

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
UNAN-LEÓN



MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE LIC. EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA.

TÍTULO:

Conocimiento y Práctica que tienen las madres en relación al cuidado que les brindan a niños menores 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas, atendidos en Morbilidad Pediátrica del C/S “Perla María Norori”, Enero- Marzo del 2010.

Autores:

Br: Kasandra de los Ángeles Gómez Martínez.

Br: Martha Carolina Méndez Ibarra.

Tutora:

Msc: Fanny Jaime Moraga.

León - Nicaragua, 2010.

## ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....1

ANTECEDENTES.....3

JUSTIFICACIÓN.....5

PROBLEMA.....6

OBJETIVOS.....7

MARCO TEÓRICO.....8

DISEÑO METODOLÓGICO.....28

RESULTADOS.....31

ANÁLISIS.....38

CONCLUSIONES.....42

RECOMENDACIONES.....43

BIBLIOGRAFÍA.....44

ANEXOS.....46

## **DEDICATORIA**

Este trabajo es dedicado a nuestras respectivas familias, por la comprensión y el amor que nos han brindado durante este tiempo, lo que ha sido el aliciente que nos ha animado para seguir adelante.

Br: Kasandra de los Ángeles Gómez Martínez.

Br: Martha Carolina Méndez Ibarra.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro Padre Celestial por iluminarnos cada día.

A nuestra Tutora y Asesora, por la paciencia y tolerancia que presentaron todo el tiempo.

A todas aquellas personas que pusieron su empeño, dedicación, y supieron guiarnos en la búsqueda de la excelencia.

## RESUMEN

Las Infecciones Respiratorias Agudas son las afecciones que con mayor frecuencia afectan a los niños menores de 5 años a nivel mundial, alcanzando aproximadamente un 62% de consultas a Morbilidad Pediátrica, por esto reconocemos que las madres y el Personal de Salud son los principales autores que conducen a la puesta en práctica de los cuidados en niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas.

Nuestro estudio es con el objetivo de determinar el Conocimiento y Práctica que tienen las madres en relación al cuidado que brindan a los niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias, la investigación es cuantitativa de corte transversal, nuestra área de estudio es el centro de salud Perla María Norori y la unidad de análisis son madres con niños menores de 5 años, la muestra corresponde a 90 niños que representan al 30%.

Las variables dependiente son los cuidados en las Infecciones Respiratorias Agudas, por tal razón concluimos que la mayoría de las madres están entre las edades de 21-30 años y los niños que están siendo más afectados por Infecciones Respiratorias son niños de 13-24 meses y es el Catarro Común la afección con más incidencia, por esto recomendamos al Personal de Salud realicen seguimiento a aquellos niños que tienen episodios frecuentes de Infecciones Respiratorias y a las madres buscar apoyo con el Personal de Salud para mejorar los cuidados que se le debe de brindar a los niños con Infecciones Respiratorias Agudas.

## INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas, junto a la Diarrea, Sarampión, Paludismo y la Desnutrición son las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años en el mundo, la Morbimortalidad por IRA en este grupo de edad representa 54% de la totalidad de fallecimiento. Las Infecciones Respiratorias Agudas, son las de mayor importancia en frecuencia y asistencia pediátrica.

En la asistencia primaria de los países desarrollados, estas patologías causan alrededor de la mitad de las consultas, en estas circunstancias los niños sufren de 6 a 8 episodios anuales en edad preescolar. Según Meneghello, (1997).

Según Aguilar Cordero, María José, (2005), las IRA son una causa muy frecuente de uso de medicamentos y la tecnología de diagnósticos, muchas veces de manera inadecuada y excesiva. Las IRA han sido reconocidas como la principal causa de administración de antibióticos a niños menores de 5 años en casi todos los países, teniendo en cuenta que la mayor parte de los episodios de IRA, no requieren este tipo de tratamiento.

La Organización Panamericana de la Salud, (OPS), refiere, que las Infecciones Respiratorias Agudas, incluyen infecciones en zonas que abarcan nariz, oídos, faringe, laringe, tráquea, bronquios o bronquiolos y pulmones. La mortalidad causada en la niñez por las IRA, en países en desarrollo, es de 30-70 veces superior a la de los países desarrollados. En la mayoría de estos países generalmente se proporciona poca o ninguna orientación a los trabajadores de salud acerca de como tratar el elevado número de niños que sufren IRA, y que diariamente asisten a las Unidades de Salud.

Entre los determinantes de la salud de los y las nicaragüenses, la pobreza es el más importante; según la EMNV-2012, la pobreza representa el 45.8% de la población total, de ésta, el 15,1% vive en extrema pobreza. Al comparar datos relativos con la EMNV-1998 se nota que ha habido pequeñas mejoras en la dimensión de la pobreza, sin embargo, el número absoluto de pobres se incrementó debido a la superioridad de la

tasa de crecimiento de la población pobre. Aunque se han hecho inversiones para reducir la pobreza, éstas no tienen un ritmo de crecimiento adecuado.

De acuerdo a los resultados de la Empresa Nacional de Electricidad. S.A, (ENDESA-2001), las enfermedades del sistema respiratorio son la principal causa reportada por las personas que se sintieron enfermas en los últimos 30 días (38.2%), le siguen en importancia ciertas enfermedades infecciosas (13.2%), enfermedades del sistema genitourinario (8%), otros síntomas (13.9%).

El Ministerio de Salud plantea, que en Nicaragua no se conoce la incidencia específica de las Infecciones Respiratorias Agudas, pero según las Estadísticas Nacionales de Salud, (2003-2005), señalan como motivo de consulta médica pediátrica, a las Infecciones Respiratoria Agudas, como primera causa en frecuencia de morbilidad.

Según el SILAIS de León, en el periodo del año 2009, las Infecciones Respiratorias Agudas: están en primer lugar dentro de las primeras 15 causas de Morbimortalidad, seguido de las Enfermedades Crónicas; lo que pone en evidencia que cada año este problema se esta agudizando y poniendo en riesgo la salud de los niños menores de 5 años.

## ANTECEDENTES

Las Infecciones Respiratorias Agudas, son las afecciones que con mayor frecuencia afectan a los niños menores de 5 años a nivel mundial; alcanzando aproximadamente un 62%.

Una gran proporción que anualmente se registran en los niños menores de 5 años en los países de América son debido a Infecciones Respiratorias Agudas, la mayor parte de estas muertes son debido a Neumonía que representan entre 8 – 9 de cada 10 muertes por IRA, que ocurren en los países de América Central, del Sur, y del Caribe.

En España, las Neumonía y las Bronquiolitis constituyen la etiología más frecuente de Mortalidad Infantil pos-neonatal, con un 8% del total, y constituye la sexta causa de muerte de los niños de 1 a 10 años, tras las afecciones del periodo peri-natal.

Aguilar cordero, María José (2005), argumenta que en Nicaragua son pocos los estudios sobre conocimientos y actitudes de las madres con hijos que han presentado algún problema de IRA, ya que la mayoría se han realizado en adultos; para evaluar los conocimientos y actitudes de los pacientes.

Mendoza Ricardo y Zapata Carlos (2004), hicieron un Estudio en el Hospital Óscar Danilo Rosales Argüello, entrevistando a 86 padres de familias, en relación a los conocimientos y prácticas de los padres de hijos con IRA, donde se observó que el conocimiento fue bueno, en un 78% y malo en un 22%, la mayoría de los entrevistados eran del sexo femenino, del área urbana y con primaria aprobada.

Castillo y Sotelo (1999), realizaron un estudio sobre conocimientos y prácticas que adoptan las madres de hijos con IRA y que asisten al programa de VPCD en un Centro de Salud Granada, Mayo a Diciembre. Se entrevistaron a 87 padres de niños con IRA entre 1-14 años, se encontró que la edad de los padres oscilaba entre 15-44 años,

menos del 50% de los padres tenían buen conocimiento sobre este problema, los que tenían mayor conocimiento eran los de mayor escolaridad.

Según el MINSA (2004), se han registrado en el país 115,960 atenciones médicas por Infecciones Respiratorias Agudas, para una tasa de 206x10,000 habitantes, lo que representa un leve incremento del 2.6% (2,896 atenciones más); en comparación al igual periodo del año 2003, en el que se notificaron 113,064 atenciones y una tasa de 206 x 10,000 habitantes. Del total de atenciones por IRA, EL 16% corresponde a aquellas diagnosticadas como Neumonía. En el presente periodo se registran 18,674 casos para una tasa de morbilidad de 33 x 10,000 habitantes. Se registra un incremento de 18%, (2,814 casos), en relación al año 2003, en el que se registraron un total de 15,860 casos para una tasa de 29 x 10,000 habitantes.

Al realizar el análisis de la morbilidad por IRA en los SILAIS, observamos que el 65%(11), de los SILAIS, presentan tasa de morbilidad superior a la media nacional (206 x 10,000 habitantes). Los más afectados son Rivas, Matagalpa, RAAS, León, Madriz, Río San Juan, Nueva Segovia, Boaco, Chinandega y la RAAN.

El Sistema Local de Atención Integral en Salud, (SILAIS-León), reportó un incremento del 29% en casos de Diarrea, de los cuales se registran 3 fallecidos, pero la mayor preocupación se centra en el incremento del 24% en casos de Infecciones Respiratorias Agudas, y el 13% en casos de Neumonía en menores de 5 años, diez más que el año anterior.

En el Barrio Guadalupe, ubicado en la ciudad de León, cuenta con una población aproximadamente de 5,660 habitantes, con un total de viviendas de 1099, con una población infantil, menor de 1 año estimada en 121(19.8%), de 1 año 121, (19.8%), y de 2-4 años de 367(60.2%), de las cuales en el 2009 se atendieron en el Centro de Salud "Perla María Norori", 987 consultas, de las cuales corresponden a niños menores de 5 años.

## JUSTIFICACIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas, continúan siendo en la actualidad en los países en subdesarrollo una de las principales causas de Morbimortalidad en niños menores de 5 años y con una alta prevalencia de igual forma pasa en los países en desarrollo, por lo cual constituye un problema de salud pública, ya que implica gastos de recursos económicos tanto para los familiares como para las Instituciones de Salud; además que altera la calidad de vida de los niños.

En el área de salud Perla María Norori los problemas respiratorios son la primera causa de consulta de morbilidad pediátrica, existe la preocupación en las autoridades de la salud de las complicaciones de los procesos respiratorios en niños menores de cinco años, muchas veces la consulta es por un proceso gripal y a la semana regresa con un cuadro asmático o una neumonía en curso, por lo tanto este estudio es de importancia para determinar el conocimiento y práctica que tienen las madres de los niños menores de 5 años en relación al cuidado que le brindan antes y durante de un proceso respiratorio agudo..

Las madres son indispensables en la práctica del cuidado en los niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas. Es importante resaltar que la prevención de todo problema de salud inicia desde el hogar, por lo que las madres deben estar bien orientadas y conscientes en cumplir con lo recomendado.

Pretendemos que los resultados sean de mucha importancia para que las autoridades de salud fortalezcan con acciones específicas la promoción de la salud de enfermedades respiratorias, promoviendo en las madres el empoderamiento del cuidado de la salud de los niños menores de 5 años como grupo vulnerable en riesgo de enfermar y morir.

## **PROBLEMA**

¿Cuáles es el Conocimiento y Práctica que tienen las madres en relación al cuidado que les brindan a los niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas, atendidos en Morbilidad Pediátrica del Centro de Salud “Perla Maria Norori”; Enero-Marzo. León, 2010?

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Determinar el Conocimiento y Práctica que tienen las madres en relación al cuidado que les brindan a los niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas, atendidos en Morbilidad Pediátrica del Centro de Salud; “Perla María Norori”, Enero-Marzo, León 2010.

### **ESPECÍFICOS**

Caracterizar los factores Socio-Demográficas de las madres en estudio.

Identificar el Conocimiento que tienen las madres sobre las infecciones respiratorias.

Describir la Práctica que tienen las madres con niños menores de 5 años.

## MARCO TEÓRICO

### 1. conceptos principales.

#### **Conocimiento del cuidado**

Es considerado como lo que permanece en la memoria a largo plazo y que se relaciona con el saber que es el conocimiento que poseemos de nosotros y el mundo.

La característica del ser humano es tener la capacidad de transformar su entorno y adecuarlo a sus necesidades y esto lo hace gracias a la capacidad de conocer.

#### **Práctica del cuidado**

Se define como una respuesta establecida para cada situación común y son llamadas también "hábitos". El comportamiento esta formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de todo lo que el participa.

#### **Cuidado**

Según Dorothea Orem; el cuidado esta relacionado con las personas adolescentes o adultas que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de auto cuidado terapéutico de otras personas socialmente, dependiente de ellas.

Según Lenninger (1984), refiere que el cuidado es necesario y es la esencia y el campo central de dedicación a atender a una persona ya que el cuidado es una necesidad humana para el completo desarrollo del mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos y en todas las culturas del mundo .

Watson (1988), refiere que la prestación humana de cuidados supone valores, una voluntad de servicios; así como un grado de conocimiento de quienes lo realizan y miden su consecuencia.

Cuando las madres cuidan a sus hijos le proporciona protección y le demuestran interés y preocupación por lograr su bienestar, adquiriendo un grado de compromiso para la recuperación o prevención de la enfermedad y sus complicaciones.

### **Acciones de cuidado**

Se refiere a aquellas actividades que ejecutan las madres con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades fisiológicas, psicológicas de los hijos, hospitalizados y en la casa, tales como la movilización, masajes, higiene, confort, administración de medicamentos y control de líquidos .

Según Dossier (2000) señala que los cuidados son la ejecución de las estrategias de enfermería para alcanzar el resultado deseado de los objetivos del usuario, y va a estar dado mediante los cuidados que la madre proporciona al niño, los cuales van a depender del estado de salud y de las necesidades que se manifiestan.

### **Cuidados generales de las Infecciones Respiratorias Agudas.**

Según Whaley –Wong (2001), dice que la mayoría de los niños con Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores son tratados en el hogar, de modo que la Atención de Enfermería se encamina principalmente hacia la educación y orientación de los padres en la atención de sus hijos y a fin de que se constituya un recurso para la solución de los problemas

**Reposo:**

El niño con Infección Aguda febril debe estar en reposo absoluto en cama. Es usual que ello no resulte difícil cuando la temperatura es alta, pero sí en el momento en el que el niño se siente relativamente bien, en particular si es de corta edad. La mayoría de los niños aprenden a cooperar durante la enfermedad, cuando los padres toman con seriedad esta advertencia y mantienen constantemente al niño en cama. Se pueden ofrecer diversas actividades recreativas, con base en las preferencias del propio niño. Debe hacerse el mayor esfuerzo para evitar que el niño enfermo esté en contacto con otros niños.

**Nutrición:**

La anorexia es característica de las infecciones agudas en niños y en la mayor parte de los casos es factible permitir a los pequeños que determinen su propia necesidad de alimentos y aumentar líquidos que permitan fluidificar las secreciones y aumentar las frecuencias de comidas.

En ocasiones reducir la ingestión de leche en lactantes alimentados con biberón resulta útil durante las fases de estas infecciones, pero no así a los niños que son alimentados con pecho materno, en este caso la enfermera debe orientar a la madre a brindar de forma más seguida la Lactancia Materna.

Siempre existe el riesgo de deshidratación cuando los niños sufren fiebre o anorexia, en especial si esta se acompañan de vómitos o diarrea, debe alentarse la ingestión adecuada de líquidos.

**Control de la fiebre:**

El control de la fiebre se construye en una tarea importante para la madre. Los padres deben saber medir la temperatura de su hijo y leerlas en el termómetro con precisión. Se requiere adiestramiento en el uso del termómetro.

**Medidas locales:**

Los niños mayores por lo general pueden expulsar las secreciones nasales con escasa dificultad. Se les debe enseñar el uso de un pañuelo desechable o su mano para cubrirse la nariz o la boca cuando tosen o estornudan.

Se instruye a los padres sobre la administración correcta de las gotas nasales y la irrigación de la garganta, en caso que estén indicadas.

En el caso de los lactantes de muy corta edad, que normalmente respiran por la nariz, resulta útil el empleo de un aspirador nasal infantil o una perilla ótica de hule para extraer las secreciones nasales antes de la alimentación, tras lo cual se instilan gotas nasales de solución fisiológica; estas medidas con frecuencia despejan la cavidad nasal y facilitan la alimentación

La humedad fría y caliente es una medida terapéutica de uso común para el alivio sintomático de los trastornos respiratorios. La humedad alivia las membranas inflamadas y al parecer es especialmente benéfica cuando hay ronquera o afección laringea.

Según el Ministerio de Salud (2008), plantea que existen planes y/o tratamientos para los niños con Infecciones Respiratorias Agudas:

- Incrementar ingesta de líquidos.
- Mantener la alimentación habitual.
- No suspender la Lactancia Materna.
- Si hay otorrea: limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasas o tela absorbente tres veces al día. No aplicar gotas óticas.

- Control del dolor y el malestar general, con: acetaminofen 60mg/kg/día por vía oral, dividido en cuatro o seis tomas. No usar ácido acetilsalicílico o vasoconstrictores nasales.
- Control de la temperatura por medio físico cuando es menor de 38 grados centígrados.
- No utilizar antitusivos o antihistamínicos.
- Instruir a la madre en el reconocimiento de los signos de alarma.
- Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes.

### **Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias**

Según Whaley –Wong (2001), las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias son las enfermedades más comunes en la lactancia y la niñez. Es frecuente que los niños de corta edad sufran estas Infecciones cuatro o cinco veces al año y con un estadio que varía entre leve y grave e incluso mortal. Pocas veces se localizan en una sola estructura o área anatómica y tiende a diseminarse en forma variable como resultado de la continuidad de la mucosa que recubre las vías respiratorias. Por consiguiente las Infecciones de las Vías Respiratorias por lo general abarcan varias áreas y no una sola estructura, aunque sus efectos pueden predominar en cualesquiera de estas en una enfermedad dada.

En análisis de las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias se presentan conforme a las áreas generales de afección con las infecciones más comunes; entre estas están:

Las Vías Respiratorias Superiores: están compuestas por: nariz, oídos, faringe y epiglotis.

Las Vías Respiratorias Inferiores: compuestas por Laringe, Tráquea, Bronquios, Bronquiolos y Pulmones.

Según Aguilar Cordero María José (2005), el 80% de las infecciones afectan sólo a la nariz, garganta, oídos, o los senos para nasales. El término de infección de Vías Respiratorias altas engloba diferentes procesos; como la Rinofaringitis o Catarro común, la Faringitis que incluye a la Amigdalitis, la Otitis Media Aguda y menos frecuente la Sinusitis.

La edad del niño influye en la prevalencia y gravedad de las Infecciones, las formas más frecuentes de presentación es la de un niño con dolor de garganta, fiebre, obstrucción nasal con rinorrea y otalgia ,y en muchos casos con una tos molesta que le puede provocar vómito e irritabilidad .

Signos de alarma:

- Hipotermia en menor de 2 meses.
- Dificultad respiratoria.
- Quejido respiratorio.
- Rechazo a los líquidos y alimentos.
- Respiración acelerada.
- Hundimiento de espacios intercostales (tiraje).
- Somnolencia o insomnio.

- Cianosis peri bucal y distal.
- Fiebre más de tres días.
- Desnutrición grave.

Según el MINSA (2008), existen factores de mal pronóstico, que inciden en la aparición de las Infecciones Respiratorias:

- Niño menor de 2 meses.
- Presencia de alguna inmunodeficiencia.
- Madre analfabeta o menor de 17 años.
- Dificultad para el traslado médico, si se agrava el niño.
- Menor de 1 año con antecedente de bajo paso al nacer.
- Desnutrición moderada o grave.

### **Rinofaringitis o catarro común**

Aguilar Cordero, Maria José, (2005), refiere que el catarro común constituye uno de los procesos Infecciosos que con mayor frecuencia son motivos de consulta pediátrica. Se observa habitualmente en los meses fríos y húmedos con cambios y descensos bruscos de temperatura, en forma de brotes epidémicos o incluso de auténticas epidemias.

La frecuencia depende del grado y en número de exposiciones, es mayor en los niños pequeños que acuden a guarderías, en niños desnutridos, prematuros, inmunodeficientes, en condiciones de hacinamiento y en los hijos de padres fumadores.

Aunque trata de un proceso benigno suele evolucionar lentamente y puede complicarse con infección bacterianas secundaria del oído medio y de los senos paranasales.

### **Manifestaciones clínicas**

El resfriado común suele ser más grave en el niño pequeño por la frecuencia con la que aparecen las complicaciones bacterianas.

En el lactante mayor de tres meses: Fiebre alta, secreción nasal, estornudos e irritabilidad secundaria a la obstrucción nasal; rinorrea, lo que puede dificultar la alimentación y el sueño e incluso a llegar a dificultar la respiración del lactante muy pequeño.

En el niño mayor: sensación de malestar general, dolores musculares, anorexia, fiebre, cefalea, sequedad e irritación nasal, estornudo, tos, rinorrea fluida.

### **Complicaciones**

Se presenta como consecuencia de la invasión bacteriana de los senos paranasales, ganglios linfáticos y oídos; la complicación más frecuente es la Otitis Media Aguda (15%) que se sospecha en el caso de que la fiebre persista durante más de tres a cuatro días o reaparezca .

Si la rinorrea, la tos o los signos indicadores de cefalea persisten más de diez días se puede sospechar de una Sinusitis. También en el curso de la Rinofaringitis puede aparecer una Laringotráqueobronquitis, Bronquiolítis, Neumonía e incluso desencadenar una crisis de asma.

## **Tratamiento**

En tratamiento de la rinofaringitis debe de ser dirigido a disminuir la tos y rinorrea. La tos solo se debe tratar cuando sea importante, irritativa e interfiere el sueño y la alimentación, en esos casos se prescribe un antitusígeno, como dextrometorfano (0.2-0.5mg/Kg, cada 6 a 8 horas). Para contra restar la rinorrea se puede administrar antihistamínicos, pero no se deben administrar en niños menores de 6 meses.

Según Meneghello (1997), el tratamiento del resfriado común es sintomático. El uso moderado de antitérmico (Ácido Acetilsalicílico, Paracetamol, Ibuprofeno, Naprozeno, Diclofenac) etc., y el mantenimiento de un ambiente adecuado en cuanto a la temperatura y a la humedad, una alimentación que asegure un buen aporte de líquido y el reposo relativo permite sobreponerse a la infección .

Según Figueroa Armengol (1995), el tratamiento de resfriado común con antibiótico es ineficaz y antieconómico. El abuso de antibiótico lleva al desarrollo de bacterias resistentes. Los antihistamínicos y los vasos constrictores no alteran el curso de la enfermedad. Si el niño tiene la nariz tapada se debe instruir a la madre sobre como limpiar la nariz al niño con un pedazo de tela o un papel de seda retorcido como una media.

### **Faringoamigdalitis Aguda.**

Según Aguilar Cordero (2005), es un problema muy común en la edad pediátrica, sobre todo entre los 4 años, en el caso de la Faringoamigdalitis estreptocócica sino es tratada correctamente pueden presentarse una serie de complicaciones supurativas (Otitis, Sinusitis, Acceso retrofaringeo, Acceso periamigdalino etc.), y no supuradas (Glomérulonefritis Aguda y Fiebre reumática).

## **Manifestaciones**

Las manifestaciones de la Faringoamigdalitis aguda de etiología viral o bacteriana son similares.

Faringoamigdalitis viral: aparecen de forma gradual y suelen durar de 1-5 días. Existe: fiebre, malestar general, mialgia, anorexia, ronquera, rinitis y tos. A partir de las 24 horas refiere dolor de garganta que adquiere distintos grados de intensidad.

Faringoamigdalitis estreptocócica: el niño mayor de 2 años presenta, cefalea, dolor de garganta, dolor abdominal, vómito, fiebre elevada, malestar general.

Las amígdalas aumentan de tamaño con eritema y un exudado blanco-amarillento, además puede darse un moteado petequiral en el paladar blando, las adenopatías cervicales suelen verse aumentadas de tamaño y son dolorosas a la palpación. En el niño pequeño la clínica es más solapada.

Lactantes febril con rinitis seromucosa, irritable, anoréxico, con adenopatías aumentadas de tamaño dolorosas, faringe ligeramente enrojecida y excoriaciones en la aleta de la nariz.

## **Terapia antibiótica**

Hasta hoy la terapia de elección de la Faringoamigdalitis estreptocócica continúa siendo la penicilina debido a su eficacia, seguridad, espectro reducido y bajo costo. La administración oral de Penicilina 2 veces al día, 250 mg para niños menores de 12 años y 500 mg, para mayores de esa edad.

## **Otitis Media Aguda**

Según Rudolph (2004), es la presencia de derrame purulento en el oído medio acompañada de signos sistémicos de la enfermedad.

La Otitis Media Aguda es una enfermedad del niño pequeño, cuya incidencia máxima corresponde al grupo de edades comprendida entre los 9 meses y los 4 años. Se ha cifrado que el 90% de los niños ha tenido al menos un episodio de Otitis Media Aguda a la edad de 2 años.

### **Manifestaciones clínicas**

Dolor ótico  
Otalgia  
Odinotalgia  
Inquietud nocturna  
Fiebre e irritabilidad.

### **Complicaciones**

Parálisis facial periférica, Mastoiditis Aguda, Trombosis del seno sigmoideo con inflamación de las mastoides que produce tromboflebitis de los vasos de pequeño calibre que se comunican con el seno.

Las complicaciones de la Otitis Media Aguda que pueden ser más devastadoras, se deben a la diseminación superior de la infección, debidas habitualmente a la Tromboflebitis de las pequeñas venas comunicantes.

### **Tratamiento**

La Otitis Media se resuelve espontáneamente en más del 80% de los casos. Tradicionalmente ha habido tres opciones terapéuticas principales: observación sin uso de antibióticos, antibióticos y tubos de timpanostomía.

El objetivo principal del tratamiento es el alivio de los síntomas y la prevención de las complicaciones.

Otitis Media Aguda y Sinusitis: administrar Trimetoprin con Sulfametoxazol de 8/40 mg/kg/día, vía oral en dos dosis (cada 12/hora por 7 días o Amoxicilina 40 mg/kg/día, vía oral en tres dosis, cada 8 horas por 10-14 días).

Según Whaley y Wong (2000), los objetivos de enfermería en la Otitis Media incluyen: el alivio del dolor, la facilitación del drenaje siempre que sea posible y la prevención de las complicaciones o recurrencia.

La aplicación de calor con compresas o bolsas de agua caliente envueltas en una toalla suele aliviar la otalgia intensa; se debe aplicar calor local sobre el oído con el niño acostado sobre el lado afectado, posición que facilita el drenaje del exudado si ha ocurrido la rotura del tímpano.

La colocación de una bolsa de hielo sobre el oído afectado suele resultar benéfica por que se reduce el edema y la presión.

## **Sinusitis**

Según Aguilar Cordero (2005), la Sinusitis es la inflamación de la mucosa que recubre los senos paranasales. En el niño es una enfermedad frecuente de origen factorial.

Un reciente consenso internacional define la Sinusitis del niño como un proceso que aparece después de la Rinitis por lo que se propone el término de Rinosisinitis como más apropiada para la Enfermedad Sinusial Infantil de etiología infecciosa.

**Se distingue la siguiente categoría:**

### **Rinosisinitis Aguda**

Se define como un "resfriado" que persiste más de 10 días o que empeora después de "5 o 7 días; según la intensidad de los síntomas puede dividirse en Rinosisinitis Aguda

no grave que se caracteriza por la sensación de rinorrea, congestión, dolor facial, cefalea, tos (sobretudo diurno), y febrícula o ausencia de fiebre.

### **La Rinosinusitis grave**

Suele presentar rinorrea purulenta, edema periorbitaria variable, cefalea, ingestión nasal, fiebre elevada.

### **Rinosinusitis crónica**

Se caracteriza por la persistencia durante más de 12 semanas de secreciones purulentas, obstrucción nasal, tos nocturna, aliento fétido.

En niños mayores: cefalea.

La Sinusitis Crónica es frecuente en los niños y siempre debe sugerir la presencia de una enfermedad subyacente principalmente alergia, fibrosis quística, disfunción ciliar, o inmunodeficiencia.

### **Rinosinusitis recurrente**

Se define como la presencia de múltiples episodios de Rinosinusitis Aguda como resolución completa de las manifestaciones clínicas entre los episodios.

### **Complicaciones**

Las complicaciones mayores son supurativas por contigüidad del foco infeccioso o diseminación hemática, puede afectar a la orbita (celulitis periorbitaria y orbitaria, acceso orbitario, acceso subperióstico etmoidal, neuritis óptica); a los huesos del cráneo y las estructuras intracraneales en forma de acceso.

## **Neumonía bacteriana**

Según Meneghello (1997), es la inflamación del parénquima pulmonar, es decir, la porción distal de las Vías Respiratorias de conducción que comprende los bronquiolos respiratorios y las unidades alveolares. Cuando se extiende al intersticio que rodea los alvéolos se produce la condensación del tejido pulmonar afectado.

En niños recién nacidos y en lactantes se presenta por lo general compromiso alveolar difuso y parcelar denominado Bronconeumonía, que también se puede designar como Neumonía de focos múltiples.

### **Manifestaciones clínicas**

En lactantes menores de 3 meses:

- Frecuencia Respiratoria mayor de 60 por minuto con retracción torácica.
- Rechazo alimentario
- Somnolencia marcada
- Irritabilidad
- Fiebre o hipotermia
- Apneas
- Diarrea y convulsiones.

En lactantes mayores de 3 meses la Neumonía Bacteriana por lo general comienza 3 días antes con Infección Respiratoria Alta caracterizada por:

- Coriza y tos
- Fiebre alta
- Compromiso del estado general.
- Polipnea mayor de 60 por minuto
- Retracción torácica

- Quejido y aleteo nasal acompañado de grados variantes de Insuficiencia Respiratoria.

En niños mayores de 2 años, escolares, se presenta la clásica sintomatología de la Neumonía lobular caracterizada por fiebre alta, escalofríos, dolor punzante en el flanco y tos.

Cuando existe compromiso de Lóbulos Inferiores o Pleurales no es infrecuente observar dolor abdominal y vómitos.

### **Tratamiento**

Se debe tener presente la edad del niño, factores agravantes del huésped, seguridad del proceso, sus posibles complicaciones y resistencia de los gérmenes a los antibióticos en Infecciones Respiratorias Altas y Bajas; por lo general de etiología viral, ha producido un alarmante aumento de la resistencia bacteriana.

El antibiótico de elección en caso de resistencia esta; vancomicina (20-40mg/Kg./día), vía IV cada 6 horas.

Para *Haemophilus influenzae* la elección antibiótica consiste en Amoxicilina (30-40mg/Kg./día) vía oral, cada 8 horas.

Ácido Clavularico o Ampicilina más Sulbactam (25-50mg/Kg./día), vía oral, cada 6 horas.

### **Neumonía viral**

Según Nelson (2004), la mayoría de los casos se producen por microorganismos, pero existen varias causas no infecciosas, como la aspiración de alimentos o de ácido gástrico, de cuerpos extraños, de hidrocarburos y de sustancias lipoideas; las reacciones de hipersensibilidad y la Neumotitis inducida por fármacos o radiación. La Neumonía es una causa importante de mortalidad infantil a nivel mundial, pero sobretodo en los países en desarrollo; causan unos 4 millones de muertes entre los niños de todo el planeta.

## **Manifestaciones clínicas**

Según Meneghello (1997), las manifestaciones clínicas son variables y de mayor gravedad mientras menor sea la edad del niño, depende también de la condición inmunológica y nutricional. Se inicia con manifestaciones de la vía respiratoria superior:

- Rinorrea
- Congestión faríngea
- Grados variables de fiebre y de compromiso ótico.
- Rechazo de la alimentación y tos.

## **Tratamiento de Neumonía leve sin factores de mal pronóstico.**

- Tratamiento ambulatorio,(no hospitalizar).
- Antibiótico: Trimetoprim con Sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día, dividido en dos tomas, cada 12 horas, 7 días, vía oral o Bencil Penicilina Procaínica 400,000 UI, cada 24 horas, por 7 días, IM.
- Incrementar la ingesta de líquidos.
- Alimentación habitual, en pequeñas fracciones, más veces al día.
- Control de la temperatura (igual manejo).
- En caso de sibilancias: Salbutamol jarabe 0.2-.0.3 mg/kg/día en tres tomas, vía oral. En el menor de 1 año valorar la respuesta en 1-2 horas.

## **Tratamiento de Neumonía grave, con factores de mal pronóstico:**

- Envió inmediato al hospital más cercano, donde se instalará el tratamiento adecuado.

- Traslado con oxígeno si es necesario (4-6 litros por minuto).

Según López Montes (1999), refiere que se debe utilizar terapias de apoyo dirigidas a la Neumonía:

a) Manejo de la fiebre: temperatura corporal de 38 grados centígrados o más iniciar siempre su control con medios físicos, descubrirlos, abanicarlos, etc. Si persiste la fiebre administrar Acetaminofen (supositorios, gotas, jarabes y tabletas).

b) Temperatura ambiente: El niño no debe estar en un ambiente muy frío o muy caliente. Se debe proteger del frío, pero sin arroparlo ni abrigarlo exageradamente, ya que esto puede aumentar la fiebre y la dificultad respiratoria.

c) Manejo de la tos: no administrar ningún jarabe antitusivo ni antihistamínico, ya que el primero disminuye el reflejo de la tos, el cual es el mecanismo fisiológico del organismo para expulsar las secreciones que se forman en los alvéolos, el segundo reseca las secreciones lo que hace más difícil su expulsión. El mejor fluidificante es el agua, por lo tanto, se deben dar abundantes líquidos con frecuencia.

d) Limpieza de la nariz: para la limpieza de la secreción nasal se debe proceder utilizando un trozo de tela suave o con un pañuelo de papel retorcido en forma de mecha, (no usar algodón), e introducir la mecha en cada fosa nasal varias veces hasta que salga seca.

e) Alimentación y líquidos del niño: no suspender la lactancia materna, en cambio se debe incrementar. Por lo general el apetito disminuye en la enfermedad, por lo tanto habría que fraccionar sus comidas, (darle de comer de 5-6 veces al día).

f) Limpieza del oído: enrollar papel absorbente o un trozo de tela de algodón suave y formar una mecha delgada, luego colocar en el oído por un minuto, extraerla e introducir

otra limpia. Hacer este procedimiento cuatro veces al día hasta que el oído permanezca seco, generalmente tarda una semana, no dejar nada en el oído entre una y otra limpieza; el niño no debe ser sumergido en el agua.

Según Aguilar Cordero, Maria José (2005), se debe:

- a. Evitar la exposición del niño al ambiente de fumadores.
- b. Lavado frecuente de manos, sobre todo cuando resida en el domicilio algún miembro con Infecciones Respiratorias.
- c. Control de la temperatura corporal. Aportar medios físicos y terapia farmacológica.
- d. Posición adecuada. El niño recoloca semisentado, formando un ángulo de 30-35 grados y el cuello algo distendido.
- e. Cuidados para mantener una temperatura adecuada. Cuidados de la fiebre y del ambiente térmico neutro para el Recién Nacido.
- f. Administrar líquidos para disminuir la viscosidad de las secreciones y facilitar su expulsión.

### **Bronquiolítis**

Según Aguilar Cordero (2005), refiere que la Bronquiolítis es una alteración viral, bastante frecuente en los lactantes, que consiste en la obstrucción inflamatoria de los bronquios. Esta alteración se presenta entre los 2 y los 12 meses y se reduce su frecuencia pasado los 2 años. Tres de cada cuatro niños afectados tiene menos de siete meses y la incidencia es mayor en los varones, y abunda mas en los hijos de madres fumadoras.

El virus sincitial respiratorio, es el causante de más del 50% de los casos. Esta enfermedad puede provocarla el adenovirus, el virus parainfluenza (tipo I y II), y mycoplasma pneumoniae.

La Bronquiolitis suele aparecer varios días después de una infección nasofaríngea y se inicia con dificultad respiratoria caracterizada por tos sibilante y paroxística, irritabilidad y disnea.

La Bronquiolitis es un síndrome de obstrucción respiratoria producida con frecuencia, por virus. Esta alteración del árbol respiratorio conlleva a un deterioro del epitelio bronquial, la lesión aparece entre las 24-48 horas desde el inicio de la infección, se manifiesta con edema y pequeñas necrosis del epitelio, así como infiltración linfocitaria y destrucción ciliar, sin lesión de la capa muscular.

## **Bronquitis**

Según Behrman, Richard (1997), el término Bronquitis es una inflamación bronquial inespecífica y se asocia con diversas enfermedades infantiles.

### **Bronquitis crónica**

Es un trastorno bien parecido que se define como aparición de tos productiva más de tres meses cada año durante al menos 2 años seguidos. La enfermedad se puede desarrollar de forma insidiosa y alternan periodos de obstrucción aguda con otros quiescentes. Una serie de trastornos predisponentes pueden hacer que un cuadro progrese a la obstrucción de la Vía Respiratoria o Bronconeumonía Crónica Obstructiva.

**Bronquitis Aguda:** es un síndrome, en general de origen viral, que se caracteriza por tos como síntoma principal.

La Bronquitis Aguda puede venir precedida por una Infección Respiratoria Alta de tipo viral, como la Rinitis. Después de 3 – 4 días aparece tos frecuente, cortante y seca, que puede ser productiva o no. Pasando unos días, el esputo se puede volver purulento pero este aspecto indica presencia de Polinucleares Neutrofilos, y no necesariamente es Infección Bacteriana.

Muchos niños degluten el esputo, lo que les puede causar vómito, el dolor torácico es un síntoma importante en los niños mayores que se agrava con la tos. La secreción nasal se va haciendo menos espesa de forma gradual en 5-10 días , al tiempo que desaparece la tos. El episodio dura unas dos semanas y no suele durar más de tres semanas.

### **Tratamiento**

No existe un tratamiento específico para la Bronquitis Aguda, la enfermedad es autolimitada y los antibióticos no aceleran la mejoría en los casos no complicados, aunque se prescribe habitualmente.

Los frecuentes cambios de postura facilitan el drenaje pulmonar en los lactantes. Los niños mayores pueden sentirse más cómodos en un ambiente húmedo, aunque no acelere la recuperación de la enfermedad.

Los antitusígenos pueden conseguir el alivio sintomático, pero también incrementan el riesgo de que las secreciones se sobre infecten o se condensen, por lo que se deben de usar con mucho cuidado. Los antihistamínicos secan las secreciones y no resultan útiles, y tampoco están indicados los expectorantes.

## DISEÑO METODOLÓGICO

### **Tipo de estudio**

El presente estudio es cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, ya que refleja lo que está sucediendo en un determinado momento en una población.

### **Área de estudio**

Nuestra área de estudio fue el Centro de Salud, "Perla María Norori", ubicado al noreste de la ciudad de León.

### **Unidad de análisis**

La unidad de análisis son las madres con niños menores de 5 años que presentaron Infecciones Respiratorias Agudas.

### **Población en estudio**

Está constituida por 300 niños que asistieron a consulta de Morbilidad Pediátrica del Centro de Salud, Perla María Norori.

### **Muestra**

La muestra corresponde al 30% (90) niños menores de 5 años.

### **Tipo de muestreo**

La muestra se seleccionó a través del muestreo aleatorio simple, cada elemento de la población tuvo la misma probabilidad de ser seleccionado. Se utilizó la técnica del sorteo, poniendo el número de expediente e iniciales de cada niño dentro de una bolsa, seleccionándolos hasta completar la muestra.

### **Fuente de información**

**Primaria:** Cuestionario llenado por las madres de los niños menores de 5 años.

**Secundaria:** libros, revistas, folletos, expedientes, Internet etc.

### **Criterios de inclusión**

- Madres de niños menores de 5 años.
- Madres de niños que sean residentes del Barrio de Guadalupe.
- Niños que fueron atendidos en Morbilidad Pediátrica del Centro de Salud.
- Madres que desearon participar en el estudio.

### **Variables en estudio**

#### **Variable independiente:**

- Conocimiento del Cuidado de las Infecciones Respiratorias Agudas.
- Práctica del Cuidado de las Infecciones Respiratorias Agudas.

#### **Variable dependiente:**

- Cuidado en Infecciones Respiratorias Agudas.

### **Métodos y Técnicas de recolección de información**

Se procedió a visitar casa a casa a las madres, donde se les realizó el cuestionario, este instrumento tuvo preguntas cerradas, con el propósito de determinar el Conocimiento y Práctica que tienen las madres sobre los cuidados que les brindan a sus niños con Infecciones Respiratorias Agudas.

### **Prueba piloto del instrumento.**

Primeramente se realizó una prueba piloto, donde se realizaron 6 cuestionarios a madres con características similares a las madres del estudio y que no pertenezcan a la muestra del estudio, con el objetivo de verificar si el instrumento es viable y entendible.

### **Procesamiento de la información**

El procesamiento de la información se realizó a través del programa computarizado Epi-Info, y el programa de Microsoft Word, para levantado de texto.

### **Aspectos éticos**

**Anonimato:** se mantendrá en anonimato a las personas en estudio.

## **Consentimiento informado**

### **Anonimato**

Antes de realizar el estudio, se solicitará la autorización de forma verbal y escrita de las personas involucradas en el estudio.

**Discreción:** la información obtenida será cuidadosamente manejada solamente para fines del estudio.

## RESULTADOS.

### Factores socio-Demográficos.

#### Edad de la madre / Número de hijos.

De 16(17.7%) madres de 15-20 años, 14(15.5%) madres tienen un hijo, 2(2.2%) madres tienen 2 hijos.

De 52(57.7%) madres de 21-30 años, 22(24.4%) madres tienen 1 hijo, 24(26.6%) madres tienen 2 hijos, 4(4.4%) madres tienen 3 hijos, 1(1.1%), tiene 4 hijos, 1(1.1%) madres tiene 5 hijos.

De 19(21.1%) madres de 31-40 años, 4(4,4%) madres tienen 1 hijo, 8(8.8%) tienen 2 hijos, 6(6.6%) tienen 3 hijos, 1(1.1%) madres tiene 4 hijos.

De 3(3.3%) madres de 41-años a más, 1(1.1%) madre tiene 2 hijos, 2(2.2%) tienen 5 hijos.

#### Ver tabla nº 1

#### Edad de la madre / Estado Civil

De 16(17.7%) madres de 15-20 años, 8(8.8%) son solteras, 1(1.1%) es casada, 7(7.7%) madres están en unión libre.

De 52(57.7%) madres de 21-30 años, 6(6.6%) son solteras, 24(26.6%) son casadas, 1(1.1%) madre es viuda, 21(23.3%) madres, se encuentran en unión libre.

De 19(21.1%) madres de 31-40 años, 12(13.3%) madres son casadas, 7(7.7%) madres están en unión libre.

De 3(3.3%) madres de 41 años a más, todas son casadas.

#### Ver tabla nº 2

### **Escolaridad / Números de hijos.**

De 1(1.1%) madre es analfabeta y tiene 3 hijos.

De 15(16.6%) madres con primaria incompleta, 9(9.9%) madres tienen 1 hijo, 3(3.3%) madres tienen 2 hijos, 2(2.2%) madres tienen 4 hijos, 1(1.1%) madre tiene 5 hijos.

De 10(11.1%) madres con primaria completa, 2(2.2%) madres tienen 1 hijo, 1(1.1%) madre tiene 2 hijos, 3(3.3%) madres tienen 3 hijos, 2(2.2%) madres tienen 4 hijos y 2(2.2%) madres tienen 5 hijos.

De 24(26.6%) madres con secundaria incompleta, 11(12.2%) madres tienen 1 hijo, 9(9.9%) madres tienen 2 hijos, 4(4.4%) madres tienen 3 hijos.

De 18(20%) madres con secundaria completa, 9(9.9%) madres tienen 1 hijo, 8(8.8%) tienen 2 hijos, 1(1.1%) madre tiene 3 hijos.

De 16(17.7%) madres con nivel universitario, 6(6.6%) madres tienen 1 hijo, 8(8.8%) madres tienen 2 hijos, 2(2.2%) tienen 3 hijos.

De 6(6.6%) madres con nivel técnico, 1(1.1%) madre tienen 1 hijo, 5(5.5%) madres tienen 2 hijos.

### **Ver tabla nº 3**

### **Religión / Número de hijos.**

De 48(53.3%) madres con religión Católica, 23(25.5%) madres tienen 1 hijo, 18(20%) madres tienen 2 hijos, 5(5.5%) madres tienen 3 hijos y 2(2.2%) madres tienen 5 hijos o más.

De 18(20%) madres con religión Evangélica 4(4.4%) madres tienen 1 hijo, 7(7.7%) madres tienen 2 hijos, 4(4.4%) madres tienen 3 hijos, 2(2.2%) madres tienen 4 hijos, 1(1.1%) madre tiene 5 hijos o más.

De 8(8.8%) madres con otras religiones, 3(3.3%) madres tienen 1 hijo, 5(5.5%) madres tienen 2 hijos.

De 16(17.7%) madres sin ninguna religión 9(9.9%) madres tienen 1 hijo, 5(5.5%) madres tienen 2 hijos, 1(1.1%) madre tiene 3 hijos, 1(1.1%) tiene 4 hijos.

### **Ver tabla nº 4**

### **Trabajo que desempeña / Sabe qué son las Infecciones Respiratoria Agudas.**

De 5(5.5%) madres que son profesoras todas saben que son las Infecciones Respiratorias Agudas.

De 9(9.9%) madres que son técnico medio, 1(1.1%) no conoce que son las Infecciones Respiratorias, y 8(8.8%) si conocen que son las Infecciones Respiratorias.

De 5(5.5%) madres que son domésticas, 1(1.1%) no saben que son las Infecciones Respiratorias y 4(4.4%) si saben.

De 39(43.3%) madres que son amas de casa, 17(18.8%) madres no saben que son las Infecciones Respiratorias y 22(24.4%) madres si saben.

De 32(35.5%) madres que desempeñan otros trabajos, 11(12.2%) no saben que son las Infecciones Respiratorias, 21(23.3%) madres si saben que son las Infecciones Respiratorias.

### **Ver tabla nº 5**

#### **Edad de la madre / Cuidados que debe brindar en caso de Neumonía.**

De 16(17.7%) madres de 15-20 años, 1(1.1%) madres incrementan ingesta de líquidos, 1(1.1%) madres controlan la temperatura, 2(2.2%) mantienen la alimentación habitual, 3(3.3%) madres no suspenden la Lactancia Materna, 1(1.1%) no brinda ningún cuidado y 8(8.8%) madres cumplen con todos los cuidados.

De 52(57.7%) madres de 21-30 años, 9(9.9%) madres incrementan ingesta de líquidos, 2(2.2%) madres controlan la temperatura, 1(1.1%) madre mantiene la alimentación habitual, 3(3.3%) madres no brindan ningún cuidado, 37(41.1%) cumplen con todos los cuidados.

De 19(21.1%) madres de 31-40 años, 2(2.2%) madres incrementan la ingesta de líquidos, 7(7.7%) madres no suspenden la lactancia materna y 10(11.1%) madres cumplen con todos los cuidados.

De 3(3,3%)madres de 41 años a mas todas cumplen con todos los cuidados.

### **Ver tabla nº 6**

### **Escolaridad / Conoce el tratamiento que se debe brindar en las Infecciones Respiratoria Agudas.**

De 1(1.1%)madres que es analfabeta, no conoce el tratamiento que se debe brindar en las Infecciones Respiratorias Agudas.

De 15(16.6%)madres con primaria incompleta, 9 (9.9%) madres no conoce el tratamiento que se debe brindar, 6(6.6%) madres si conoce el tratamiento.

De 10(11.1%) madres con primaria completa, 7(7.7%) madres no conoce el tratamiento que se debe brindar y 3(3.3%) madres si conoce el tratamiento.

De 24(26.6%) madres con secundaria incompleta, 9(9.9%) madres no conoce el tratamiento y 15(16.6%) madres si conoce el tratamiento.

De 18(20%) madres con secundaria completa 9(9.9%) madres no conoce el tratamiento y 9(9.9%) madres si conoce el tratamiento.

De 16(17.7%) madres con nivel universitario, 5(5.5%) madres no conoce el tratamiento, y 11(12.2%) madres si conoce el tratamiento.

De 6(6.6%) madres con nivel técnico, 4(4.4%) madres no conoce el tratamiento y 2(2.2%) madres si conoce el tratamiento que se debe brindar.

**Ver tabla nº 7**

### **Edad del niño / Problema Respiratorio que afecta más al niño.**

De 22(24.4%) niños de 0 - 12 meses, 1(1.1%) es afectado por amigdalitis, 1(1.1%) niño es afectado por faringitis, 5(5.5%) niños son afectados por bronquitis, 7(7.7%) niño es afectado por catarro común, 7(7.7%) niños por neumonía y 1(1.1%) niños son afectados por otras infecciones.

De 28(31.1%) niños de 13 - 24 meses, 2(2.2%) niños son afectados por faringitis, 4(4.4%) por bronquitis, 18(20%) niños por catarro común, 2(2.2%) niños por neumonía y 1(1.1%) niño es afectado por otra infección.

De 16(17.7%) niños de 25 – 36 meses, 1(1.1%) niño es afectado por amigdalitis, 1(1.1%) niño por faringitis, 3(3.3%) niños por bronquitis, 8(8.8%) niños por catarro común, 2(2.2%) niños por neumonía y 1(1.1%) niño es afectado por otra infección.

De 14(15.5%) niños de 37 – 48 meses, 2(2.2%) niños son afectados por amigdalitis, 1(1.1%) niño por bronquitis, 9(9.9%) niños por catarro común y 2(2.2%) niños son afectados por neumonía.

De 10(11.1%) niños de 49 – 60 meses, 2(2.2%) son afectados por amigdalitis, 1(1.1%) niño por faringitis, 1(1.1%) niño por bronquitis, 5(5.5%) es afectado por catarro común y 1(1.1%) niño es afectado por neumonía.

**Ver tabla nº 8**

#### **Edad de la madre / Uso de remedios caseros cuando el niño está enfermo.**

De 16(17.7%) madres de 15 a 20 años, 6(6.6%) madres a veces utilizan remedios caseros cuando el niño esta enfermo, 10(11.1%) madres nunca utilizan remedios caseros.

De 52(57.7%) madres de 21 a 30 años, 4(4.4%) madres siempre utilizan remedios caseros, 32(35.5%) madres a veces utilizan remedios caseros, 16(16.6%) madres nunca utilizan.

De 19(21.1%) madres de 31 a 40 años, 11(12.2%) madres a veces utilizan remedios caseros, 8(8.8%) madres nunca utilizan remedios caseros.

De 3(3.3%) madres de 41 años a más, 2(2.2%) madres a veces utilizan remedios caseros y 1(1.1%) nunca han utilizado remedios caseros.

**Ver tabla nº 9**

### **Escolaridad de la madre / Suspende el pecho materno cuando el niño está enfermo.**

De 1(1.1%) madre analfabeta algunas veces suspende el pecho materno.

De 15(16.6%) madres con primaria incompleta, 2(2.2%) madres siempre suspende el pecho, 3(3.3%) a veces suspende el pecho, 10(11.1%) madres nunca suspenden el pecho materno.

De 10(11.1%) madres con primaria completa, 4(4.4%) madres a veces suspenden el pecho, 6(6.6%) madres nunca lo suspenden.

De 24(26.6%) madres con secundaria incompleta, 1(1.1%) madre siempre suspende el pecho materno, 5(5.5%) madres a veces lo suspenden, 18(20%) madres nunca suspenden el pecho materno.

De 18(20%) madres con secundaria completa, 2(2.2%) madres siempre suspenden el pecho materno, 3(3.3%) madres a veces lo suspenden, 13(14.4%) madres nunca suspenden el pecho.

De 16(17.7%) madres con nivel universitario, 2(2.2%) madres a veces suspenden el pecho materno, 14(15.5%) madres nunca suspenden el pecho materno cuando el niños esta enfermo.

De 6(6.6%) madres con nivel técnico, 1(1.1%) siempre suspende el pecho materno, 1(1.1%) madre a veces suspende el pecho materno, y 4(4.4%) madres nunca suspende el pecho materno.

### **Ver tabla nº 10**

### **Edad de la madre / Cumplimiento del tratamiento del niño según orden médica.**

De 16(17.7%) madres de 15-20 años, 10(11.1%) madres siempre cumplen el tratamiento como lo indica el médico, 6(6.6%) madres algunas veces cumplen el tratamiento.

De 52(57.7%) madres de 21-30 años, 41(45.5%) madres siempre cumplen el tratamiento, 11(12.2%) madres a veces cumplen el tratamiento según orden médica.

De 19(21.1%) madres de 31-40 años, 15(16.6%) madres siempre cumplen el tratamiento, 4(4.4%) madres algunas veces cumplen el tratamiento.

De 3(3.3%) madres de 41 años a más, 1(1.1%) madre siempre lo cumple y 2(2.2%) madres algunas veces cumplen el tratamiento.

**Ver tabla nº 11**

**Trabajo que desempeña / Utiliza adecuadamente el termómetro cuando su niño tiene fiebre.**

De 5(5.5%) madres que son profesoras, 2(2.2%) madres no utiliza adecuadamente el termómetro, 3(3.3%) madres lo utilizan adecuadamente.

De 9(9.9%) madres que son técnicas, 5(5.5%) no utilizan adecuadamente el termómetro, 4(4.4%) madres si lo utilizan adecuadamente.

De 5(5.5%) madres que son domésticas, 3(3.3%) madres no utilizan el termómetro, 2(2.2%) madres si lo utilizan adecuadamente.

De 39(43.3%) madres que son amas de casa, 25(2.7%) madres no lo utilizan adecuadamente, 14(15.5%) madres si lo utilizan adecuadamente.

De 32(35.5%) madres que desempeñan otros trabajos, 13(14.4%) madres no lo utilizan adecuadamente y 19(21.1%) madres si utiliza adecuadamente el termómetro.

**Ver tabla nº 12**

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### I Datos Socio-Demográfico.

1- En relación a la Edad de las Madres y el Número de Hijos, observamos que la mayoría de las madres se encuentran entre las edades de 21-30 años y tienen de 1-2 hijos, al igual existen madres adolescentes con la misma cantidad de hijos y una minoría de madres con niños menores de 5 años están entre las edades de 41 a más, tienen 3 hijos; podemos decir en general que una cantidad considerable de madres de nuestro estudio tienen pocos hijos para su edad.

2- En relación a la Edad de la Madre y el Estado Civil, encontramos que la mayoría de madres están casadas y un buen número de estas se encuentran entre las edades de 21 a 30 años; dejando en segundo lugar a madres en unión libre. Por otra parte, de las madres adolescentes casi todas son solteras, y no cuentan con una pareja estable y esto de una u otra forma limitan el cuidado del niño, ya que las madres tienen que trabajar y dejar el cuidado del niño a otra persona, pasando poco tiempo con los niños.

3- En relación a la Escolaridad y el Número de Hijos, observamos que la mayoría de las madres no llegaron a concluir sus estudios, limitando así sus oportunidades de trabajo; las madres adolescentes están dentro de este grupo que no finalizaron sus estudios y esto puede influir en el desarrollo profesional y la atención de sus hijos al no brindar cuidados adecuados al niño, por falta de conocimiento que dificulta la buena práctica de los cuidados.

4- En relación a la Religión y el Número de Hijos, gran parte de las madres pertenecen a la religión Católica, teniendo de 1-2 hijos, en segundo lugar predomina la religión Evangélica y una minoría profesa otras religiones. Sin embargo podemos decir que la religión no está influyendo en el número de hijos de las madres, ya que muchas religiones prohíben la planificación familiar y en nuestro estudio la mayoría de las madres no tienen más de 2 hijos.

## **II Conocimiento.**

**5-** En relación a la Profesión y si Conoce que son las Infecciones Respiratoria, la mayoría de las 90 madres no continuaron con sus estudios, son Amas de Casa y a su vez, un gran número de estas madres si conocen que son los Infecciones Respiratorias Agudas, ya que les han informado otras personas y ellas mismas han indagado sobre el tema, lo que les permite un mejor cuidado en la atención de sus hijos, también podemos decir en general, que las madres conocen que son Infecciones Respiratoria Agudas, no dependiendo de la profesión de estas.

**6-** En relación a la Edad de la Madre y los Cuidados que debe brindar en la Neumonía; observamos que en el rango de edad de 21 a 30 años, la mayoría de las madres cumplen todos los cuidados, sin embargo; en el rango de edad de 15 a 20 años la mitad de la madres no están cumpliendo con todos los cuidados que se debe tener en caso de Neumonía, poniendo así en riesgo la salud de los niños, y no ayuda a la adecuadas evolución de la enfermedad, y esto puede estar asociado a la falta de experiencia y corta edad de la madres.

**7-** En relación a la Escolaridad de la Madre y si Conoce el tratamiento que se debe brindar en la Infecciones Respiratoria Agudas, casi la mitad de la madres no conocen el tratamiento que se debe brindar en las IRA, mientras que el resto de las madres dicen conocer el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas, poniendo en evidencia, que entre mayor nivel académico se tiene, mayor conocimiento se obtiene, ayudando a brindar un mejor cuidado al niño.

**8-** En relación a la Edad del Niño y el Problema respiratorio que afecta más al niño, encontramos que la mayoría de niños están entre la edad de 13-24 meses, afectándolos más el Catarro Común, siendo niños vulnerables, ya que el Catarro Común es una Infección Respiratoria Aguda que necesita más de cuidados a seguir en el hogar, que administración de otros tratamientos; sin embargo otro dato que nos llama la atención es que 22 niños que están entre las edades de 0-22 meses, también

los afecta el Catarro Común y la Neumonía que es una condición peligrosa para esa edad. En general los que están siendo más afectados con Infecciones Respiratorias Agudas, son niños menores de 2 años, lo que necesita que las madres conozcan y tengan una adecuada práctica para mejorar la salud de los niños.

### **III Práctica**

**9-** En relación a la Edad de la Madre y si Utiliza remedios caseros cuando el niño esta enfermo, las madres de 21 a 30 años, la mayoría de estas utilizan algunas veces remedios caseros, para tratar las enfermedad del niño y en otros grupos de edad, siempre la mayoría esta utilizando remedios caseros para las Infecciones Respiratorias Agudas, ya que algunas veces no asisten a la Unidad de Salud, debido al poco tiempo que tienen, o el médico les receta medicamentos que hay que comprar y ellas no disponen de suficiente dinero, siendo un factor que en algunas ocasiones puede aliviar o empeorar la salud del niño dependiendo de la patología a tratar; y otras madres tienen la costumbre de administrar dicho remedio.

**10-** En relación a la Escolaridad de la Madre y si Suspende el pecho cuando el niño está enfermo, la mayoría de madres, nunca suspende el pecho materno; ya que conocen los beneficios que tiene la Lactancia Materna, sin embargo no concluyeron sus estudios, podemos decir, que independientemente del nivel académico, las madres siguen alimentando a sus niños con pecho materno ayudando a un buen desarrollo y evolución de la enfermedad, ya que conocemos que un niño alimentado con pecho materno, tiene menos posibilidades de contraer una enfermedad.

**11-** En relación a la Edad de la Madre y si Cumple el tratamiento al niño según orden médica; encontramos que de forma general la mayoría de las madres de todos los grupos etáreos dicen siempre cumplir el tratamiento del niño según orden médica, ya que si no se lo cumplen ellas, se lo da la persona que los cuida y estaría así favoreciendo la salud del niño ya que si se cumple el tratamiento en tiempo y forma, el

niño se recuperará más rápidamente, no obstante también encontramos un grupo de madres que no está cumpliendo adecuadamente el tratamiento al niño según orden médica, que hace que la recuperación del niño sea más lenta y cause resistencia a los fármacos.

**12-** En relación a la Profesión de la Madre y si Utiliza adecuadamente termómetro cuando su niño tiene fiebre, la mayoría de las madres no utilizan adecuadamente el termómetro, ya que muchas madres no cuentan con un termómetro en el hogar, y otras madres no pueden leerlos, no contribuyendo a la salud del niño, ya que en patologías complicadas como la Neumonía requiere un control continuo de la temperatura corporal del niño, y prevenir una convulsión, ya que pone en riesgo la salud del niño.

## CONCLUSIONES

En la realización de nuestro estudio investigativos concluimos:

- La mayoría de las madres son adultos- jóvenes, que cuentan con características Socio-Demográficas similares entre sí, que se encuentran entre las edades 21-30 años, tienen 2 hijos, no lograron finalizar sus estudios, y desempeñan diferentes tipos de trabajos, y están concientes de los cuidados que se le debe brindar a los niños con Infecciones Respiratorias Agudas, pero no los logran poner en práctica por completo debido a que la mayoría del tiempo no permanecen con los niños.
- Respecto al Conocimiento que tienen las madres sobre los cuidados que se le debe brindar a los niños en las IRA, la mayoría de las madres conocen que son las infecciones respiratorias agudas, ya que se han informado a través del Personal de Salud, libros, murales, Internet etc. Sin embargo carecen de más información que les permita ampliar sus conocimientos; además esto hace ver que entre mayor es el nivel académico que se tiene, mayor conocimiento se obtiene.
- En la Práctica que tienen las madres en relación al cuidado, un buen número de madres están poniendo en práctica los cuidados que conocen sobre las Infecciones Respiratorias Agudas, ya que están utilizando remedios caseros, teniendo en cuenta que no en todos los casos es indicado hacerlo, mantienen la alimentación habitual del niño, están pendientes de la temperatura corporal cuando hay fiebre, y cumplen tratamiento en tiempo y forma a como lo indica el médico etc.
- Los niños que están siendo más afectados con problemas respiratorios son los niños entre las edades de 13-24 meses y es el Catarro Común la afección con más incidencia, seguido de los niños de 0-12 meses a quienes los afecta más la Neumonía y el Catarro Común, por lo que las madres están aplicando una serie de medidas preventivas en el hogar.

## RECOMENDACIONES

### **Para el Personal de Salud.**

1. Continuar con la promoción y prevención de las Infección Respiratorias Agudas.
2. Crear grupos de madres y familiares con el propósito de orientarles acerca de los cuidados que se deben brindar en las Infecciones Respiratoria Agudas.
- 3- Realizar un seguimiento continuo a niños que tienen episodio concurrentes de Infecciones Respiratoria Aguda, para determinar los factores que le están ocasionando este proceso.
- 4- Disponer en la Unidad de Salud documentación sencilla acerca de la Infecciones Respiratoria Agudas, para las madres que deseen informarse sobre el tema.

### **Para las Madres.**

- 1- Acudir oportunamente a la Unidad de Salud, cuando se presente una Infección Respiratoria Aguda.
- 2- Instruirse sobre el manejo temprano de las Infecciones Respiratoria Agudas.
- 3- Buscar apoyo conjuntamente del Personal de Salud para mejorar los cuidados.
- 4- Disminuir en lo más posible la exposición del niño a factores predisponente.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Aguilar Cordero, María José. Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos. Océano Mosby. Barcelona – España. Tomo II. 2005.
- 2- Behrman, Richard E. Et.al. tratado de pediatría. 17ª edición. Elseiver. España, S.A. 2004.
- 3- Figueroa Salazar, Armengol Alfredo. Factores higiénicos – ambientales y d conocimiento que influyen en las apariciones de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 1 años. León, 2005.
- 4- Meneghello, Julio. Et.al. Pediatría de Meneghello. 5ta edición. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 1997.
- 5- Ministerio de Salud. Normas de manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas. Grupo Nacional de Pediatría. Nicaragua. 2000.
- 6- Organización Panamericana de la Salud. Atención del niño con Infecciones Respiratorias Agudas. Serie Paltex. Para técnicos, medios y auxiliares. Numero 21. UNICEF. Georgia, Estados Unidos. 2001.
- 7- Organización Panamericana de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas en las Américas. Serie Paltex, para ejecutores de programas de salud. Numero 25. washintog D.C, Estados Unidos. 1994.
- 8- Organización Panamericana de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas. Serie Paltex, para ejecutores de programas de salud. washintog D.C, Estados Unidos. 1998.

- 9- Raffensperger, Ellen Baily. Consultor de enfermería clínica. Océano/Centrum. Volumen I. Barcelona, España. 1995.
- 10- Rudolph, Colin D. pediatría de Rudolph. Volumen I. Mc Graw –Hill Interamericana.2004.
- 11- Wong, Donna L. Et. Al. tratado de enfermería Pediátrica. 2da edición. Interamericana: Mc Graw Hill. México. 1998.
- 12- Alvarado Correa José Antonio. Política Nacional de Salud 2004-2015, Managua- Mayo 2004.
- 13-<http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/pediatria/hijos-ira.pdp>.
- 14-<http://geosalud.com/enfermedades-infecciosas/IRA.htm>
- 15-<http://www.minsa.gob.ni/vige/html/boletin/2004/editorial0.5.html>.
- 16-<http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/30511>

# ANEXOS

## TABLAS DE CRUCES

### I- FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

#### 1- Edad de la Madre/ Número de Hijos

Grupo Etéreo	Número de Hijos					Total	%
	1	2	3	4	5		
15 a 20 años	14	2	0	0	0	16	17.78
21 a 30 años	22	24	4	1	1	52	57.78
31 a 40 años	4	8	6	1	0	19	21.11
41 a más años	0	1	0	0	2	3	3.33
Total	40	35	10	2	3	90	100.00

#### 2- Edad de la Madre / Estado Civil.

Grupo Etéreo	Estado Civil					Total	%
	Soltera	Casada	Viuda	Unión libre			
15 a 20 años	8	1	0	7		16	17.7
21 a 30 años	6	24	1	21		52	57.7
31 a 40 años	0	12	0	7		19	21.1
41 a más años	0	3	0	0		3	3.3
Total	14	40	1	35		90	100.

### 3 - Escolaridad / Número de Hijo

Escolaridad	Número de Hijos					Total	%
	1	2	3	4	5 o más		
Analfabeta	0	0	1	0	0	1	1.1
Primaria Incompleta	9	3	0	2	1	15	16.6
Primaria Completa	2	1	3	2	2	10	11.1
Secundaria Incompleta	11	9	4	0	0	24	26.6
Secundaria Completa	9	8	1	0	0	18	20
Universidad	6	8	2	0	0	16	17.7
Técnico	1	5	0	0	0	6	6.6
Total	38	34	11	4	3	90	100.0

### 4- Religión / Número de Hijos

Religión	Número de hijo					Total	%
	1	2	3	4	5 o más		
Ninguna	9	5	1	1	0	16	17.77
Católica	23	18	5	0	2	48	53.33
Evangélica	4	7	4	2	1	18	20.
Otros	3	5	0	0	0	8	8.66
Total	39	35	10	3	3	90	100.

## II- CONOCIMIENTO

### 5- Trabajo que desempeñan/ Sabe que son las Infecciones Respiratorias Agudas

Trabajo que desempeña	Conoce que son las Infecciones Respiratorias			%
	si	no	TOTAL	
Profesora	5	0	5	5.55
Técnico medio	8	1	9	10.
Domestica	4	1	5	5.55
Amas de casa	22	17	39	43.3
Otros	21	11	32	35.5
TOTAL	60	30	90	100.

### 6-Edad de la madre / Cuidados que debe brindar en caso de neumonía.

Edad de la Madre	Cuidados que brinda en la Neumonía								
	Incrementar La ingesta De líquidos	Control De temp.	Mantener Alimentación Habitual.	No Suspender Leche M	No automedicar	Ninguna	Todas	Total	%
15 a 20, Años	1	1	2	3	0	1	8	16	17.7
21 a 30 Años	9	2	1	0	0	3	37	52	57.7
31 a 40 Años	2	0	0	7	0	0	10	19	21.1
41 o más	0	0	0	0	0	0	3	3	3.3
Total	12	3	3	10	0	4	58	90	100

**7- Escolaridad / Conoce el tratamiento que debe brindar a las IRAS.**

Escolaridad	Conoce el tratamiento que debe brindar en las IRAS.			
	si	no	Total	%
Analfabeta.	0	1	1	1.1
Primaria Incompleta	6	9	15	16.6
Primaria Completa	3	7	10	11.1
Secundaria Incompleta	15	9	24	26.6
Secundaria Completa	9	9	18	20
Universidad	11	5	16	17.7
Técnico	2	4	6	6.6
Total	46	44	90	100.

**8- Edad del Niño / Problema Respiratorio que afecta más al Niño.**

Edad de Niño.	Problema respiratorio que afecta más al niño.							Total	%
	Amigdalitis	Faringitis	Bronquitis	Catarro Común.	Neumonía	Otras			
0 a 12 meses	1	1	5	7	7	1	22	24.4	
13 a 24 meses	0	2	4	18	4	0	28	31.1	
25 a 36 meses	1	1	3	8	2	1	16	17.7	
37 a 48 meses	2		1	9	2	0	14	15.5	
49 a 60 meses	2	1	1	5	1	0	10	11.1	
TOTAL	6	5	14	47	16	2	90	100	

## PRÁCTICA

### 9- Grupo Etéreo. ¿Utiliza remedios caseros cuando su niño esta enfermo?

Grupo Etéreo	¿Utiliza remedios caseros cuando su niño esta enfermo?				
	Siempre	A veces	Nunca	Total	%
15 a 20 años	0	6	10	16	17.7
21 a 30 años	4	32	16	52	57.7
31 a 40 años	0	11	8	19	21.1
41a más años	0	2	1	3	3.3
Total	4	51	35	90	100

### 10- Escolaridad. ¿Suspende el pecho Materno al niño cuando esta enfermo?

Escolaridad	¿Suspende el pecho materno al niño cuando esta enfermo?				
	Siempre	A veces	Nunca	Total	%
Analfabeta	0	1	0	1	1.1
Primaria Incompleta	2	3	10	15	16.6
Primaria Completa	0	4	6	10	11.1
Secundaria Incompleta	1	5	18	24	26.6
Secundaria completa	2	3	13	18	20
Universidad	0	2	14	16	17.7
Técnico	1	1	4	6	6.6
Total	6	19	65	90	100.

**11- Grupo Estarío ¿Cumple el tratamiento del niño según orden medica?**

Grupo etáreo	¿Cumple el tratamiento en niño según orden médica?			
	Siempre	A Veces	Total	%
15 a 20 años	10	6	16	17.7
21 a 30 años	41	11	52	57.7
31 a 40 años	15	4	19	21.1
41 a más años	1	2	3	3.3
Total	67	23	90	100

**12-Trabajo que desempeña/ ¿Utiliza adecuadamente el termómetro cuando su hijo tiene fiebre?**

Trabajo que Desempeña	¿Utiliza adecuadamente el termómetro cuando su hijo tiene fiebre?			
	si	no	Total	%
Profesora	3	2	5	5.56
Técnica	4	5	9	10.00
Doméstica	2	3	5	5.56
Ama de casa	14	25	39	43.33
Otros	19	13	32	35.56
Total	42	48	90	100.00

## Cuestionario

Este instrumento está elaborado con el propósito de recolectar información acerca el conocimiento y la práctica que tienen las madres de niños menores de 5 años en relación al cuidado de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Este instrumento contiene una serie de preguntas cerradas que el entrevistado llenará marcando con una "X" los espacios en blanco. La información brindada por usted nos será de mucha ayuda en nuestra investigación y se utilizará únicamente para fines del estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

Ficha número: \_\_\_\_\_

### I CARACTERISCAS SOCIO – DEMOGRÁFICAS

Edad de la madre \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Edad del niño \_\_\_\_\_

Número de hijos \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Procedencia: Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

## II-CONOCIMIENTO

1-¿Sabe qué son las Infecciones Respiratorias Agudas?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

2-¿Cuál de los siguientes signos producen las Infecciones Respiratorias Agudas?

Dificultad respiratoria\_\_\_\_\_

Fiebre\_\_\_\_\_

Rechazo de los alimentos y líquidos\_\_\_\_\_

Tos\_\_\_\_\_

Sequedad e irritación nasal\_\_\_\_\_

Todas las anteriores\_\_\_\_\_

Ninguna de las anteriores\_\_\_\_\_

3- ¿Conoce qué áreas abarcan las Infecciones Respiratorias Agudas?

Naríz\_\_\_\_\_

Oídos\_\_\_\_\_

Faringe, Laringe\_\_\_\_\_

Traquea\_\_\_\_\_

Bronquios y Pulmones\_\_\_\_\_

Todas las anteriores\_\_\_\_\_

Ninguna de las anteriores\_\_\_\_\_

4- ¿Conoce el tratamiento que se debe brindar en las Infecciones Respiratorias Agudas?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

5- ¿Qué problema Respiratorio afecta más a su niño?

Amigdalitis\_\_\_\_\_

Faringitis\_\_\_\_\_

Bronquitis\_\_\_\_\_

Catarro Común\_\_\_\_\_

Neumonía\_\_\_\_\_

Sinusitis\_\_\_\_\_

Otitis\_\_\_\_\_

Todas las anteriores\_\_\_\_\_

Ninguna de las anteriores\_\_\_\_\_

6- ¿Cuáles de los siguientes signos, son signos de Neumonía?

Fiebre Alta\_\_\_\_\_

Rechazo de alimentos\_\_\_\_\_

Respiración mayor de 60 por minutos\_\_\_\_\_

Decaimiento\_\_\_\_\_

Tos\_\_\_\_\_

Todas las anteriores\_\_\_\_\_

Ninguna de las anteriores\_\_\_\_\_

7- ¿Cuáles de estos cuidados, cree usted que debe brindar en caso de Neumonía?

Incrementar ingesta de líquidos\_\_\_\_\_

Controlar la temperatura\_\_\_\_\_

Mantener la alimentación habitual\_\_\_\_\_

No suspender la Lactancia Materna\_\_\_\_\_

No automedicar\_\_\_\_\_

Todas las anteriores\_\_\_\_\_

Ninguna de las anteriores\_\_\_\_\_

8- ¿Conoce usted que no en todas las Infecciones Respiratorias Agudas es necesario el uso de antibióticos?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

### III- PRÁCTICA

9- ¿Qué realiza usted con mayor frecuencia cuando su niño tiene una Infección Respiratoria Aguda?

Administra Acetaminofén\_\_\_\_\_

Lo abriga\_\_\_\_\_

Lo baña cuando tiene fiebre Alta\_\_\_\_\_

Brinda abundantes líquidos\_\_\_\_\_

Realiza limpieza de nariz\_\_\_\_\_

Todas las anteriores\_\_\_\_\_

Ninguna de las anteriores\_\_\_\_\_

10- ¿Utiliza adecuadamente el termómetro cuando su niño tiene fiebre?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

11- ¿Cuándo brinda abundantes líquidos, nota que mejora el estado de salud del niño?

Siempre\_\_\_\_\_

A veces\_\_\_\_\_

Nunca\_\_\_\_\_

12- ¿Usa aspiradores nasales para extraerle secreciones a su niño?

Siempre\_\_\_\_\_

A veces\_\_\_\_\_

Nunca\_\_\_\_\_

13- ¿Cumple el tratamiento el niño según orden médica?

Siempre\_\_\_\_\_

A veces\_\_\_\_\_

Nunca\_\_\_\_\_

14- ¿Utiliza remedios caseros cuando su niño está enfermo?

Siempre\_\_\_\_\_

A veces\_\_\_\_\_

Nunca\_\_\_\_\_

15- ¿Suspende el pecho materno al niño, cuando está enfermo?

Siempre\_\_\_\_\_

A veces\_\_\_\_\_

Nunca\_\_\_\_\_

16- ¿Motiva al niño a comer cuando está enfermo?

Siempre\_\_\_\_\_

A veces\_\_\_\_\_

Nunca\_\_\_\_\_

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha	Hora	Actividad	Lugar	Responsable	Observación
01/ 12/09	8:30 a.m.	Selección del tema y elaboración del problema	Complejo Docente de la Salud.	Kasandra y Carolina	Ninguna
05/12/09	8:30 a.m.	Visita al SILAIS-León y C/S Perla María Norori.	SILAIS-León y Centro de Salud	Kasandra y Carolina.	Ninguna
09/12/09	8:30 a.m.	Elaboración de objetivos e hipótesis.	Complejo Docente de la Salud.	Kasandra y Carolina.	Ninguna
11/01/10	9:00 a.m.	Elaboración de introducción, justificación.	HEODRA	Kasandra y Carolina.	Ninguna
04/02/10	9:15 a.m.	Elaboración de antecedentes	HEODRA	Kasandra y Carolina.	Ninguna
12/02/10	10:00 a.m.	Revisión del tema	Oficina de enfermería.	Msc. Fanny Jaime.	Ninguna

15/02/10	9:00 a.m.	Recopilación de información	Biblioteca del Campus Médico.	Kasandra y Carolina.	Ninguna
18/02/10	9:00 a.m.	Entrega de borrador.	Campus Médico.	Kasandra y Carolina.	Ninguna
22/02/10	8:00 a.m.	Elaboración de diseño metodológico y Operacionalización de variables.	Biblioteca del Campus Médico.	Kasandra y Carolina.	Ninguna
23/02/10	8:30 a.m.	Elaboración de anexos.	Biblioteca HEODRA	Kasandra y Carolina.	Ninguna
02/03/10	9:00 a.m.	Elaboración de bibliografía	Biblioteca del Campus Médico.	Kasandra y Carolina.	Ninguna
05/03/10	9:00 a.m.	Entrega de protocolo	Oficina de enfermería.	Msc. Fanny Jaime.	Ninguna
15/03/10	9:00 a.m.	Elaboración de tablas de tabulación	Laboratorio de Computación del Ruíz	Kasandra y Carolina.	Ninguna

			Ayesta.		
29/03/10	9:00 a.m.	Elaboración de Resultados y Análisis de la Entrevista	Biblioteca HEODRA	Kasandra y Carolina.	Ninguna
05/04/10	9:00 a.m.	Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones.	Biblioteca HEODRA	Kasandra y Carolina.	Ninguna
19/04/10	9:00 a.m.	Entrega del Informe Final.	Oficina de enfermería.	Msc. Fanny Jaime.	Ninguna