



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

CONOCIMIENTO DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD, RESPECTO AL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Autores:

Br. Cuello, Magela
Br. Etcheverry, María Pía
Br. Hernández, Ana Laura
Br. Salto, Camila
Br. Pereyra, Daniela

Tutor:

Prof. Adj. Lic. Amparo Huguet

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

Integrantes

Autores:

Br. Cuello Magela CI, 4.862.371-5

Br. Etcheverry María Pía, CI, 4.425.354-6

Br. Hernández Ana Laura CI, 4.714123-9

Br. Salto Camila CI, 4.526.900-5

Br. Pereyra Daniela CI, 1.822.639-5

Tutora: Prof. Adj. Lic. Amparo Huguet

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del centro de salud Cerro, auxiliares de enfermería, licenciadas, como también a usuarios por su buena disposición ante las entrevistas. A la institución que permitió llevar a cabo dicha investigación.

A la docente Lic. Rosana Rodríguez por su apoyo.

A Prof. Agda. Amparo Huguet, por su tiempo brindado, correcciones y sugerencias.

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

Inicio

RESUMEN.....	pag.5
GLOSARIO.....	pag.7
INTRODUCCIÓN.....	pag.9
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	pag.11
OBJETIVOS.....	pag.12
ANTECEDENTES.....	pag.13
JUSTIFICACION DEL TEMA.....	pag.16
MARCO CONCEPTUAL.....	pag.18
DISEÑO METODOLOGICO.....	pag.31
LIMITACIONES/FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL PROBLEMA.....	pag.33
ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION.....	pag.33
RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS:.....	pag.33
VARIABLES.....	pag.34
ANALISIS DE LOS DATOS.....	pag.38
DISCUSIÓN.....	pag.58
CONCLUSION.....	pag.59
Aportes o sugerencias.....	pag.61
BIBLIOGRAFIA.....	pag.62
Anexos.....	pag.64

Resumen

La siguiente investigación tiene la finalidad de determinar que conocimientos poseen padres, madres o tutores, respecto a medidas preventivas, de confort y signos de alarma en las infecciones respiratorias agudas en menores de 2 años.

Las infecciones respiratorias son de las primeras causas, tanto de consulta, como de muerte infantil¹ por este motivo en el año 1996, se crea la estrategia AIEPI, que es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Esta abarca componentes de promoción, prevención y tratamiento para su aplicación tanto por las familias como en las comunidades. Su finalidad es reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la causada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, maltrato, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.

El estudio se realiza en el Centro Coordinado del Cerro mediante una encuesta cerrada a 100 acompañantes de niños menores de 2 años que asistieron a control en salud, a dicho lugar.

De los resultados de este estudio, se desprende que con un amplio porcentaje de 75%, responde conocer 3 signos característicos de las IRA, siendo, tos, rinitis y fiebre los más conocidos.

Los signos de alarma más identificados por la población fueron dificultad para respirar, tos y fiebre. Un 75% de la población refiere conocer medidas de confort. En cuanto a las medidas preventivas un 52% refiere conocerlas y un 48% no.

Se logra mediante la investigación, realizar la caracterización de la población y enmarcarla en la estrategia AIEPI.

Palabras Clave: Infecciones respiratorias, Estrategia AIEPI, signos de alarma.

¹ http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_1_08/mgi11108.htm

Glosario

Abreviaturas

Lic.	Licenciado
Dr.	Doctor
Br.	Bachiller
Prof.	Profesor
Adj.	Adjunto

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	Trabajo final de investigación
RN	Recién nacido
RAP	Red de atención del primer nivel

INTRODUCCIÓN

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 EL Departamento de Salud del niño, niña y adolescente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, bajo la tutoría de la docente Prof. Adj. Lic. Amparo Huguet.

El estudio se llevó a cabo en un servicio de salud de primer nivel de atención, en el Centro Coordinado del Cerro, con el objetivo de estudiar el conocimiento que poseen los padres, madres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad acerca de signos de alarma, medidas de confort y medidas preventivas en las infecciones respiratorias agudas. Se realizó en el período de tiempo comprendido entre el 18 de setiembre de 2016 y 15 de abril del 2017.

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se establecieron diversos objetivos y para su cumplimiento se recabaron datos.

Como punto de partida se llevó a cabo un plan piloto donde se ajustó el instrumento de recolección de datos; los cuales fueron procesados en el programa Excel 2010 para su estudio.

Del análisis de los datos se concluye que se logra determinar el conocimiento que poseen los padres madres 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 conocen de 2 a 3 signos con un 51% los signos de alarma más identificados fueron dificultad para respirar y tos. Las medidas de confort mejor identificadas fueron tenerlo en casa con ropa cómoda y holgada con un 54% y administrar medicación indicada con un 47%. Las medidas preventivas con más tendencia en la población fueron, vestimenta acorde al clima con un 52% y no sacar al niño afuera con un 46%

Se logra mediante esta investigación obtener una caracterización de la población que permite relacionarla con el servicio de salud y enmarcarla con la estrategia AIEPI, la cual está dirigida a menores de 5 años de edad, pero en esta investigación, nos enfocamos en menores de 2 años ya que la infecciones respiratorias agudas constituye la principal causa de morbimortalidad pos-

neonatal y la primera causa de ingreso hospitalario en niños menores de 2 años.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué Conocimientos poseen los padres, madres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad con respecto a signos de alarma, medidas de confort y medidas preventivas en las infecciones respiratorias agudas; en un Centro de salud de primer nivel en la ciudad de Montevideo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos que poseen madres, padres o cuidadores sobre signos de alarma, medidas de confort y medidas preventivas, relacionado con infecciones respiratorias agudas en niños de 0 a 2 años

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población de estudio
- Identificar si madre/padre o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años conocen medidas preventivas.
- 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.

ANTECEDENTES

En el año 2015 Uruguay tuvo los indicadores más bajos en mortalidad infantil de la historia desde que se llevan registros. Este se encuentra en 7,4 por mil, o sea cada mil nacidos vivos fallecen 7,4 y es el indicador más bajo de la historia de Uruguay desde que se llevan registros².

Así lo destacó en ese momento Jorge Basso, titular de Salud Pública; recordando que en 2005 la mortalidad infantil alcanzaba a 12,7 por mil y hoy esas cifras son sustantivamente menores.

Consiguientemente la mortalidad infantil pasó de 7,4 a 7,9 cada mil nacidos vivos, en 2016. El Ministerio de Salud Pública (MSP) advirtió que el aumento no es significativo y sostuvo que este responde a una caída en el índice de natalidad³.

Entre las principales causas de mortalidad infantil, se encuentran las infecciones respiratorias, y diarreas, tanto en países desarrollados, como en los países en vías de desarrollo. Por lo que se crea para disminuir la morbimortalidad, la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), adoptada por el consejo Directivo de la OPS desde 1996. Ha contribuido al mejoramiento de indicadores de salud en menores de cinco años, como lo demuestra la bibliografía existente acerca del tema. La diarrea, la enfermedad respiratoria aguda, la desnutrición, el maltrato y la violencia, son causas importantes de esta mortalidad. Las mismas se pueden intervenir aplicando estrategias como la prevención primaria y secundaria; y la intervención oportuna en ambientes de atención primaria.

El MSP ha desarrollado programas como la estrategia AIEPI entre otras, 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. A nivel internacional se encontraron tres investigaciones previas.

Una de ellas realizada en la Universidad Nacional de San Marcos, Perú, del año 2010; la misma se centró en los conocimientos que poseen las madres de

² <http://www.elpais.com.uy/informacion/uruguay-indice-mas-mortalidad-infantil.html>

³ <http://www.elpais.com.uy/informacion/crecio-tasa-mortalidad-infantil-uruguay.html>

niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas, realizada en el centro de salud Nueva Esperanza, en Lima. Como resultado, arrojó que “En cuanto a los conocimientos que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas, un porcentaje considerable (63%) conocen los aspectos relacionados a los signos y síntomas, las señales de peligro y un porcentaje significativo (37%) desconocen relacionado al motivo de enfermedad y protección de personas enfermas dentro del hogar. Lo cual resulta favorable que las madres tengan conocimientos básicos para reconocer las IRAS acudiendo oportunamente a los establecimientos de salud, sin embargo es necesario la educación continua a la población para que adopten conductas saludables que eviten la enfermedad”.⁴

También se encontró otro trabajo realizado en la Universidad Austral de Chile, en la Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, la cual se realizó en el año 2009: “Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para infecciones respiratorias agudas, que motiven llevar al niño menor de 1 año al centro de salud”.

Sus conclusiones fueron, que “Se demostró en esta investigación, que la educación respecto a los signos o síntomas de alarma para IRA, aumentaba el nivel de conocimiento de los padres o cuidadores, sin embargo aunque el nivel de escolaridad y socioeconómico de éstos es directamente proporcional al nivel de conocimiento, muchos de estos padres no recibieron la información necesaria, transformándose en un factor de riesgo más para la aparición de éste tipo de enfermedades, aumentando la incidencia y prevalencia de éstas. Si bien, en esta investigación no se recolectó información sobre el conocimiento de los padres en cuanto a prevención de las IRAs, se considera que el conocimiento de éstos respecto a los signos o síntomas que los motiven a llevar a su hijo a un centro asistencial, es información igualmente importante, pues mejora la toma de decisiones de los padres en relación a cuándo, cómo y dónde acudir a un centro asistencial, evitando así algún tipo de complicación en la salud del niño. La entrega de información y educación, mejora las aptitudes de los padres en la toma de decisiones acertadas, aspecto que es parte de la estrategia planteada en la Carta de Ottawa, según Sánchez (2000, citado en Campos y Márquez, 2004). Además la toma de decisiones se considera por

⁴ http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1013/1/Alarcon_ra.pdf

Orem (1995, citado en Campos y Márquez, 2004), como la primera etapa del autocuidado deliberado.”⁵

⁵ <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmp438c/doc/fmp438c.pdf>

JUSTIFICACION DEL TEMA

Se decidió trabajar sobre este tema, dada la alta incidencia que poseen las infecciones respiratorias agudas sobre la tasa de mortalidad infantil en nuestro país; ya que constituye la principal causa de morbimortalidad pos-neonatal y la primera causa de ingreso hospitalario en niños menores de 2 años.

Uruguay presenta una tasa de mortalidad infantil decreciente en los últimos años. En el año 2004 se encontraba en 13,2, y actualmente descendió a 7,4, como lo indica en un informe realizado en 2015, el ministro Dr. Jorge Basso⁶.

La TMI en Uruguay se encuentra entre las más bajas de la región. En América del Sur, sólo Chile posee una tasa menor (7,7 ‰). Comparada con el resto de los países de las Américas, la TMI en Uruguay es mejor a la de Costa Rica (8,7 ‰), Puerto Rico (8,4 ‰) Argentina (10,6‰). Excepto con respecto a Estados Unidos (6,2 ‰), Cuba (5,8 ‰) y Canadá (5,0 ‰) Brasil (6,12%)⁷.

En los últimos 6 años se observa que las principales causas de mortalidad neonatal no han variado, siendo las afecciones del período perinatal vinculadas con niños prematuros (52,1%) y las malformaciones congénitas (28,7%) las más frecuentes. En relación a la mortalidad pos neonatal, existe una proporción importante de muertes de causa mal definida (26%) seguida de malformaciones congénitas (21,4%) y enfermedades respiratorias (13%).

La vigilancia epidemiológica permite un mayor conocimiento de las enfermedades, y contribuye a mejorar la calidad de atención de los usuarios por parte del equipo de salud y brinda herramientas a los padres para mejorar conocimientos acerca de las enfermedades que padecen sus hijos, y así poder tener un diagnóstico precoz y oportuno en su tratamiento, ya que las infecciones respiratorias altas suelen, sino son tratadas en tiempo y de manera adecuada, derivarse en enfermedades respiratorias bajas, las cuales se agravan y terminan siendo la causa de muerte del niño, pudiendo ser prevenibles o tratadas si son detectadas en forma temprana, siendo responsables de una de cada 4 muertes en menores de 5 años en nuestro país.

⁶ <http://www.elpais.com.uy/informacion/uruguay-indice-mas-mortalidad-infantil.html>

⁷ http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/AIEPI_Americas_final.pdf

Anualmente, miles de niños menores de 5 años contraen infecciones respiratorias agudas (IRA), diarrea y desnutrición lo que influye negativamente en su salud en forma temporaria o permanente. Estas enfermedades junto a otras, como las que son prevenibles por inmunizaciones y las parasitosis intestinales, son las principales causas de morbilidad y por lo tanto de consulta y hospitalización en los niños de este grupo de edades⁸.

En el marco de este esfuerzo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron la estrategia AIEPI como una herramienta efectiva para abordar la atención del niño en los servicios de salud del primer nivel, en la familia y en la comunidad. Con esta estrategia se espera que los integrantes del equipo de salud sean capaces de evaluar la condición de salud y los diferentes problemas que afecten al niño. Para la elección del tratamiento más apropiado y para su adecuado cumplimiento y seguimiento, incluye un conjunto ordenado de medidas y procedimientos dirigidos a la atención, diagnóstico, tratamiento y promoción y prevención en relación a enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños menores de 5 años.

Como futuros profesionales de enfermería, determinar que conocimiento poseen las familias con respecto a las IRA, resulta fundamental para planificar, y realizar intervenciones oportunas.

⁸ http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Pediatria/index_aiepi.htm

MARCO CONCEPTUAL

La conceptualización de salud definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), detalla: "es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad o afección". El hombre debe ser considerado como un ente biopsicosocial. Esto hace referencia a que es un Ente, es decir se refiere a lo que existe o puede existir. Bio, Significa vida. Psico, Significa alma, mente o actividad mental. Social, Pertenece o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados.

La salud según la Organización Mundial de la Salud, tiene una definición concreta: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"⁹

Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas.

A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico, ya que el ser humano se considera ser biopsicosocial.

Este ser biopsicosocial se enfrenta a diversos estados de salud y enfermedad constante, siendo la enfermedad una alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa. El concepto de salud, partiendo del concepto de la OMS "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" fue elaborado por la Facultad de Enfermería UDELAR la cual 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 reaccional y a la situación Salud-Enfermedad en que se encuentre. La Salud es un derecho inalienable del Hombre, que debe estar

⁹ <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

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”.

Este ser biopsicosocial se encuentra inserto en una sociedad, con diversos agentes socializantes, desde que nace hasta que muere, y su primer agente es la familia, definiéndose esta (según sociólogos) “Como un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos.”¹⁰

El trabajo que realizamos sobre los conocimientos que poseen madres, padres o cuidadores sobre signos de alarma, medidas de confort y medidas preventivas, relacionado con infecciones respiratorias agudas en niños de 0 a 2 años de edad, respecto a los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas, lo realizamos dentro del programa AIEPI el cual se encuentra enmarcado dentro de la salud pública de nuestro país; “es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación”¹¹. El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran la prevención epidemio-patológica (con campañas masivas de vacunación gratuita), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud).

Dentro de la salud pública en nuestro país, al igual que en la mayoría de los países, se encuentra la APS. “La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, Científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesta 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 autorresponsabilidad y de autodeterminación”¹²

¹⁰ A. Giddens y P. W. Sutton. Sociología. 7º ed. España. Alianza Editorial. 2013.

¹¹ <http://definicion.de/salud-publica/>

¹² A. M. Zurro, J. F. Cano Perez y J. Gené Badía. *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. 7º ed. España. Elsevier. 2014.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. Según la OMS, En su calidad de estrategia, contiene dos tipos de componentes básicos a los efectos de asegurar su implementación: componentes programáticos y componentes estratégicos.

Componentes programáticos:

- Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico: Tratamiento de enfermedades y traumatismos comunes: el tratamiento de las enfermedades comunes puede realizarse en servicios de primer nivel de atención, de tal manera que se evite la llegada del usuario al segundo nivel.
- Suministro de medicamentos esenciales: que el sector salud sea capaz de tener una nómina básica de medicamentos según las necesidades del servicio y a un coste al que la población pueda acceder.
- Educación sanitaria: si consideramos los hábitos higiénicos dietéticos saludables no podemos evitar en pensar en la educación para la salud desde edades tempranas, sin descuidar la educación con los adultos.

Componentes estratégicos:

Son aquéllos que están presentes en todas las actividades de atención, desde su organización hasta su implementación:

- El énfasis en el primer nivel de atención: las policlínicas y Centros de Salud cumplen en esta estrategia el papel principal, al ser el nivel de atención que tiene posibilidad de tener contacto con el 100% de la población. Hay que tener en cuenta que casi el 70% de la demanda por morbilidad se resuelve en este nivel.
- Reorientación de los recursos humanos: la formación de los profesionales y técnicos se dirigía casi exclusivamente a los aspectos curativos, a la especialización y a la hospitalización. Con esta estrategia ya estamos cambiando hacia una formación básicamente generalista, clínica, con tendencia al conocimiento del proceso salud - enfermedad como un resultado de la interacción de diferentes variables, las que hay que considerar con igual magnitud.
- Tecnologías apropiadas: entendiéndola como la tecnología necesaria para las necesidades y demandas de esa población evitando la subutilización de equipos y aparatos.

- Participación comunitaria: la participación de la población debe estar desde el inicio en el servicio. La comunidad es también la forjadora del servicio de salud, no olvidemos que conoce su realidad.
- Coordinación intersectorial: entendiendo que en el proceso salud-enfermedad intervienen varios elementos, no sólo aspectos relacionados al individuo en sí mismo el sector salud no puede resolver todos los problemas de salud.

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; Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto que veníamos desarrollando anteriormente. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son

ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.¹³

Para tratar de evadir estos niveles de atención, es indispensable la promoción de salud, que se da principalmente en el primer nivel de atención, “..está dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, potenciando, al mismo tiempo, la autorresponsabilidad y la participación comunitaria”.

La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales:

1. Buena gobernanza sanitaria

La promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione.

Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Asimismo, hay que promulgar leyes que respalden la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso del casco y del cinturón de seguridad.

2. Educación sanitaria

Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la

¹³ http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.

3. Ciudades saludables

Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.¹⁴

Dentro de esta promoción y prevención entra el rol como enfermeros, siendo la práctica de esta profesión muy importante para un país. Según TorraiBou define la enfermería comunitaria como, “ conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales, que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales del equipo de salud, en el domicilio de aquellas personas que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de Atención Primaria”¹⁵

Enmarcando este trabajo se encuentra una estrategia que se implementó a nivel mundial, ya 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. La limitación de suministros y de equipo, junto con el ritmo irregular del flujo de pacientes, reducen las posibilidades de que los médicos de este nivel de atención puedan aplicar procedimientos clínicos

¹⁴ <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

¹⁵ D. Ayuso Murillo, L. Tejedor Muñoz y A. Serrano Gil. Enfermería Familiar y Comunitaria. España. Diaz de Santos. 2015.

complejos. Por el contrario, para determinar un tratamiento aprovechando al máximo los recursos disponibles suelen basarse en la historia médica y en un examen semiológico.

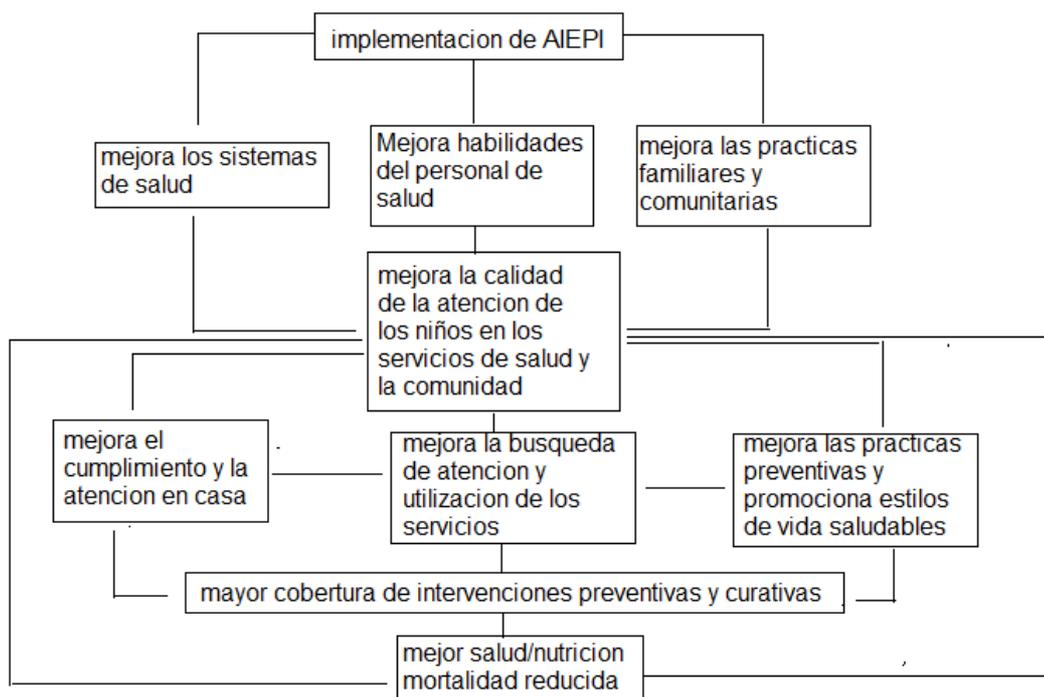
Debido a estos factores, la prestación de atención de calidad a los niños enfermos supone un importante desafío. Para abordarlo, la OMS y el UNICEF han elaborado la estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

¿En qué consiste la AIEPI?

La AIEPI es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios.

La AIEPI abarca tres componentes principales:

- Mejora de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos
- Mejora general de los sistemas de salud
- Mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades.



En los centros sanitarios, la AIEPI promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños con enfermedades graves. En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la mejora de la nutrición, la atención preventiva y la aplicación correcta del tratamiento prescrito.

¿Qué ventajas ofrece la AIEPI con respecto a los enfoques centrados en una sola enfermedad?

Los niños para los que se solicita tratamiento médico en el mundo en desarrollo suelen sufrir más de una afección, de manera que un diagnóstico único resulta inviable. La AIEPI es una estrategia integrada que tiene en cuenta la variedad de factores de riesgos graves que afectan a los niños. Garantiza el tratamiento combinado de las principales enfermedades infantiles y hace hincapié en la prevención mediante la inmunización y la mejora de la nutrición.

¿Cómo se aplica la AIEPI?

La introducción y aplicación de esta estrategia en un país es un proceso gradual que requiere tanto un alto grado de coordinación entre los programas y servicios sanitarios existentes como una estrecha colaboración con los gobiernos y ministerios de salud para planificar y adaptar los principios de la AIEPI a las circunstancias locales. Los principales pasos consisten en:

- Incorporar un enfoque integral de la salud y el desarrollo del niño en la política sanitaria nacional.
- Adoptar las directrices clínicas uniformes de la AIEPI a las necesidades, a los medicamentos disponibles y a las políticas del país, así como a los alimentos y al idioma locales.

- Mejorar la atención en los servicios sanitarios locales impartiendo a los agentes sanitarios capacitación sobre nuevos métodos de examen y tratamiento de los niños y sobre prestación de asesoramiento adecuado a los padres.
- Posibilitar la mejora de la atención velando por que se disponga de suficientes medicamentos apropiados de bajo costo, así como de equipo básico.
- Reforzar en los hospitales la atención de los niños cuyo grado de afección impide tratarlos en consultorios externos.
- Elaborar mecanismos comunitarios de apoyo para prevenir las enfermedades, ayudar a las familias en el cuidado de sus hijos enfermos y trasladar a los niños que lo necesiten a hospitales y dispensarios.¹⁶

La AIEPI ya se ha introducido en más de 75 países de todo el mundo.

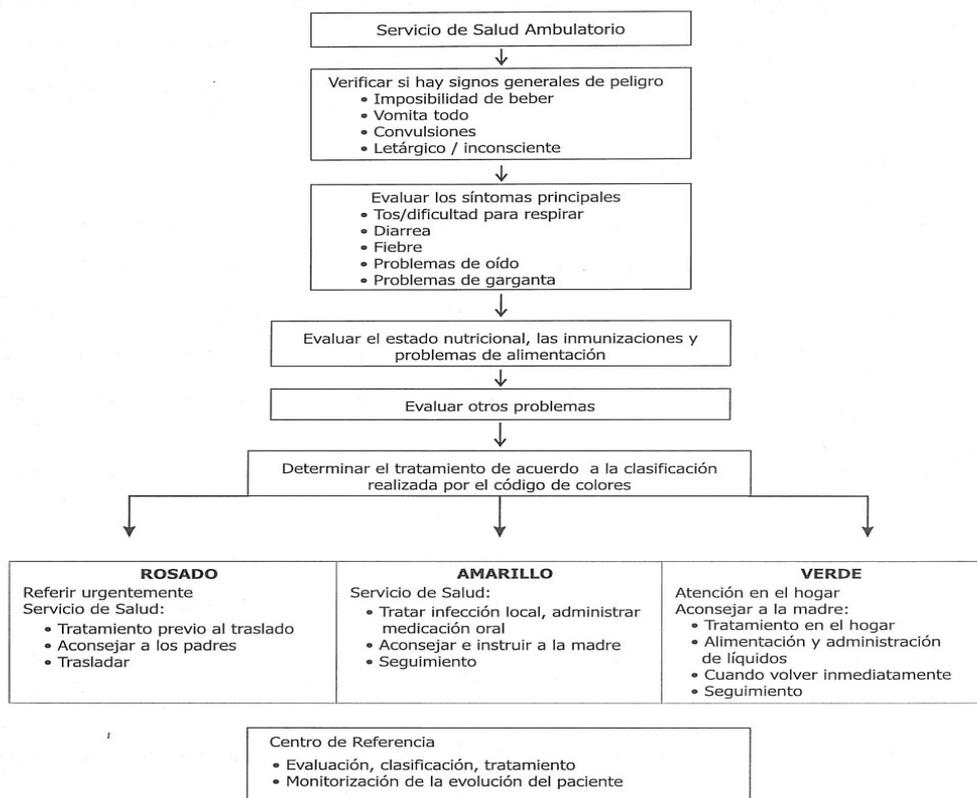
AIEPI posee un protocolo de cómo actuar ante cada situación. Estipula que el equipo de salud debe informar cuando la madre/padre o cuidador debe volver a consulta. Su regreso al servicio de salud puede ser:

- 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:

¹⁶ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/

EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL



SI EL NIÑO TIENE	Volver en
Grado de deshidratación	24 horas
Sibilancias	
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	7 días
Desnutrición leve Problemas de alimentación Cualquier otra enfermedad si no mejora	
Anemia	14 días

Situaciones que ameriten consulta urgente:

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

¿Qué medidas se han adoptado para evaluar la AIEPI?

El Departamento de CAH ha puesto en marcha una evaluación multipaís para determinar los efectos, los costos y la eficacia de esta estrategia. Los resultados de la evaluación se utilizan para planificar y promover intervenciones de salud infantil emprendidas por ministerios de salud de los países en desarrollo o por asociados nacionales e internacionales en pro del desarrollo. Hasta el momento, la evaluación se ha realizado en el Brasil, Bangladesh, el Perú, Uganda y la República Unida de Tanzania.¹⁷

Los resultados de la evaluación indican lo siguiente:

AIEPI permite mejorar el desempeño del personal sanitario y la calidad de la atención; si se aplica correctamente, la AIEPI puede reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años y mejorar su situación nutricional; la AIEPI es una inversión rentable ya que su costo por niño tratado correctamente es hasta seis veces inferior al de la atención ordinaria; en los programas de supervivencia infantil se prevé una mayor atención a las actividades

¹⁷ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/

encaminadas a mejorar el comportamiento de las familias y las comunidades; la ejecución de intervenciones de supervivencia infantil debe complementarse mediante actividades que refuercen el apoyo del sistema; sólo una cobertura de intervenciones en gran escala permitirá lograr una reducción significativa de la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Dentro de este programa AIEPI, se encuentra la información relevante para este trabajo, es el caso de la insuficiencia respiratoria aguda, la cual se define como incapacidad del sistema respiratorio para cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente. Podemos encontrar dentro de las insuficiencias respiratorias agudas a NAC (neumonía adquirida en la comunidad), bronquiolitis, (siendo estas dos patologías las que nos centraremos) pero también se encuentran las laringitis, y las OMAS también se consideran una IRA.¹⁸

¹⁸ <http://www.bedelia.fmed.edu.uy/aiepimanualguia.pdf>

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 (Centro coordinado Cerro) Montevideo.

C. Elemento de análisis: Conocimiento de los padres y/o cuidadores respecto a signos de alarma, medidas de confort y medidas preventivas, relacionado con infecciones respiratorias agudas en niños de 0 a 2 años.

D. Población: La población estuvo constituida por padres madres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 2 años de edad, cuya N fue 100, que concurren al servicio de salud en el período comprendido entre enero y abril de 2017.

-Criterio de Inclusión: padres, madres 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 enero a abril de 2017.

-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 posible realizar la investigación en una institución de Primer Nivel de Atención como es el centro coordinado del Cerro, ya que se permitió aplicar el instrumento de recolección de datos en la institución, sin ninguna particularidad. Es necesario remarcar que no existieron problemas éticos ni morales que impidieran el correcto desarrollo de la investigación.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

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 4)

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS:

- - Formulario realizado para evaluar el conocimiento de los padres sobre signos y síntomas de alarma de enfermedades respiratorias en menores de 2 años.(ver anexo 3).

VARIABLES

	Definición operacional	Definición Conceptual	Escala de medición	Categorías
Variable 1	Grado de parentesco padre/madre /tutor	Relación sanguínea o afectiva, de la persona a cargo con el niño	Cualitativa /nominal	Madre/Padre/Otro
Variable 2	Edad de padre/madre /tutor	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento actual	Cualitativa /ordinal	Adolescente/ Adulto/ Adulto Mayor
Variable 3	Nivel de instrucción	Es el grado de estudios realizados hasta el momento	Cualitativa /nominal	Ninguno /Primaria incompleta/Primaria completa/Secundaria incompleta/Secundaria completa /Estudios terciarios
Variable 4	Número de hijos	Número de veces que la mujer dio a luz y se encuentran con vida	Cualitativa /ordinal	1 /2 a 3 4 a 6 /7 o mas
Variable 5	Situación laboral	Cualquier actividad física o intelectual que reciba retribución económica	Cualitativa/ nominal	Empleado /Desempleado /Trabajador independiente /Otro
Variable 6	Edad del niño	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento actual	Cualitativa/ ordinal	Años /Meses /Días (hasta 29)
Variable 7	Vacunas vigentes	Inmunización en tiempo y forma, correspondientemente cumpliendo el esquema de vacunación uruguayo	Cualitativa/ dicotómica	Si /No
Variable 8	Consulta antes por IRA	Se entiende si el niño tuvo o no consultas por	Cualitativa nominal/ dicotómica	Si /No

		Insuficiencias respiratorias, ej. Bronquiolitis, neumonías.		
Variable 9	Uno de los padres fuma	Si madre/padre fuman sustancias nocivas.	Cualitativa nominal/ dicotómica	Si /No
Variable 10	Conocimiento de signos y síntomas de IRA	Conocimiento de aquellos signos y síntomas que indican alteración de la función respiratoria	Cualitativa nominal/ dicotómica	Si /No
Variable 11	Conocimiento de signos y síntomas de IRA	Conocimiento de aquellos signos y síntomas que indican alteración de la función respiratoria	Cualitativa nominal/ dicotómica	Tos/ rinorrea/ fiebre / dificultad respiratoria/ aumento de las respiraciones / llanto irritable / disminución del apetito/ cambios en la coloración
Variable 12	Conocimiento de signos de alarma	Se entiende por signo alarma, aquel signo que en presencia se debe consultar a un hospital.	Cualitativa / nominal	0 a 1/ 2 a 3 / 4 a 5 / 6 0 mas
Variable 13	Conocimiento de signos de alarma	Se entiende por signo alarma, aquel signo que en presencia se debe consultar a un hospital.	Cualitativa / nominal	Respiración rápida / dificultad para respirar / respiración ruidosa / cambios de coloración / fiebre / llanto irritable / no se alimenta / disminución del apetito / disminución del peso / tos/ otros signos / No sabe.
Variable 14	Conocimiento de medidas de confort	Aprendizaje de maniobras adquirido destinado a mantener la comodidad del niño, durante el proceso de salud-enfermedad.	Cualitativa/ nominal / dicotómica	Si / No
Variable 15	Conocimiento	Aprendizaje de	Cualitativa/	0 a 1 / 2 a 3 / 4 a

	de medidas de confort	maniobras adquirido destinado a mantener la comodidad del niño, durante el proceso de salud-enfermedad.	nominal	5 / 6 a 0 más.
Variable 16	Conoce medidas de confort para que el niño/a atraviese este proceso de enfermedad de la mejor forma posible	Aprendizaje de maniobras adquirido destinado a mantener la comodidad del niño, durante el proceso de salud-enfermedad.	Cualitativa nominal/	Levantar el colchón a 30ª con respecto a la parrilla/ Ofrecer al niño/a líquidos varias veces al día. / Tenerlo en casa con ropa liviana y cómoda. / Administrar la medicación de forma correcta. / Mantenerlo en un ambiente seco y cálido
Variable 17	Conoce medidas preventivas	Hace referencia a las medidas que puede tomar, padre, madre o tutor para evitar una IRA.	Cualitativa nominal/ dicotómica	Si /No
Variable 18	Conocimiento de medidas preventivas	Hace referencia a las medidas que puede tomar, padre, madre o tutor para evitar una IRA.	Cualitativa/ nominal	0 a 1 /2 a 3/ 4 o mas
Variable 19	Conocimiento de medidas preventivas	Hace referencia a las medidas que puede tomar, padre, madre o tutor para evitar una IRA.	Cualitativa/ nominal	No sacarlo afuera / no exponer al niño al humo de tabaco / ventilar ambientes / vestimenta acorde al clima / no visitar personas con afecciones.
Variable 20	Fuente de conocimiento	Las fuentes del conocimiento versan sobre conceptos meramente abstractos y subjetivos aunque	Cualitativa nominal	Familia / Centro de Salud/ Medios de comunicación

		en un momento dado se pueden concretar con procesos físicos		
--	--	--	--	--

ANALISIS DE LOS DATOS

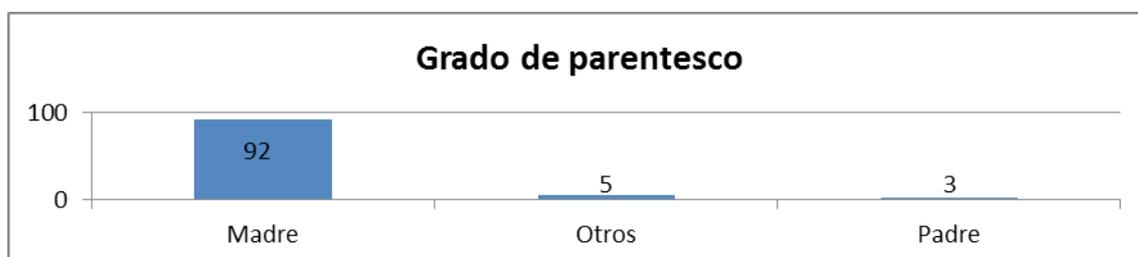
Tabla N°1 Distribución de la población según grado de parentesco con el niño o niña de 0 a 2 años de edad.

Tabla N°1 Grado de parentesco con el niño

	FA	FR	
Madre	92		
Padre	3		
Otros	5		
Total	100		

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Gráfico N°1



El 92% de la población de estudio eran madres.

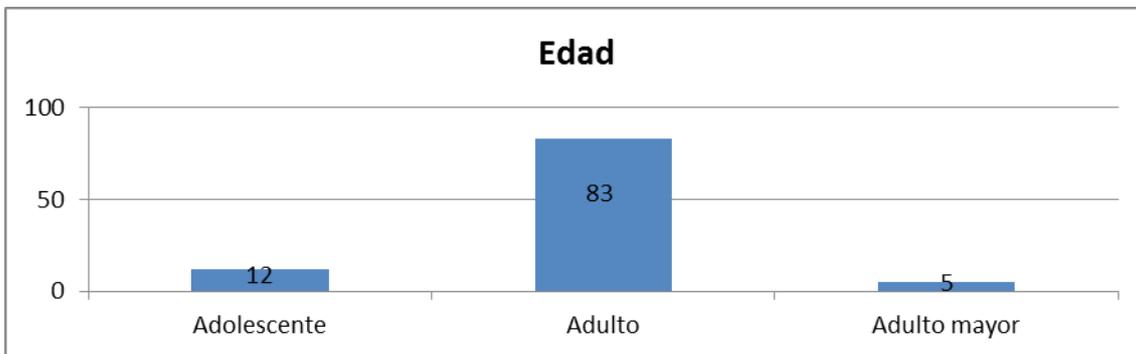
Tabla N°2 Distribución de la población según edades de padre, madre o tutor del niño/niña de 0 a 2 años.

Tabla N°2 Edad del cuidador

	FA	FR	FR%
Adolescent	12	0,12	12%
Adulto	83	0,83	83%
Adulto mayor	5	0,05	5%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Gráfico °2



El 83% de los acompañantes fueron adultos.

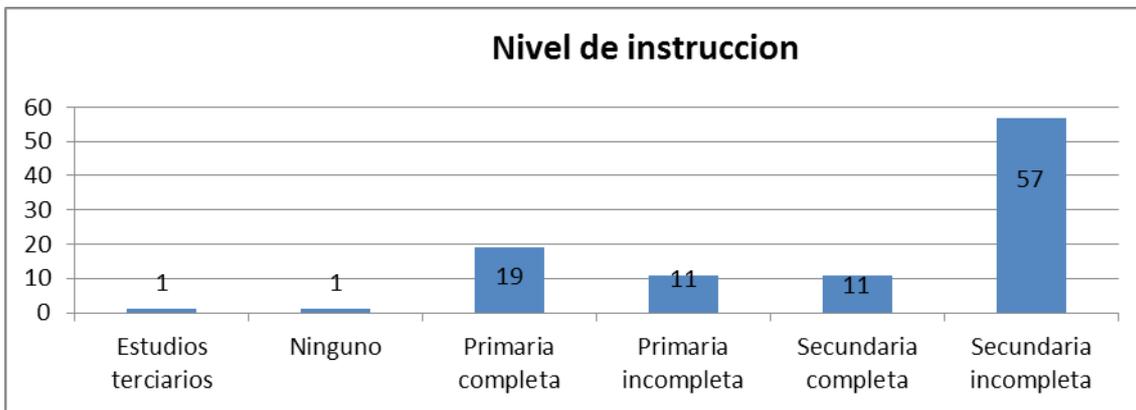
Tabla N°3 Distribución de la población según nivel de instrucción de padre, madre o tutor del niño/niña de 0 a 2 años.

Tabla N°3 Nivel de instrucción

	FA	FR	FR%
Primaria incompleta	11	0,11	11%
Primaria completa	19	0,19	19%
Secundaria incompleta	57	0,57	57%
Secundaria completa	11	0,11	11%
Terciario	1	0,01	1%
Ninguno	1	0,01	1%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°3



El 57% de la población posee secundaria incompleta.

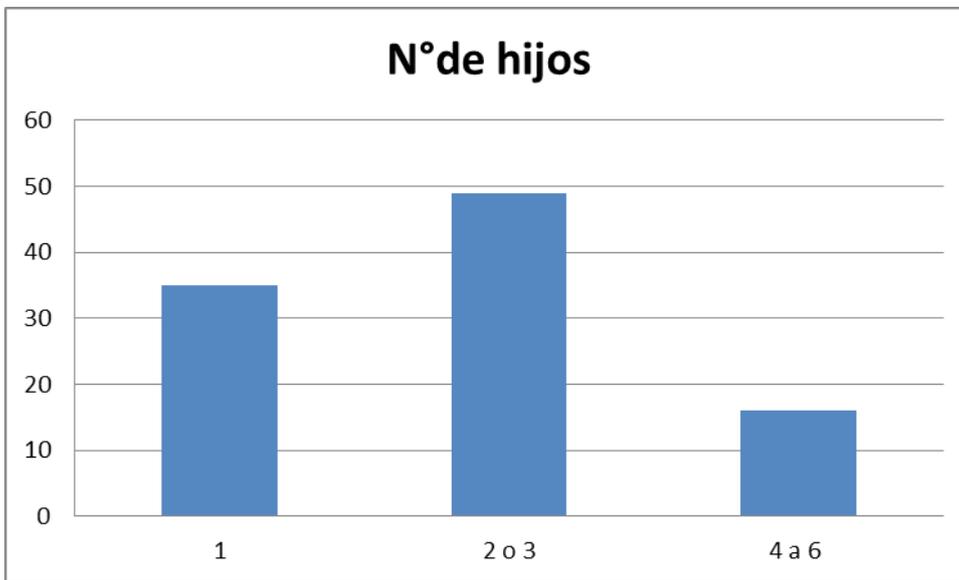
Tabla N°4 Distribución de la población según N° de hijos de padre, madre o tutor del niño/niña de 0 a 2 años.

Tabla N°4 N° de hijos

	FA	FR	FR%
1	35	0,35	35%
2 o 3	49	0,49	49%
4 a 6	16	0,16	16%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°4



El 49% posee 2 o 3 hijos.

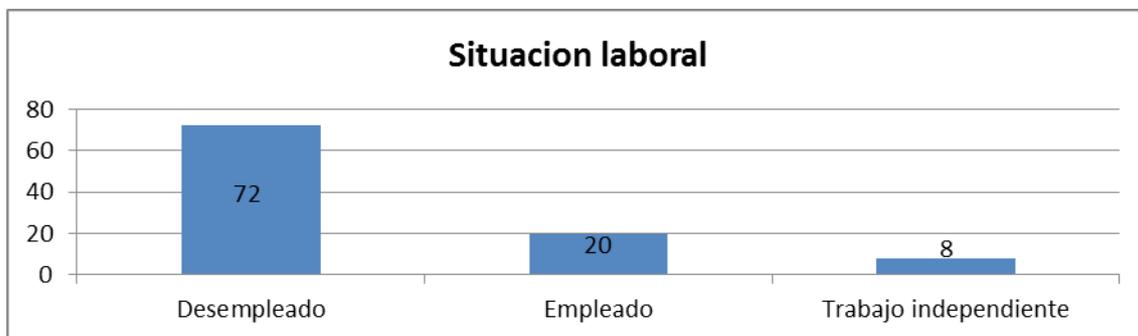
Tabla N°5 Distribución de la población según situación laboral de padre, madre o tutor del niño/niña de 0 a 2 años.

Tabla N° 5 Situación laboral.

	FA	FR	FR%
Empleado	20	0,2	20%
Desempleado	72	0,72	72%
Trabajador independiente	8	0,08	8%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°5



El 75% de las madres, padres o tutores de los niños son desempleados.

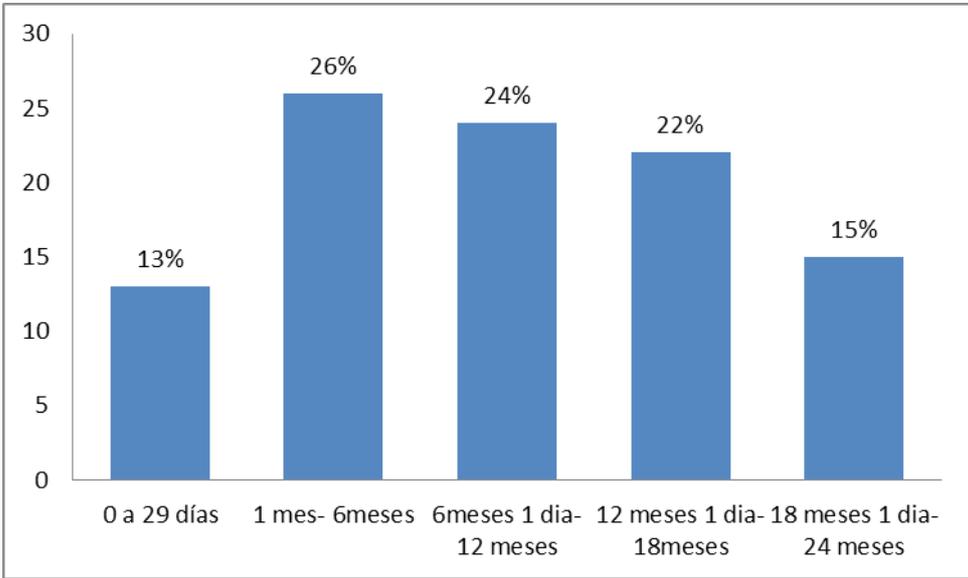
Tabla N°6 Distribución de la población según edad del niño.

Tabla N°6 Edad del niño

	FA	FR	FR%
0 a 29 días	13	0,13	13%
1 mes- 6meses	26	0,26	26%
6meses 1 día-12 meses	24	0,24	24%
12 meses 1 día- 18meses	22	0,22	22%
18 meses 1 día- 24 meses	15	0,15	12%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°6



La mayor parte de la población son menores de un año.

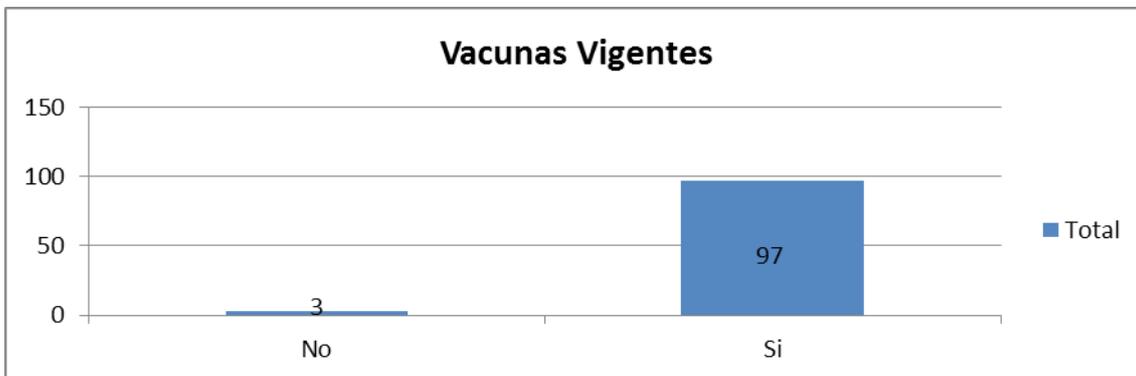
Tabla N°7 Distribución de la población según vacunas vigentes

Tabla N°7 Vacunas vigentes

Vacunas vigentes	FA	FR	FR%
Si	97	0,97	97%
No	3	0,03	3%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°7



El 97% de la población posee las vacunas vigentes.

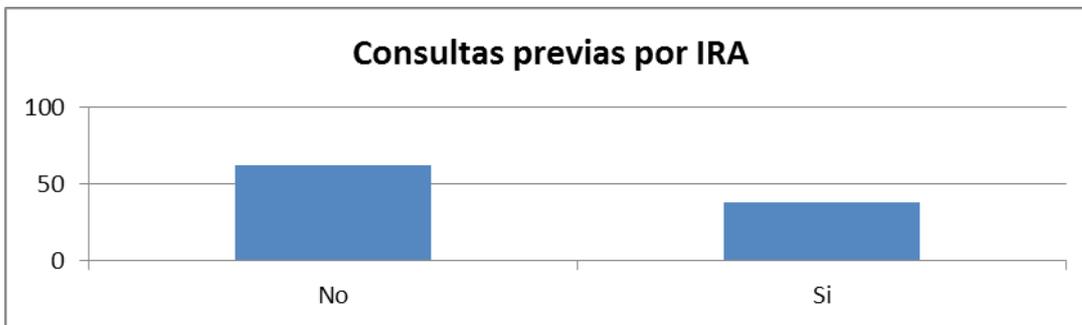
Tabla N°8 Distribución de la población según consultas previas por IRA

Tabla N° 8 Consultas previas por IRA

Consultas previas por IRA	FA	FR	FR%
Si	38	0,38	38%
No	62	0,62	62%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°8



El 62% de la población no consulto previamente por IRA

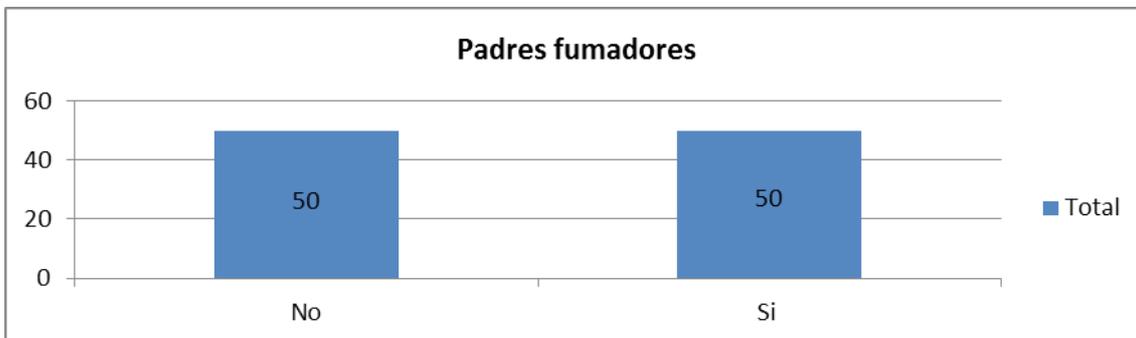
Tabla N° 9 Distribución de la población según padres fumadores

Tabla N° 9 Padres fumadores

Padres fumadores	FA	FR	FR%
Si	50	0,5	50%
No	50	0,5	50%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°9



El 50% de los padres son fumadores.

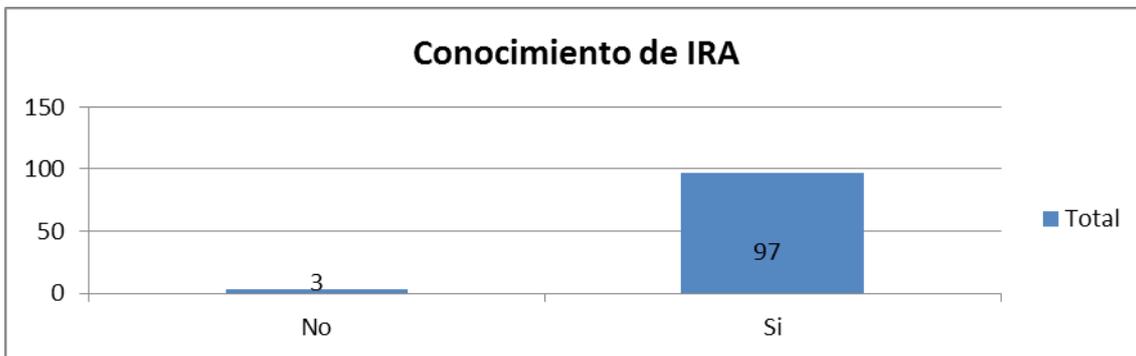
Tabla N°10 Distribución de la población según conocimiento de las IRA

Tabla N°10 Conocimiento de IRA

Conocimiento de IRA	FA	FR	FR%
Si	97	0,97	97%
No	3	0,03	3%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°10



El 97% de la población refiere conocer las IRA.

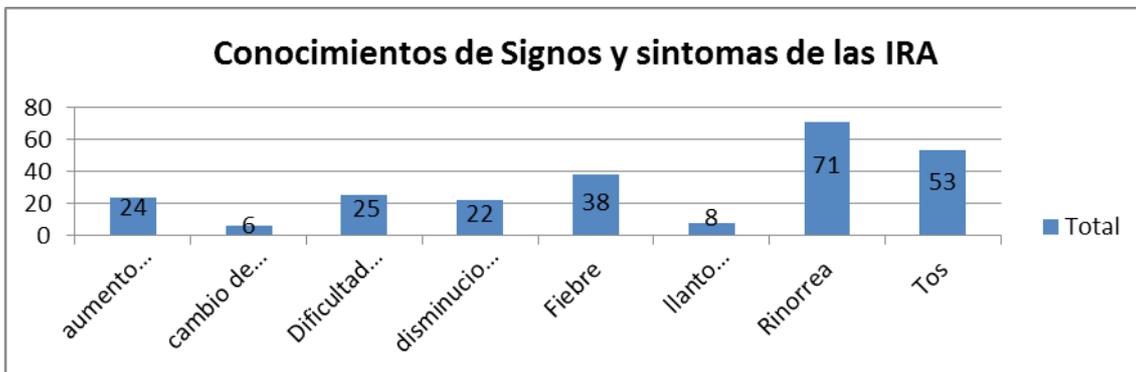
Tabla N°11 Distribución de la población según conocimiento de signos de IRA

Tabla N°11 Conocimiento de síntomas y signos de IRA

conocimiento de signos y síntomas de las IRA	FA	FR%
Tos	53	53%
Rinorrea	71	71%
Fiebre	38	38%
Dificultad respiratoria	25	25%
aumento de las respiraciones	24	24%
llanto irritable	8	8%
disminución del apetito	22	22%
cambio de coloración	6	6%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N° 11



Los signos que más reconocen los cuidadores con respecto a las IRAs son rinorrea, tos y fiebre.

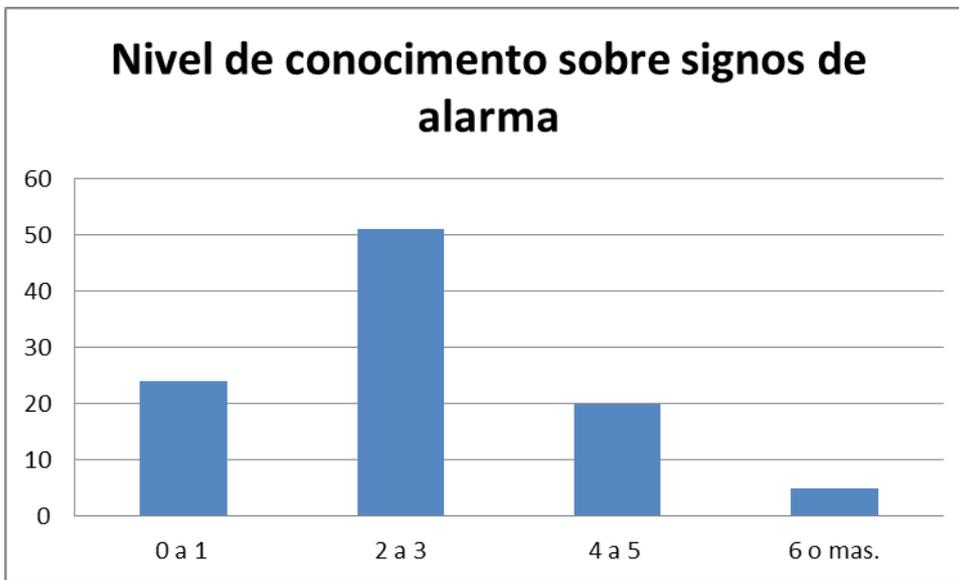
Tabla N°12 Distribución de la población según conocimiento de signos de alarma que ameriten consulta

Tabla N°12 Conocimiento de signos de alarma

N° de signos de alarma	FA	FR	FR%
0 a 1	24	0,24	24%
2 a 3	51	0,51	51%
4 a 5	20	0,2	20%
6 o mas.	5	0,05	5%
total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°12



El 51% de la población conoce de 2 a 3 signos de alarma.

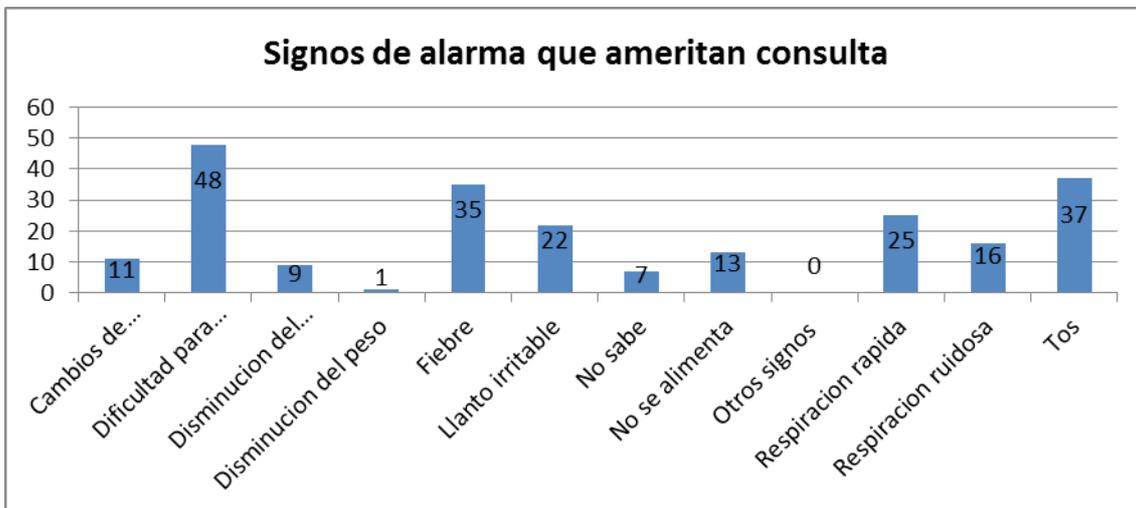
Tabla N°13 Distribución de la población según signos de alarma que ameriten consulta

Tabla N°13 Signos de alarma que ameriten consulta

Signos de alarma que ameriten consulta	FA	FR%
Respiración rápida	25	25%
Dificultad para respirar	48	48%
Respiración ruidosa	16	16%
Cambios de coloración	11	11%
Fiebre	35	35%
Llanto irritable	22	22%
No se alimenta	13	13%
Disminución del apetito	9	9%
Disminución del peso	1	1%
Tos	37	37%
Otros signos	0	0
No sabe	7	7%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°13



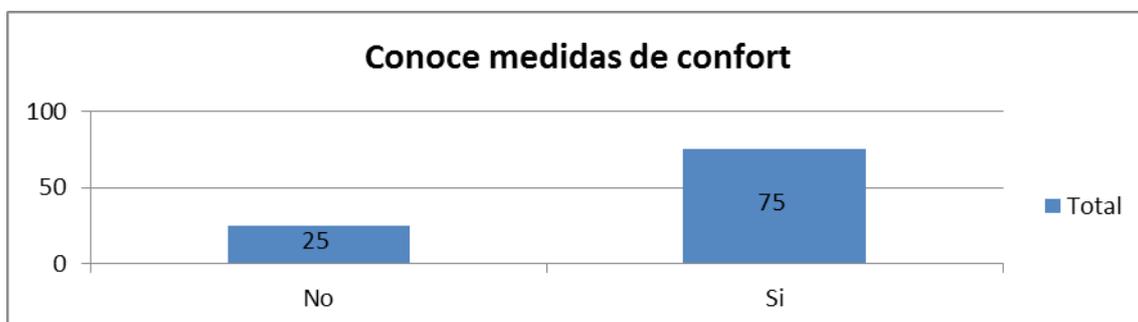
Los signos de alarma más identificados por la población de estudio fue dificultad para respirar con un 48%, tos con un 37% y fiebre con un 35%.

Tabla N°14 Distribución de la población según conocimiento de medidas de confort

Tabla N°14 conocimiento de medidas de confort

Conoce medidas de confort	FA	FR	FR%
Si	75	0,75	75%
No	25	0,25	25%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.



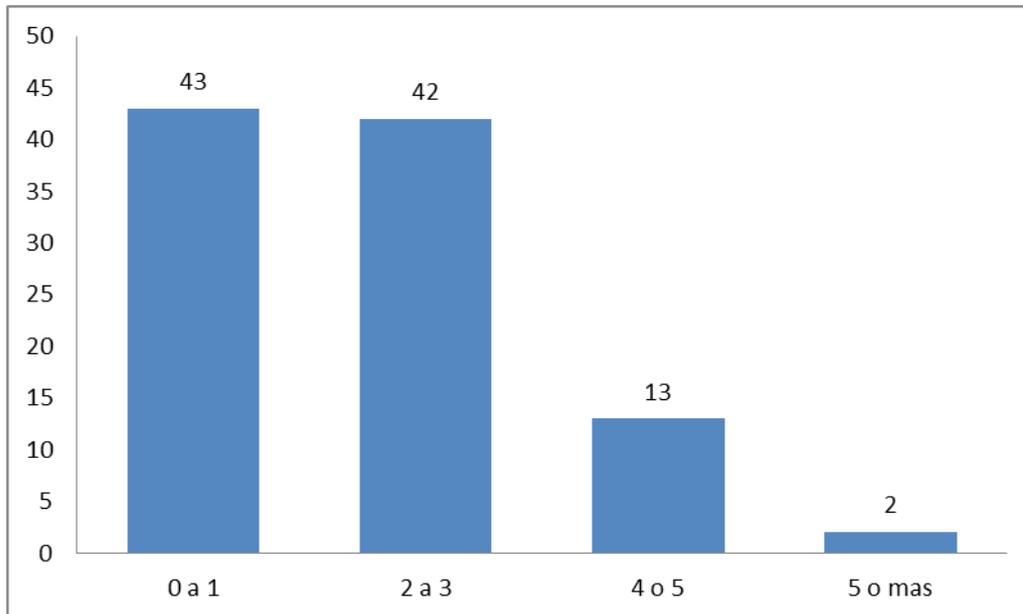
Un 75% refirió conocer medidas de confort.

Tabla N° 15 Distribución de la población según conocimiento de medidas de confort

Tabla N°15 Conocimiento de medidas de confort

N° de medidas de confort	fa	fr	fr%
0 a 1	43	0,43	43%
2 a 3	42	0,42	42%
4 o 5	13	0,13	13%
5 o mas	2	0,02	2%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.



Un 43% de la población reconoce de 0 a 1 medida de confort, y con una mínima diferencia el 42% reconoce de 2 a 3 medidas.

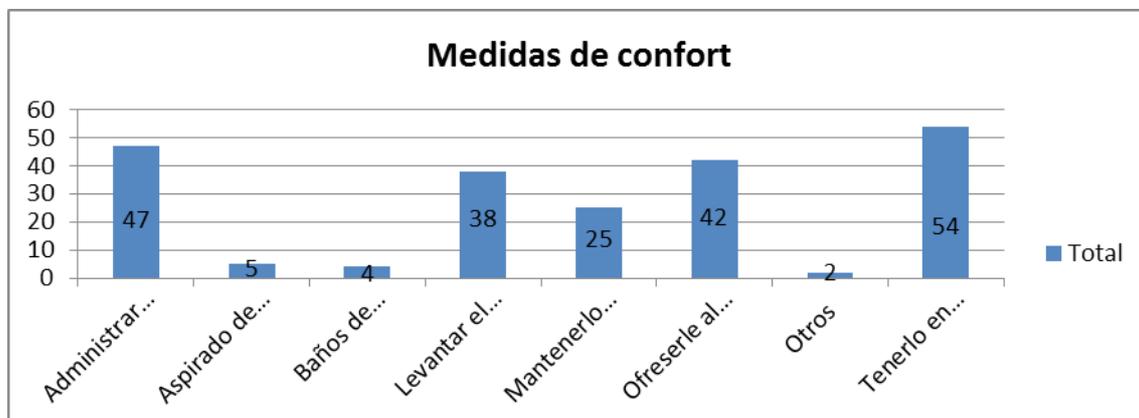
Tabla N°16 Distribución de la población según medidas de confort

Tabla N°16 Medidas de confort

Medidas de confort	FA	FR%
Tenerlo en casa con ropa cómoda y liviana	54	54%
Administrar la medicación indicada	47	47%
Ofrecerle al niño /a líquidos varias veces al día	42	42%
Levantar el colchón a 45°	38	38%
Mantenerlo en un ambiente seco y cálido	25	25%
Aspirado de secreciones nasales	5	5%
Baños de agua tibia	4	4%
Otros	2	2%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°16



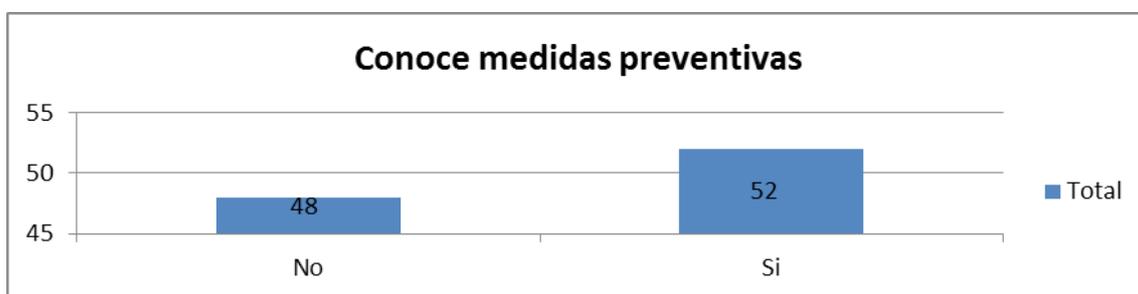
Las medidas de confort más identificadas fueron tenerlo en casa con ropa cómoda y liviana, administran la medicación indicada y ofrecerle al niño/a líquidos varias veces al día.

Tabla N°17 Distribución de la población según conocimiento o no de medidas preventivas

Tabla N°17 Conocimiento o no de medidas preventivas

Conoce medidas preventivas	FA	FR	FR%
Si	52	0,52	52%
No	48	0,48	48%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.



El 52% de la población refiere conocer las medidas preventivas.

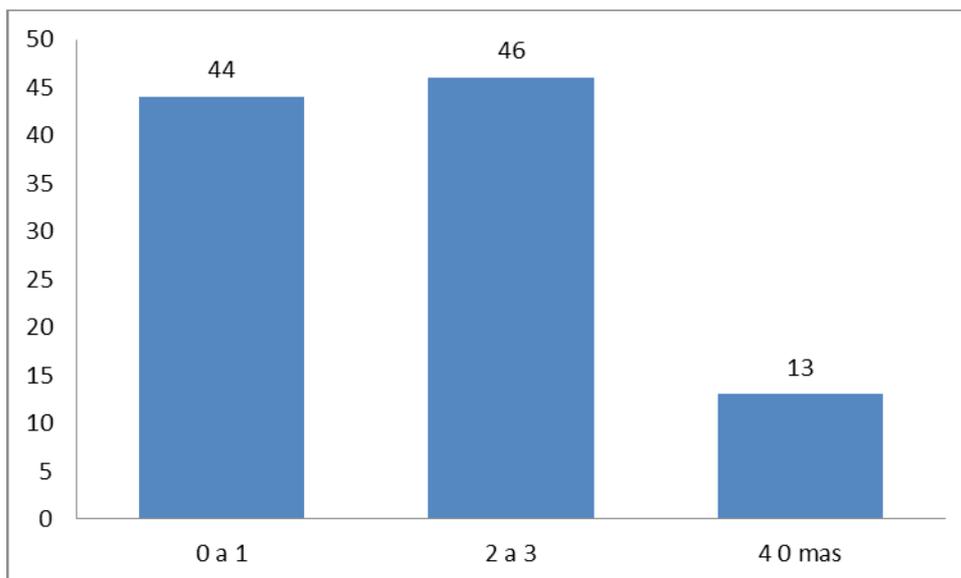
Tabla N°18 Distribución de la población según conocimiento de medidas preventivas

Tabla N° 18 Conocimiento de medidas preventivas

N° de medidas preventivas	FA	FR	FR%
0 a 1	44	0,44	44%
2 a 3	46	0,46	46%
4 o mas	13	0,13	13%
Total	100	1	100%

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

Grafico N°18



El 46% conoce de 2 a 3 medidas preventivas.

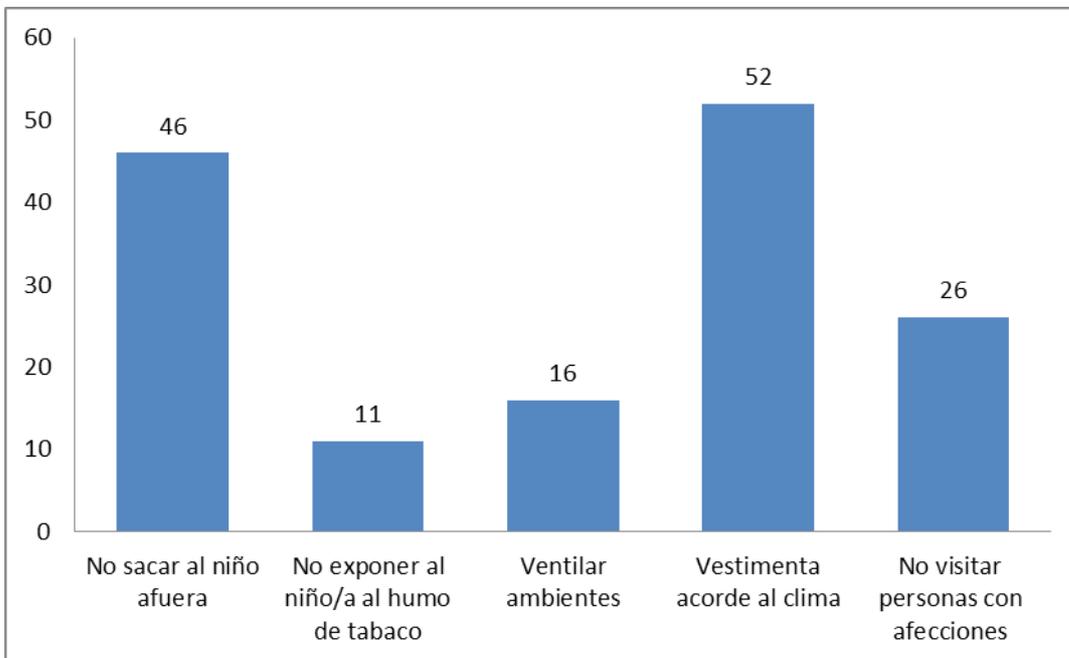
Tabla N°19 Distribución de la población según conocimiento de medidas preventivas

Tabla N°19 Conocimiento de medidas preventivas

Fuente: base de datos del grupo de investigación.

	FA	FR %
No sacar al niño afuera	46	46%
No exponer al niño/a al humo de tabaco	11	11%
Ventilar ambientes	16	16%
Vestimenta acorde al clima	52	52%
No visitar personas con afecciones	26	26%

Grafico N°19.

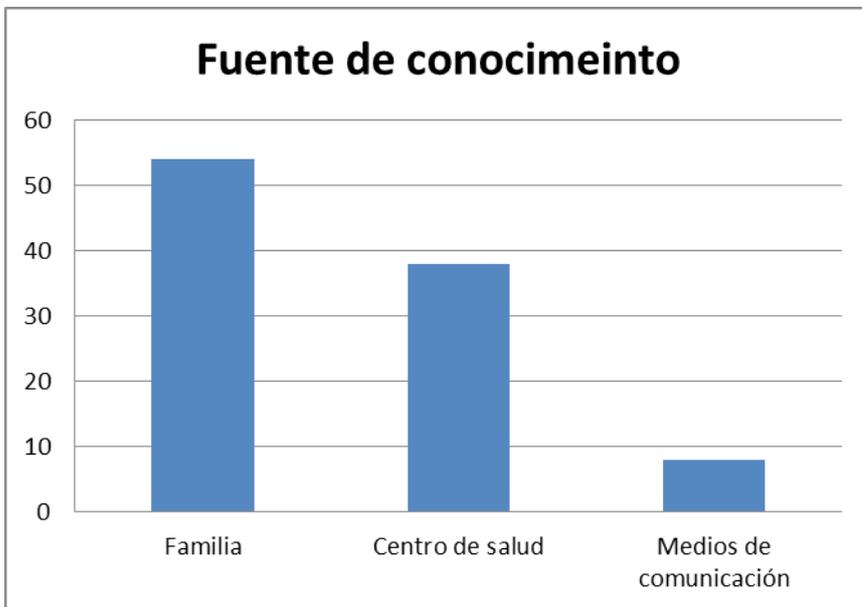


Las medidas preventivas destacadas por la población fueron vestimenta acorde al clima con un 52%, no sacar al niño afuera con un 46% y no visitar a personas con afecciones con un 26%.

Tabla N°20 Distribución de la población según fuente de conocimiento.

Tabla N°20 Fuentes de información.

	FA	FR	FR%
Familia	54	0,54	54%
Centro de salud	38	0,38	38%
Medios de comunicación	8	0,08	8%
total	100	1	100%



Se constató que como fuente de información principal fue la familia con un 54%.

DISCUSIÓN

No se ha tenido acceso a nivel nacional a investigaciones que hagan referencia al grado de conocimiento sobre signos de alarma, medidas de confort y medidas preventivas en afecciones respiratorias. Sin embargo si las dos investigaciones previamente mencionadas de la Universidad de San Marco (Perú) y la Universidad Austral (Chile).

Nuestra investigación no escapa de la realidad de Latinoamérica; como países en vías de desarrollo se comparten ciertas problemáticas a nivel socio económico y sanitario.

Enfocándonos en los signos de alarma; como conclusión del estudio de la Universidad de San Marcos, Perú, resulto que un 63% conocen los aspectos relacionados a los signos y síntomas de las infecciones respiratorias, en base a nuestra investigación decimos que un 51% de la población conoce de dos a tres signos de alarma.

En comparación con la investigación de la Universidad Austral de Chile : “Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para infecciones respiratorias agudas, que motiven llevar al niño menor de 1 año al centro de salud”. Ellos concluyen que el nivel de conocimiento es directamente proporcional al nivel socioeconómico y de escolaridad que poseen los padres, y muchos de esos padres encuestados no recibieron información necesaria del tema, y teniendo en cuenta esta información, mejoraría la toma de decisiones para llevar a su hijo a consultar ante un signo de alarma, siendo la entrega de información un aspecto muy importante. Nuestra investigación refleja que la fuente de información mayoritariamente es la familia, con un 54%, y los centros de salud 38%, siendo esto positivo ya que no es un porcentaje alarmante, pero que habría que hacer hincapié, y reforzar la información brindada por centros de salud, para que la información sea oportuna, actualizada, y una información formal.

CONCLUSION

Pudimos alcanzar todos los objetivos planteados satisfactoriamente, tanto general, como específicos, indagar y conocer los conocimientos que manejan madres, padres y cuidadores sobre medidas preventivas, medidas de confort y signos de alarma relacionados con las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 2 años. Mediante la utilización del instrumento, se lograron obtener datos para realizar el trabajo de investigación final sin inconvenientes.

En cuanto a conocimiento de medidas preventivas se conoce en un alto porcentaje. Las medidas preventivas frecuentemente mencionadas como afirmativas (52%) son: no sacarlo afuera con un 46%, vestimenta acorde al clima 53%.

Un dato no menor y alarmante, fue que el 50% de los padres encuestados eran fumadores y que solamente un 11% de ellos conocían como medida preventiva el no exponer al niño/a al humo de tabaco.

Resulta alarmante que un 48% no reconoce medidas preventivas pudiendo tener mayor influencia en las recidivas o desmejoramiento del niño sano.

Las medidas de confort se conocen en un 75%, mayoritariamente 54% respondió tenerlo en casa con ropa cómoda y adecuada, 38% levantar el colchón 45°, 47% medicación correcta.

Se logró realizar la caracterización de la población de estudio, pudiendo tener datos relevantes sobre el medio en que se inserta y así como futuros profesionales de enfermería proponer acciones efectivas y oportunas.

La información brindada en los centros de salud resulta moderadamente 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 43% 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.

El principal aporte de dicha investigación es que permite valorar el conocimiento percibido por la población, y así realizar aportes como futuros licenciados en enfermería.

Aportes o sugerencias

Una vez concluido el trabajo de investigación final se considera importante realizar aportes para que las familias se encuentren más informadas con respecto al tema. Una vez finalizado el trabajo se llevara una devolución del mismo al centro de primer nivel que se realizó, con el objetivo de proporcionar información respecto a las conclusiones.

Desde nuestro lugar se realizó un folleto con información importante para cumplir con este propósito, el cual se adjunta a los anexos. (Ver anexo 7)

BIBLIOGRAFIA

1. M.A.Castelló, R. C. Almarales, A. A. Rodríguez, S. D. Orte Hernández, M: G. Martínez, M. A. Castelló. Infecciones Respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_1_08/mgi11108.htm [consulta: 10 abr. 2017].
2. Datos del MSP: Uruguay con el índice más bajo de mortalidad infantil de la historia en 2015. El País. 2016. [Internet]. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/uruguay-indice-mas-mortalidad-infantil.html> [consulta: 10 abr. 2017].
3. Datos del MSP: la tasa de mortalidad infantil en Uruguay aumento en el 2016. El País. [Internet]. 2017 marzo 13. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/crecio-tasa-mortalidad-infantil-uruguay.html> [consulta: 2 abr. 2017].
4. Alarcón Ramos AI. Conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1013/1/Alarcon_ra.pdf [consulta: 2 abr. 2017].
5. Pérez Salas AE, Rivas Cruz NM. Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para infección respiratoria aguda (IRA) que motiven lleve al niño menor de 1 año a un centro de salud [tesis] [Internet]. 2009. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmp438c/doc/fmp438c.pdf> [consulta: 20 ago. 2017].
6. Datos del MSP: Uruguay con el índice mas bajo de mortalidad infantil de la historia en 2015. El País. 2016. [Internet]. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/uruguay-indice-mas-mortalidad-infantil.html> [consulta: 10 abr. 2017].
7. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI en las Américas. Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las Américas. [Internet]. 2008. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/AIEPI_Americas_final.pdf [consulta: 10 abr. 2017].
8. Departamento de Educación Médica. Facultad de Medicina. Estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). [Internet]. Disponible en: http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Pediatrica/index_aiepi.htm [consulta: 22 abr.2017].
9. O.M.S. Preguntas frecuentes. Como define la salud?. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 22 abr. 2017].
10. A. Giddens y P. W. Sutton. Sociología. 7ª ed. España. Alianza Editorial. 2013. [consulta: 27 jul. 2017].
11. A. Martin Azurro, J.F. Cano Pérez y J. Gené Badía. Atención Primaria. 7ª ed. España. Elsevier. 2014. [consulta: 27 jul. 2017].
12. J. P. Porto y A. Gardey. Definicion de Salud Publica. 2008. [internet]. Disponible en: <http://definicion.de/salud-publica/> [consulta: abril2017].
13. Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet]. 2011; 33(1): 7-11.

Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es. [consultado: 16 jun. 2017].

14. O. M. S. Que es la promoción de la salud? Agosto 2016. [internet]. Disponible en : <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/> [consulta: 16 jun. 2017].

15. D. Ayuso Murillo, L. Tejedor Muñoz y A. Serrano Gil. Enfermería Familiar y Comunitaria. España. Díaz de Santos. 2015. [consulta: 27 jul. 2017].

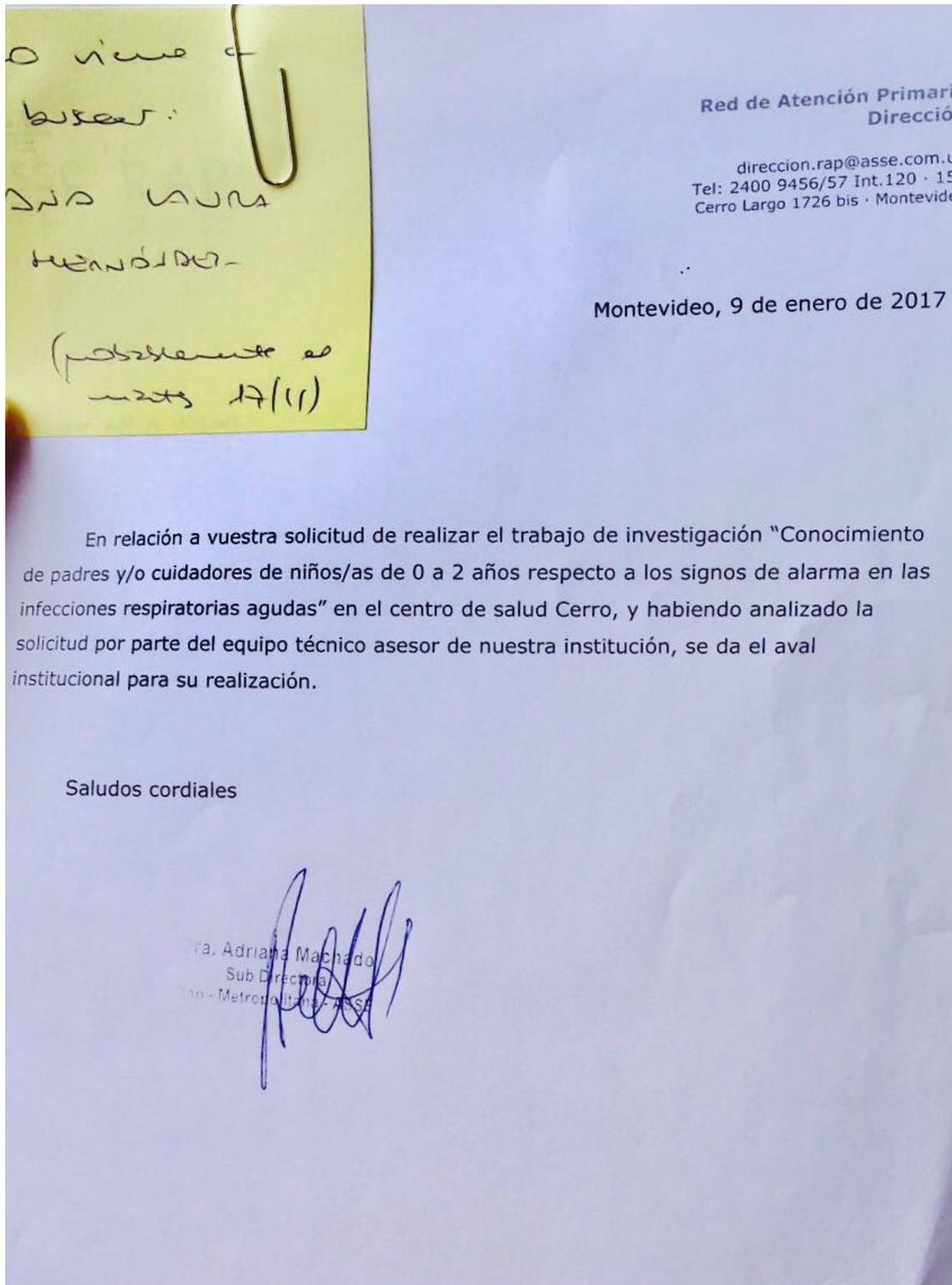
16. O.M.S Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.(AIEPI). [internet]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/ [consultado: 16 jun. 2017].

17. O.M.S Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.(AIEPI). [internet]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/ [consultado: 16 jun. 2017].

18. Aiepi. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Manual Guía. 2006. [internet]. Disponible en: <http://www.bedelia.fmed.edu.uy/aiepimanualguia.pdf> [consulta: 16 jun. 2017].

Anexos

Anexo 1



Anexo 2

DIAGRAMA DE GANNT

Tiempo/ Actividades	Feb 2016	Mar 2016	Abril 2016	Junio 2016	Enero 2017	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 2017	Junio 2017	Julio 2017	Ago 2017
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

RRHH **Cinco estudiantes de Lic. En Enfermería.**

RRMM	Material de papelería, encuestas brindadas por la Cátedra de niño y adolescente y la formulada para la investigación, etc.	
RRFF	Gastos de impresión y encuadernación.	4000\$
	Gastos presentación defensa de TFI	1000\$
	Viáticos.	1500\$
	TOTAL	6500\$

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

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.Pia Etcheverry, Br. Magela Cuello, Br. Ana Laura Hernandez, Br. Camila Salto y Br.Daniela Pereyra, 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.

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 5

Formulario de encuesta

Grado de parentesco con el niño	Madre	Padre	otro
--	-------	-------	------

Edad	Adolescente	Adulto	Adulto mayor
-------------	-------------	--------	--------------

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	7 o mas	
Situación laboral	Empleado	Desempleado	Trabajador independiente	Otro	
Edad del niño/a	0 a 29 días	1m a 6m	6m,1d a 12m	12m 1d a 18m	18m 1d, 24m

Carnet de vacunas vigentes	Si	No
-----------------------------------	----	----

Sobre las afecciones respiratorias:

¿Consultó antes por IRA?	Si	No
---------------------------------	----	----

Uno de los padres fuma	Si	No
-------------------------------	----	----

¿Conoce sobre las IRA?	Si	No
-------------------------------	----	----

Conoce signos y síntomas de las infecciones respiratorias Agudas?	SI	NO
--	----	----

TOS	Rinorrea	fiebre	Dificultad respiratoria
Aumento de respiraciones	Llanto irritable	Disminución de apetito	Cambios de coloración

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	Presencia de tirajes
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 45ª 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) Aspirado de secreciones nasales	
g) Baños de agua tibia	h) Otros		
¿Conoce medidas preventivas para afecciones respiratorias?	Si	No sabe	
Sobre medidas preventivas:	Si	No	En caso de si, Cuáles?
No sacar al niño afuera	No exponer al niño/a al humo de tabaco		Ventilar ambientes
Vestimenta acorde al clima	No visitar personas con afecciones		
Fuente de conocimiento...			
Familia	Centro de salud	Medios de Comunicación	Otros...

Anexo 6

Instrucciones para el llenado de las encuestas

Será aplicado a toda persona que ingrese al centro coordinado del cerro con un 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.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS



Anexo 7



10 MEDIDAS PARA PREVENIRLAS



Uso de tapaboca en familiares con resfrio y/o tos.

5

Toser apoyando la boca en antebrazo

6

Higiene de nariz con pañuelos descartables.

7

Ventilar los ambientes por lo menos 1 vez por día.

8

Acostarlo para dormir en cuna individual en posición boca arriba.

9

Evitar humo (tabaco-estufas) en ambientes.

10

10 MEDIDAS

1

Evitar contacto con personas resfriadas, retirar túnicas y/o cambiar de ropa de hermanos cuando vuelven de la escuela y/o jardín.

2

Lavado de manos frecuentes y/o aplicación de alcohol gel antes y después del contacto con el bebé.

3

Alimentación con pecho materno.

4

Vacunas al día: durante el embarazo y del bebé.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

La mayoría son de causa viral, que se presentan en los meses de invierno y se reconocen por síntomas respiratorios altos (tos y mocos), en ocasiones con fiebre a los que agregan ruidos respiratorios y dificultad para respirar, pudiéndose hacer cada vez más intensa cuya duración en general no excede los 10 días.

Consulte si su hijo presenta:

- * Respiración rápida.
- * Realiza mucho esfuerzo para respirar.
- * Si deja de respirar.
- * Si cambia de color.
- * Tos en accesos prolongados.
- * Rechazo del pecho y/o biberón.

