de Motivos. Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. 2008. Disponible en: www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?978,12398 [consulta: 10 jul 2014].

- 3- Organización Mundial de la Salud. Definición de salud pública. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 11 jul 2014].

- 4- Organización Panamericana de la Salud. El desempeño de las funciones esenciales de salud pública en el Uruguay. [Internet]. 2002. Disponible en: www.bvsops.org.uy/pdf/saludpub.pdf[consulta: 11 jul 2014].

- 5- Figueiras A, Neves de Souza I, Ríos V, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. [Internet]. 2006. Disponible en: www.bvsde.paho.org/texcom/aiepi/si-desarrollo1.pdf[consulta: 13 jul 2014].

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Benia W, Reyes I. Temas en salud pública. Montevideo: FEFMUR; 2008. v.1.
- Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 2012. Inquirir. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=LiuHrsz> [consulta: 16 jul 2014].
- Ketzoian C, coord. Estadística médica: conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Montevideo: FEFMUR; 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2015 Disponible en: www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta: 15 jul 2015].
- Organización Mundial de la Salud. Neumonía. [Internet]. 2015. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/ [consulta: 15 jul 2015].
- Pineda E. Alvarado E, Hernández de Canales F. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo del personal de salud. 2a. ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

SOPORTES TECNOLÓGICOS

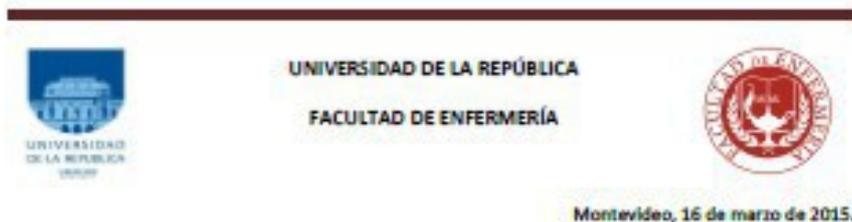
- IBM SPSS, statistics 20. Soporte gratuito de tablas y gráficos
- Microsoft office, Microsoft Word 2007. Editor de texto
- Microsoft office, Power point 2007. Presentación de diapositivas

ANEXOS

ANEXO 1 PERMISOS PREVIOS AL TRABAJO FINAL DE

INVESTIGACIÓN

Solicitud de autorización para la realización del trabajo final de investigación



Sra. Directora de RAP Montevideo

Dra. Alicia Sosa

De mi mayor consideración

Quien suscribe, Annalet Viera Obel, Licenciada en Enfermería, Máster en Educación, Profesora Agregada de la Cátedra "Salud del niño, niña y adolescente" de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se presenta ante usted para solicitar autorización a efectos de implementar un trabajo de investigación, en los Centros de Salud del Cerro y de Jardines del Hipódromo.

La mencionada investigación, se denomina "Prácticas familiares frente a la presencia de enfermedades prevalentes de la infancia en niños de 0 a 5 años de edad" y en la recolección de datos participarán estudiantes avanzados de la Licenciatura en Enfermería que se encuentran en proceso de elaboración de sus Trabajos Finales de Investigación.

Consideramos que los resultados del presente trabajo conllevan un beneficio, no solamente en relación a la generación de conocimiento, sino además una ventana de oportunidades para contribuir a la mejora de la salud de la población infantil, así como también un aporte para el personal sanitario que atiende a dicha población y sus familias.

Se deja constancia expresa que se observarán los requisitos éticos implícitos en todo proceso investigativo. Se adjunta síntesis del protocolo y nómina de estudiantes participantes.

Sin otro particular y a su disposición para ampliar la información, la saluda atentamente



Prof. Agda. Mag. Annalet Viera

CONTACTO

E-mail: annalet1957@gmail.com

Cel: 099 262085



Solicitud de autorización para la realización del trabajo final de investigación

Montevideo, 8 de junio de 2015

Dirección de Policlínica.....:

Somos un grupo de 5 estudiantes desarrollando nuestro trabajo final de investigación en la Cátedra de Salud del niño/a y adolescente. Es en este marco que realizaremos una encuesta anónima para saber qué conocimientos tienen los padres y/o cuidadores de lactantes con respecto a signos de alarma que ameriten consulta inmediata haciendo énfasis en afecciones respiratorias. Para lo cual hemos planificado concurrir a la policlínica pediátrica 3 veces a la semana en el horario de 9:00 a 14:00 hs, hasta obtener aproximadamente 100 encuestas realizadas.

Mediante la presente nota solicitamos su autorización para realizar nuestro trabajo final de investigación.

Desde ya muchas gracias.

Saluda Atte.

Br. Casco, Patricia

Br. Fagúndez, Mary

Br. Pérez. Analía

Br. Ramón, Mariana

Br. Teixeira, Flavia

ANEXO 2

DIAGRAMA DE GANNT

| Tiempo/ Actividades | Dic. 2013 | Feb. 2014 | Ago. 2014 | Mar 2015 | Abril 2015 | Mayo 2015 | Jun. 2015 | Jul. 2015 | Ago. 2015 | Set 2015 | Dic. 2015 |
|---------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| Tutorías | ■ | | ■ | ■ | | | ■ | | | | |
| Reunión con biblioteca | | ■ | | | | | | | | | |
| Selección del tema | | | ■ | | | | | | | | |
| Revisión bibliográfica | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| Selección de la pregunta problema | | | | ■ | | | | | | | |
| Elaboración del protocolo de investigación | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Aplicación del instrumento y recolección de datos | | | | | | | ■ | ■ | | | |
| Procesamiento y análisis de los datos | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | |
| Defensa de TFI | | | | | | | | | | | ■ |

ANEXO 3

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

| PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN | | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | | COSTO | SUBTOTAL |
| R | Cinco estudiantes de Lic. En Enfermería. | | 300Hs. Estudiantiles promedio |
| R | | | |
| H | | | |
| H | | | |
| R | Material de papelería, encuestas brindadas por la Cátedra de niño y adolescente y la formulada para la investigación, etc. | | |
| R | | | |
| M | | | |
| M | | | |
| R | Gastos de impresión y encuadernación. Gastos presentación defensa de TFI Viáticos. | \$2500 | |
| R | | impresiones y encuadernaciones | |
| F | | \$ 500 | |
| F | | \$1500 | \$4500 |
| TOTAL | | | \$4500 |

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado:

Yo _____ titular de la cedula de identidad

Número _____ domiciliado

en: _____

Siendo mayor de edad en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración y propósito relacionados con el estudio que más adelante indico, declaro mediante la presente:

Haber sido informado(a) de manera objetiva, clara y sencilla por parte de las estudiantes Br. Patricia Casco, Br. Mary Fagúndez, Br. Analía Pérez, Br. Mariana Ramón y Br. Flavia Teixeira, sobre el trabajo de investigación “Conocimiento en relación a signos de alarma en enfermedades respiratorias.

Tener conocimiento claro de que el objetivo fundamental del trabajo antes señalado es reconocer signos y síntomas de alarma respiratoria en niño/a de 0 a 2 años.

Haber sido informado(a) de que mi participación en la investigación consiste en responder una encuesta relacionada con el tema que será llevada a cabo por los investigadores.



Que la información que suministre al grupo investigador será utilizada única y exclusivamente para la investigación mencionada a los efectos de la elaboración de la tesis de grado.

Que el grupo investigador me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad, como la de mi hijo/(a) a la que tenga acceso por concepto de mi participación en el estudio mencionado.

Que estoy de acuerdo en el uso para fines académicos de los resultados obtenidos en el presente estudio.

Que cualquier pregunta que tenga relación con este estudio me será respondida oportunamente por parte de las estudiantes.

Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido, ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico, producto de los hallazgos de la referida investigación.

Que en este mismo acto se firmaron dos ejemplares del presente consentimiento y se me entregó una copia del mismo.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 5

FORMULARIO DE ENCUESTA

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------|----------------|--|
| Grado de parentesco con el niño | | Madre | | Padre | | otro | | |
| Edad | | Adolescente | | Adulto | | Adulto mayor | | |
| Estado civil | | Soltero | Casado | Divorciado | Viudo | Unión libre | | |
| Nivel de instrucción | Ninguno | Primaria incompleta | Primaria completa | Secundaria incompleta | Secundaria completa | Estudios terciarios | otros | |
| Núm. De hijos | | 1 | | 2 a 3 | | 4 a 6 | | |
| Situación laboral | | Empleado | | Desempleado | | Trabajador independiente | Otro | |
| Edad del niño/a | | Años | | Meses | | Días | | |
| Antecedentes de enfermedades respiratorias | | Si | | | No | | | |
| Sobre alimentación y cuidados parentales: | | | | | | | | |
| Niño/a en periodo de lactancia: | | | | | | | | |
| Si | | No | | Exclusiva | | Combinada | | |
| Carnet de vacunas vigentes | | Si | | | No | | | |
| A través de qué fuente adquirió los conocimientos para los cuidados del niño/a | | Familia y/o allegados | | Si | | No | | |
| | | Equipo de salud | | Si | | No | | |
| | | Medios de comunicación | | Si | | No | | |
| Sobre la afección respiratoria: | | | | | | | | |
| ¿Cuántos días de evolución tiene el cuadro? | De 1 a 3 días | | 4 a 6 días | | 7 a 9 días | | Más de 10 días | |
| ¿Consultó antes? | | Si | | | No | | | |
| ¿Estuvo hospitalizado? | | Si | | | No | | | |
| Sobre factores de riesgo: | | | | | | | | |
| ¿Nació prematuro? | | Si | | | No | | | |
| Peso menor a 2500 kg | | Si | | | No | | | |
| Ausencia de control prenatal | | Si | | | No | | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ausencia de control pediátrico | Si | No |
| Sobre factores ambientales: | | |
| Uno de los padres fuma | Si | No |
| Uno de los padres con antecedente de asma | Si | No |
| La vivienda cuenta con: | Humedad | |
| Agua potable | Luz eléctrica | Saneamiento |
| Antel | 1 hab. Para dormir | 2 o mas hab. Para dormir |
| Sobre signos de alarma en lactantes que deban derivar a consulta en un servicio de salud | | |
| ¿Cuándo debe usted llevar a un niño/a con una afección respiratoria para que sea visto en un servicio de salud? | | |
| Respiración rápida | Dificultad para respirar | Respiración ruidosa |
| Cambios en la coloración de piel, uñas y mucosas | Fiebre | Llanto irritable |
| No se alimenta | Disminución del apetito | Disminución de peso |
| Tos | Otros signos | No sabe |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ¿Conoce medidas de confort para que el niño/a atraviese este proceso de enfermedad de la mejor forma posible? | | |
| Si | No | |
| En caso de si... cuales? | | |
| a) Levantar el colchón a 30 ^a con respecto a la parrilla. | b) Ofrecer al niño/a líquidos varias veces al día. | c) Tenerlo en casa con ropa liviana y cómoda |
| d) Administrar la medicación de forma correcta | e) Mantenerlo en un ambiente seco y cálido | f) Otras |
| ¿Conoce medidas preventivas para afecciones respiratorias? | Si | No sabe |
| En caso de si... cuales? | a) Ventilar ambientes | |

ANEXO 6

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA ENCUESTA:

Será aplicado a toda persona que ingrese a la consulta pediátrica con el niño/a de 0 a 2 años de edad.

Se utilizarán las siguientes referencias:

- Lactante: niño/a de 0 a 2 años de edad.
- Adolescente: hasta 18 años cumplidos
- Adulto: de 19 años a 60 años cumplidos
- Adulto mayor: de 61 años en adelante

Se leerán las preguntas de forma clara y se tildarán las respuestas dadas por los participantes.

Se considerará niño/a en periodo de lactancia hasta los 2 años y 0 día de vida.

En los ítems referidos a signos de alarma, medidas preventivas y medidas de confort se leerán las preguntas de forma clara a los participantes sin mencionar las diferentes opciones para no influir en el conocimiento que tienen los mismos sobre el tema.



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra salud del niño, niña y adolescente

