

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León
Facultad de Ciencias Médicas
Medicina



Tesis para título de Médico y Cirujano

Conocimientos y prácticas de madres o cuidadoras de niños menores de 5 años en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas, del Reparto Rubén Darío, León.

Autores:

Br. Arturo Eugenio Gurdíán Flores

Br. Carlos Fernando Mairena Sáenz

Tutor:

Dr. Arnoldo Toruño – MSc.
Departamento de Salud Pública
UNAN – León

Asesora:

Dra. Magda Esther Catrillo
Msc. Epidemiología

León, 16 de Julio del 2016

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”



Agradecimiento

Primeramente a Dios, por habernos regalado el milagro de la vida y gozar de salud y seguir con nuestros sueños de culminar una etapa más en nuestras vidas pudiendo finalizar la carrera de medicina.

A nuestros padres, ya que sin el sacrificio, inmenso amor, apoyo y dedicación no fuese posible estar llegando hasta este punto.

A cada uno de nuestros maestros los cuales cada día con su labor docente como trabajadores de la salud se han vuelto nuestros amigos quienes nos dieron las pautas para seguir sus pasos y ser cada día mejores médicos y servir a una población que clama por una atención integral y humana.



Glosario

IRA: Infecciones Respiratorias Agudas

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad

AIEPI: Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia

PaCO₂: Presión Parcial de Dióxido de Carbono

FiO₂: Fracción de Inspiración de Oxígeno

RPM: Respiraciones por minuto

MINSA: Ministerio de Salud



Introducción

Los niños desde su nacimiento y hasta los 5 años, se encuentran en mayor riesgo de padecer enfermedades que atentan contra su desarrollo y por lo tanto hay que darle importancia a éste problema de salud. Entre las patologías más frecuentes en estas edades están las infecciones de vías respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas.⁽¹⁾

La familia cumple con una función vital en la vida de los niños, debido a que deben ser capaces de reconocer el estado de salud de los mismos, signos de alarma y el momento oportuno para recibir atención médica, debido a que cuanto más temprano sea su atención, existe menor riesgo a complicaciones. Y esto está íntimamente relacionado con el aspecto socio-económico-cultural de la familia. La neumonía más frecuente es la adquirida en la comunidad y generalmente es de cuidado ambulatorio por la familia del niño, la cual debe garantizar el cumplimiento del tratamiento que se le prescribe y atender las necesidades básicas del mismo(a).^(1, 2)

La gran mayoría de las infecciones respiratorias agudas son representadas por neumonía y el resto, por bronquiolitis. La neumonía es una de las enfermedades infecciosas más frecuente y serias en los seres humanos y especialmente en la infancia, sobretodo la que se adquiere en la comunidad (NAC). Es una inflamación del parénquima pulmonar; que con mayor frecuencia se debe a una infección que pueden ser por virus o bacterias y que se caracteriza por consolidación alveolar e infiltración del tejido intersticial, así también como compromiso de pequeños bronquios y bronquiólos; y pueden localizarse en uno o varios puntos del parénquima pulmonar.^(3, 4)

La neumonía amenaza la vida del niño debido a su alta morbilidad, mortalidad y letalidad, sobre todo en niños menores de 5 años y en países sub-desarrollados, por prevalencia de agentes infecciosos, factores socioeconómicos, y condiciones ambientales y nutricionales. Es muy posible, además, que la mortalidad causada por neumonía esté subestimada, por fallecimientos en el hogar y sin diagnóstico médico, donde debido a la falta de atención temprana por falta de conocimientos de los padres acerca de los signos de alarma o bien por el mal diagnóstico y manejo por parte de las



“Conocimientos y prácticas de las madres sobre las IRA, en relación a la búsqueda de la salud de los niños”

Instituciones de la Salud que propician el desarrollo contraproducente de la enfermedad y por ende, la aparición de las complicaciones al paciente. Es importante enfatizar que la detección y tratamiento tempranos, son estrategia para la prevención de complicaciones, junto con las estrategias de atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), apoyándose mucho en las funciones de los padres de familia o tutores para velar por la aparición y mejoría de la neumonía. ^(5, 6)



Antecedentes

Un estudio realizado en Cuba y publicado por la Revista de Medicina General en el año 2000, acerca de la lacta

ncia materna y su relación de las enfermedades respiratorias, refleja que tiene un vínculo muy fuerte. La desnutrición significa que un niño tiene más probabilidades de contraer infecciones respiratorias si no se presta la adecuada atención a la alimentación de los niños enfermos, las Infecciones respiratorias agudas producen déficit en el crecimiento y desarrollo del niño. ⁽⁷⁾

Con respecto al estudio de corte transversal realizado en Julio – Septiembre del 2006 por Burgoas y Colaboradores en Calamarca, Bolivia, sobre signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años, apenas el 50.9% reconoció que la respiración rápida es un signo de alarma para las IRA y aproximadamente la mitad (49.4%) indican que demorarían en la consulta al centro salud porque esperarían a que el niño empeore para llevarlo al centro de salud. Cerca de un tercio (63.3%) pide consejos para el tratamiento de la enfermedad de su niño. De las 50 personas que refieren solicitar consejos, en el 66% se sugiere utilizar métodos caseros y esperar a que mejore. Sólo 24% de los consejos están orientados a asistir a un centro de salud. ⁽⁸⁾

C. Victoria, en su artículo “Infecciones Respiratorias Bajas” del año 2009, refiere que los niños tienen un mayor riesgo de hospitalizaciones y mortalidad al tener un bajo nivel de educación sus padres, reportando la mayor incidencia en las áreas rurales, con 5-9 episodios por año, mientras en el área urbana 3-5 episodios por año en los niños. ⁽⁹⁾

Pérez y colaboradores realizaron en Chile durante el 2008-2009 un estudio transversal, sobre signos de alarma en infecciones respiratorias en 118 madres de niños menores de 1 año, los signos o síntomas más reconocidos por las madres, fueron la fiebre (70), tiraje subcostal (61) y dificultad respiratoria (59), los menos reconocidos fueron las sibilancias (11), respiración ruidosa (20) y respiración rápida (25), destacando



así la falta de conocimientos de las madres sobre los signos de alarma más importantes.⁽¹⁰⁾

Según un estudio de corte transversal realizado en enero del 2013 por Lira y colaboradores en los municipios de Larreynaga y Santa Rosa del Peñón en el departamento de León, sobre neumonía y diarrea, se reporta que el 33% de las madres mencionaron la respiración rápida como signo de alarma en los niños menores de cinco años que fueron diagnosticados con neumonía. Esta cifra tan baja nos da una idea de la falta de conocimientos de parte de los padres de familia respecto a los signos de alarma para poder reconocerlos y llevar a sus hijos a centros asistenciales para su debido tratamiento y recuperación oportuna.⁽¹¹⁾



Justificación

Las infecciones respiratorias agudas son muy comunes en la población y son causa de mortalidad infantil en nuestro medio, sin embargo, son enfermedades prevenibles y pueden ser manejadas ambulatoriamente con el tratamiento adecuado; pero reducir la gravedad de enfermedades como la neumonía, está en dependencia del cumplimiento del tratamiento prescrito, de eliminar todas prácticas inadecuadas y de saber reconocer signos y síntomas de gravedad, esta responsabilidad radica principalmente en las madres Nicaragüenses, las cuales conviven con los niños y reconocen rápidamente cualquier cambio en el estado de salud de ellos.

Debido a todo esto, el propósito del estudio fue valorar los conocimientos y las prácticas que poseen las madres concernientes a la prevención y manejo de las infecciones respiratorias agudas, con el fin de mejorar las actividades de información, educación y comunicación sobre este problema de salud.

Cabe destacar, que conociendo las madres los signos de alarma y que refieran a sus hijos de forma oportuna podrá disminuir los días de estancia en una unidad de salud de sus hijos. Los niños podrían gozar de una mejoría clínica más rápida y oportuna, además del MINSA podría lograr mitigar los altos costos y tener saturados las unidades asistenciales.



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de las madres y/o cuidadores de los niños menores de 5 años en relación a las infecciones respiratorias agudas?



Objetivo General

Valorar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de cinco años, residentes en el Reparto Rubén Darío, en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas en el período Mayo - Agosto 2013.

Objetivos Específicos

1. Establecer el nivel de conocimiento de las madres con respecto a los diversos aspectos de las Infecciones Respiratorias Agudas.
2. Valorar las diferentes prácticas que realizan las madres acerca de prevención y manejo de estas enfermedades.



Marco teórico

I. Infecciones Respiratorias Agudas

Se define como un proceso infeccioso localizado en el aparato respiratorio, sistema encargado de llevar sangre y oxígeno hacia la sangre ocasionado. Estas infecciones son provocadas por gérmenes virales o bacterianos de menos de 15 días de evolución. Estas infecciones se caracterizan por la presencia de tos, dificultad respiratoria además de otros signos y síntomas catarrales. La susceptibilidad de estas enfermedades depende de la interacción huésped-agente-medio ambiente. ⁽¹²⁾

Puede haber enfermedades que afectan con frecuencia a los niños. Algunas se presentan con Signos de Peligro que ponen en un alto riesgo la vida del niño y lo pueden llevar rápidamente a la muerte, por lo que necesitan ser atendidos de forma rápida e iniciar a ser tratados con medicamentos si lo amerita en las Unidades de Salud. ⁽¹³⁾

¿Qué es un signo de Peligro? ⁽¹²⁾

Los signos de peligro son señales que se presentan en las enfermedades y que indican si un niño esta grave o no. También nos sirven para clasificar la enfermedad que tiene el niño.

Una enfermedad es muy grave cuando en el niño enfermo está presente cualquier signo general de peligro. Un niño con enfermedad muy grave puede morir si no se le atiende a tiempo.

Signos generales de peligro de IRA: ⁽¹²⁾

1. Muy dormido, es difícil de despertar o está con la mirada perdida o desorientada.
2. No puede tomar del pecho o beber
3. Vomita todo lo que le dan
4. Ha tenido ataques



Clasificación de las Infecciones Respiratorias Agudas. (IRA) ⁽¹⁾

Tracto Respiratorio Alto	Tracto Respiratorio Bajo
-El catarro -Sinusitis -Faringoamigdalitis -Otitis Media Aguda	-Bronquiolitis. -Neumonía

Resfriado Común: Infección causada por el virus de la influenza, el cual causa una amplia gama de infecciones respiratorias, responsable de morbi-mortalidad significativa en niños. La gripe puede provocar pandemias globales. De 30-50% de los niños presentan indicios serológica de esta enfermedad cada año. ⁽²⁾ También llamado catarro o enfriamiento cursa con inflamación de nariz, garganta, laringe. Se contagia por las gotitas de tos (Fludge), estornudos y por contacto con las manos. Es una enfermedad que sigue su curación espontánea, tiene corta duración, aproximadamente una semana. Aparece con los siguientes síntomas: ⁽¹³⁾

- Dolor de garganta o de cabeza
- Estornudos, nariz tapada, mocos
- Tos
- Ojos lagrimosos
- Fiebre leve (37- 37.5°C)
- Cansancio
- Pérdida del apetito

Signos de Peligro:

- Dificultad para respirar
- Dolor de oído o llanto e irritabilidad por la noche
- Cansancio o letargo inusuales
- No tolera los alimentos y aparecen vómitos



- Duración del proceso más de 10 días o aparición de mocos espesos y verdosos.
- Tiene fiebre de 39°C o más.

Sinusitis: Esta enfermedad define como la Inflamación de la mucosa de los senos paranasales, la cual habitualmente implica un grado de afectación de la mucosa nasal (rinosinusitis). Se subdivide en aguda, subaguda o crónica según la duración de los síntomas sea inferior a 30 días, entre 30 y 90 días o superior a 3 meses respectivamente. ⁽¹⁴⁾

Según su etiología, Las infecciones víricas predisponen al desarrollo de la sinusitis bacteriana (80% de los casos), mientras que el componente alérgico es significativo en el 20% restante. La sinusitis bacteriana casi siempre surge como complicación de una de las anteriores. Rinovirus, Adenovirus, Virus influenza y Parainfluenza, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharralis. ⁽¹⁴⁾

Dentro del objetivo del tratamiento de la sinusitis esta aliviar los síntomas y reducir los riesgos de las complicaciones de la sinusitis crónica. Aunque hay pocos estudios, no se han descubierto grandes diferencias entre el tratamiento antibiótico de corta y larga duración. La mayoría de ensayos se han realizado con 10 días de duración, y un resultado aceptable es completar 7 días tras la mejoría evidente. Corticoides intranasales pueden ser una excelente opción siempre y cuando se asocian al tratamiento antibiótico en sinusitis crónica y recurrente de etiopatogenia alérgica. Los Antihistamínicos no deben ser utilizados (dificultan el drenaje de las secreciones). ⁽¹⁴⁾

Existen 2 criterios para el uso de antibióticos: gravedad (conurrencia de fiebre elevada y rinorrea mantenida durante 3 días) y/o persistencia (rinorrea de 10 días). La amoxicilina (40 – 50 mg/Kg/día) es el antibiótico de primera elección, manteniéndose hasta 7 días tras la mejoría franca. Sólo en caso de gravedad con afectación importante del estado general (cefalea intensa), fracaso terapéutico a las 48h o alto riesgo de resistencia a penicilina (antibioterapia en los 30 días previos o edad menor de 2 años) se emplearán antibióticos de segunda línea. Por el perfil de resistencias el más



recomendable es la amoxicilina-clavulánico a dosis altas (80 mg/Kg/día). La madre debe estar clara de cuáles son los signos de alarma anteriormente mencionados para poder saber cuándo llevar al niño a un centro asistencial e iniciar de forma inmediata este tipo de tratamiento sin iniciar a automedicar al niño en la casa. ⁽¹⁴⁾

Faringoamigdalitis (F.A.A.): Es una de las enfermedades más comunes en la infancia. La etiología más frecuente es vírica. Entre las causas bacterianas, el principal agente responsable es *Streptococcus pyogenes* o *Estreptococo beta hemolítico del grupo A* (EbhGA). Las escalas de valoración clínica son una buena ayuda para seleccionar a qué niños se deben practicar las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDR) y/o el cultivo de muestras faringoamigdalares. ⁽¹⁵⁾

El *Estreptococo del grupo A* son bacterias gram (+) con forma de coloide, tiende a crecer en cadena. Los humanos constituyen un reservorio de forma natural de dicha bacteria. La mayor incidencia de la F.A.A. Es entre los 3-15 años de vida, especialmente siendo manifestado en los niños escolares jóvenes. La transmisión es favorecida por contacto estrecho de secreciones nasales. Tiene un período de incubación de 2-5 días. ⁽²⁾

Cuadro clínico: Halitosis, enantema bucal, úlceras faciales, saburra lingual, exudado amigdalino, pseudomembranas, petequias en paladar blando, aumento de volumen peri-amigdalino, adenopatías submaxilares. Dolor de garganta de comienzo brusco, odinofagia, fiebre Exantema Escarlatiniforme, náuseas, vómito, cefalea y dolor abdominal. Siendo presente a cualquier edad, la presencia de conjuntivitis, Rinorrea, afonía, tos y/o diarrea es un hallazgo sugestivo de un origen vírico de la infección. ⁽¹⁶⁾

Dentro de la etiología, podemos ver la presencia de virus y bacterias: Virus respiratorios: Rinovirus, VRS, Flu, Paraflu, ADV y coronavirus. Virus sistémicos: E. Barr. *Streptococcus pyogenes* (B. hemolítico grupo A, SBHA). ⁽¹⁶⁾

Para lograr dar un correcto diagnóstico debemos basarnos en un buen examen físico, el cual nos dará del 35-50% del diagnóstico de esta enfermedad, siendo el Gold Estándar el hisopado faríngeo como examen de laboratorio para su diagnóstico. Dentro de las



medidas preventivas para esta infección, está el lavado de manos frecuente con agua y jabón, evitar el contacto cercano de los niños los cuales podrían tener esta enfermedad, la madre y el personal escolar deben hacer hincapié en este punto debido a que la transmisión de la F.A.A. es generalmente en lugares con hacinamiento escolar, también puede ser útil evitar compartir utensilios de comida entre los niños que aparentemente presenten esta patología para evitar la propagación entre los infantes. La madre podrá reconocer la presencia de esta patología al iniciar el niño con fiebre, dolor a la deglución, presencia de exudado en la garganta, aumento del tamaño en ganglios del cuello, cefalea, anorexia, entre otros. ⁽¹⁷⁾

Tratamiento: El Gold Estándar para esta infección ha sido la Penicilina G. Benzatínica, 600,000 UI para niños ≤ 27 kg y 1.2 millones UI para > 27 kg intramuscular. Para pacientes alérgicos a la Penicilina, el fármaco de elección es la Eritromicina 20-40mg/kg/día dividido en 2-4 tomas durante 10 días por vía oral. Otro esquema es el uso de Amoxicilina 50mg/kg/día el cual se divide en 2 dosis durante 6 días. ⁽²⁾

Dentro de las medidas farmacológicas para el correcto tratamiento de esta enfermedad: La amoxicilina fue el fármaco seleccionado en primer lugar (54,6%), seguido de amoxicilina-clavulánico (42.7%), Macrólidos (12.6%) y Cefalosporinas de segunda generación (5.6%). Un año después, un estudio analizó el tratamiento de 1716 casos de FAA en los servicios de urgencias de 11 hospitales españoles. ⁽¹⁷⁾

Otitis Media Aguda: La OMA es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en los niños. Se calcula que 2 de cada 3 niños han manifestado algún episodio antes del primer año de vida, y más del 90 % a los 5 años. El 10-20 % de los pacientes presenta episodios frecuentes de OMA. ⁽¹⁸⁾

Dentro del cuadro clínico logramos apreciar: Malestar general, otalgia, otorrea, cefalea, fiebre, irritabilidad, letargo, con presencia de dolor faríngeo. ⁽¹⁹⁾



Etiología: Streptococcus Pneumoniae (30 % de los casos), Haemophilus influenzae (20-25 %) y Moraxella catarrhalis (10-15 %). Otros patógenos menos habituales son Streptococcus pyogenes (3-5 %), Staphylococcus aureus (1-3 %) y, ya más excepcionalmente, bacilos anaerobios y gramnegativos, como Escherichia Coli o Pseudomonas aeruginosa. ⁽¹⁹⁾

Tratamiento: Generalmente estos pacientes refieren molestias y dolor constante, es por eso que los analgésicos de elección son Ibuprofeno y Paracetamol. El uso de los antibióticos debe realizarse conociendo un poco acerca del agente etiológico y los antibióticos óptimos para su erradicación. La administración de amoxicilina oral a dosis altas (80-90 mg/kg/ día) consigue concentraciones en el oído medio que permiten erradicar neumococos sensibles, intermedios e incluso resistentes a la penicilina. Debido a esto el uso empírico de amoxicilina a dosis altas conlleva una alta tasa de erradicación de neumococo. Sin embargo, el uso de la amoxicilina sola podría fracasar en la erradicación de H. influenzae productor de betalactamasas, donde las elevadas dosis de amoxicilina son insuficientes. ⁽²⁰⁾

Neumonía: La neumonía es una infección aguda del parénquima pulmonar, caracterizada por la consolidación alveolar debida a la presencia de microorganismos patógenos, que pueden ser virus o bacterias. La mayoría de los episodios graves son producidos por bacterias. Sin embargo no es posible determinar la causa específica de los mismos mediante la exploración clínica o una radiografía del tórax. ⁽¹²⁾

Esta patología es multicausal, es de suma importancia observar la historia clínica del paciente, antecedentes patológicos, factores de riesgo y el grupo etario para poder discernir entre el posible agente etiológico y cumplir un tratamiento óptimo de forma integral y oportuna. ⁽¹⁾



Etiología.

Edad	Bacterias	Virus
1 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Bacilos Gram Negativos• Streptococcus pneumoniae• Streptococcus agalactiae• Haemophilus influenzae tipo B• Bordetella pertusis• Chlamydia trachomatis• Listeria	<ul style="list-style-type: none">• Virus sincitial respiratorio• Adenovirus (ADV)• Citomegalovirus (CMV)• ParainfluenzaInfluenza
4 meses a 4 años	<ul style="list-style-type: none">• Streptococcus pneumoniae• Haemophilus influenzae tipo B• Staphylococcus aureus• Virus sincitial respiratorio• Influenza	

Clasificación

El AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) establece la clasificación según los signos de peligro. ⁽¹⁾

Signos de Peligro	Clasificación	¿Qué Hacer en Casa?
<p>Si tiene uno o más:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anormalmente somnoliento o con dificultad para despertar• Vomita todo• Convulsionó o ataques• Dejo de comer o beber	Enfermedad muy grave	Acudir urgentemente a la unidad de salud más cercana.
<ul style="list-style-type: none">• Cualquier signo de peligro o• Estridor en reposo (ruidos en el pecho)	Neumonía grave o enfermedad muy grave	Acudir urgentemente a la unidad de salud más cercana.



• Tiraje subcostal (hundimiento de la piel debajo de las costillas)		
• Respiración rápida (cansado)	Dificultad para respirar o neumonía	Acudir urgentemente a la unidad de salud más cercana.
• Ningún signo de neumonía • Tos y catarro • Moco	Tos o catarro	Trate en casa con tratamiento de apoyo

Se considera respiración rápida:

- 60 ó más RPM en el < 2 meses
- 50 ó más RPM en niños(as) de 2-11 m.
- 40 ó más RPM en niños(as) de 1-4 años

Otra clasificación que se utiliza para establecer la gravedad de la neumonía es

Signo o Síntomas	Clasificación
Cianosis central Dificultad respiratoria grave (Por ejemplo, cabeceo) Incapacidad para beber	Neumonía muy grave
Uso de músculos accesorios: - Retracción de la pared - Torácica o tiraje subcostal Estridor en reposo	Neumonía grave
Respiración rápida	Neumonía
Ningún signo de neumonía	Tos o resfriado

Otros signos y síntomas que pueden estar presentes en la neumonía son:



Neumonía muy grave y neumonía grave	Neumonía
<ul style="list-style-type: none">• Tos y dificultad respiratoria• Cianosis central• Incapacidad para mamar o beber, o vomita todo• Convulsiones, letargo o pérdida de la conciencia• Respiración rápida• Cabeceo• Aleteo nasal• Quejido espiratorio• Retracción de la pared torácica inferior• Disminución de la entrada de aire• Sonidos de respiración bronquial• Estertores crepitantes• Resonancia vocal anormal• Frote pleural	<ul style="list-style-type: none">• Tos o dificultad respiratoria• Respiración acelerada.• Signos de neumonía a la auscultación: estertores crepitantes y disminución de la entrada de aire.

Factores de riesgo

<ul style="list-style-type: none">• Prematurez• Peso menor de 2,500 gr.• Antecedentes maternos de infección.• La existencia de patologías crónicas que actúen como factor debilitante.• Falta de respuesta al tratamiento empírico correctamente utilizado, Transcurridas 48-72 horas del inicio.• Imágenes radiológicas	<ul style="list-style-type: none">• Tiempo de evolución de la enfermedad.• Complicaciones a otros sistemas u órganos.• Características inmunológicas del paciente.• Estado nutricional.• Época del año• Nivel socioeconómico bajo.• Infecciones respiratorias recurrentes en el año previo.• Esquema de vacunación
---	---



sospechosas de un germen no habitual. <ul style="list-style-type: none">• Presentación inicial muy grave.• Retraso psicomotor.	incompleto.
---	-------------

Tratamiento

Según las normas presentes en el MINSA manejo a nivel primario establece lo siguiente.

(1)

Clasificación	Manejo en la Unidad de Salud
Enfermedad muy grave o neumonía grave	<ul style="list-style-type: none">• Acudir urgentemente al hospital• Aplicar primera dosis de P. Procaínica 50,000 UI/kg/día• Tratar la sibilancia si tiene con salbutamol
Neumonía	<ul style="list-style-type: none">• Explicar que el niño tiene una enfermedad que lo puede cuidar en casa con medicamentos recetados por el personal médico• Dar un antibiótico apropiado• Tratar la sibilancia si tiene con salbutamol• Orientar sobre signos de peligro• Regresar a los 2 días para evaluar al niño
Tos o resfriado	<ul style="list-style-type: none">• Mitigar la tos con remedio casero• Tratar la sibilancia si tiene• Orientar sobre signos de peligro• Hacer seguimiento para valoración en 5 días• No dar antibióticos• Continuar la alimentación



Todo tratamiento antimicrobiano debe ser solo a pacientes con diagnóstico de neumonía y su prescripción se realizará por el personal médico. Los principales fármacos antibióticos para el tratamiento de la neumonía son. ⁽¹⁾

Neumonía muy grave y neumonía grave	Neumonía
1-3 meses	
Antibioticoterapia: Duración del tratamiento: 10 días. <ul style="list-style-type: none">• Primera línea: Penicilina Cristalina 150.000-200.000 UI/kg/día IV dividida en 4 dosis, administrar IV cada 6 horas más Gentamicina a 7.5 mg/kg/día dividida en 2 dosis, administrar IV cada 12 horas.• Segunda línea: Cefotaxima 150mg/kg/día, dividida en 4 dosis, administrar IV cada 6 horas más Amikacina 15-22 mg/kg/día dividida en 3 dosis administrar IV cada 8 horas.• Si hay sospecha de neumonía por Clamidia trachomatis, tratar con: Eritromicina Oral 40mg/kg/día, dividida en 4 dosis, administrar cada 6 horas, completando el esquema por 14 días.	<ul style="list-style-type: none">• Primera línea: Amoxicilina 50 mg/kg/día VO dividido en 2 dosis, durante 5 días.• En caso de no haber Amoxicilina administre Penicilina Procaínica a 50,000 UI/kg/día IM diario, durante 5 días.• Si el niño no ha mejorado dar Amoxicilina + Ácido Clavulánico 40 mg/kg/día VO dividido en 2 dosis por 5 días.
4 meses – 4 años	
Antibioticoterapia: Duración del tratamiento: 10 días <ul style="list-style-type: none">• Primera línea: Penicilina Cristalina 150.000-200.000 UI/kg/día IV dividida en 4 dosis, administrar IV cada 6 horas.• Segunda línea: Cloxacilina a 100 mg/kg/día IV dividida en 4 dosis, administrar IV cada 6 horas, más Cloranfenicol a 100 mg/kg/día IV dividida en 4 dosis, administrar IV cada 6 horas. Si existiera alergia, iniciar con Cloranfenicol 100 mg/kg/día IV dividida en 4 dosis.	



Manejo de apoyo para la neumonía:

- ✓ Se deberá alimentar durante la enfermedad al niño. Si es menor de 6 meses continuar alimentándolo solo con pecho materno. Si tiene 6 meses o más continuar con pecho y dar otros alimentos. Si tiene poco apetito ofrecer alimentos en pequeñas cantidades y más seguido.
- ✓ Deberán los padres dar más líquido, como leche, agua, frescos, té, etc.
- ✓ Recomendar o prescribir cocimientos de hierbas como té de limón, eucalipto, flor de sauco, hojas de mango, miel de abeja, etc. Explicar que son remedios caseros saludables.
- ✓ Como personal de salud hay que explicar a los padres acerca de la necesidad de limpiar la nariz: Los padres o el cuidador en su defecto, deberán extraer de las fosas nasales cualquier secreción espesa; si tiene la nariz tapada, aplicar 2 gotas de solución salina o agua hervida tibia con un poco de sal en cada fosa nasal y limpiar con un paño suave de 4-5 veces al día.
- ✓ Los padres no deben dar jarabes para la tos o remedios no recetados por el personal de salud. La tos es una manera que tiene nuestro cuerpo para limpiar las vías respiratorias y evitar que la flema o los microbios lleguen a los pulmones.
- ✓ Los padres tendrán que acudir a su centro de salud después de dos días si el niño se le diagnosticó con neumonía o 5 si era tos o resfriado.
- ✓ Si es necesario se dará para la fiebre Acetaminofén 10-15mg/kg/dosis.
- ✓ Se tiene que aclarar a los padres que los antibióticos no sirven en caso de tos o resfriado, para evitar la automedicación y mejorar su conocimiento.
- ✓ Los padres deben de cumplir con las medidas de higiene como el lavado de manos, ventilación de la casa e higiene del hogar.



Prácticas Inadecuadas usualmente realizadas por los padres y que deben evitar:

- Orientar a los familiares que no apliquen medicamentos a base de mentol o de alcanfor, cerca de la boca o nariz. Esos productos sólo son para frotaciones.
- Los padres no deben frotar la piel con kerosén o gas, ni darlo tragado. Puede provocar graves quemaduras y producir intoxicaciones.
- En niños en general, ya no se debe aconsejar las vaporizaciones, porque se ha visto que no mejoran la tos, cuestan energía y trabajo y pueden ocasionar accidentes (quemaduras).
- Los medicamentos con vitamina C no previenen ni curan la gripe o neumonía. ⁽¹⁾

Bronquiolitis: Esta es una enfermedad infecciosa del aparato respiratorio, la cual cursa con diferentes grados de severidad. Tiene mayor prevalencia en niños menores de 1 año y afecta primordialmente los bronquiolos terminales y respiratorios. Cursa con cuadro obstructivo de vías periféricas con tos, espiraciones prolongadas, sibilantes y dificultad respiratoria. ⁽¹²⁾

Etiología: Esta enfermedad es multicausal, pero con una prevalencia del 80% por el Virus Sincitial Respiratorio (VRS). Otros agentes involucrados son: Parainfluenza, Adenovirus tipo 3, 7 y 21. Rinovirus, virus influenza y parotiditis, también se ha implicado la Parainfluenza. El VSR predispone a infecciones virales y bacterianas y compromete a los pacientes inmunodeprimidos teniendo una severidad mayor en estos pacientes. ⁽¹²⁾

Epidemiología: Afecta en meses como noviembre y marzo. Su diseminación generalmente es intrafamiliar, alcanzando a infectar en casos severos a 45% de los integrantes de la familia. Afecta a niños en un 29.5%. 1-2 de cada 100 lactantes tendrá que ser ingresados a hospitales por esta enfermedad. ⁽¹²⁾

Cuadro clínico: Generalmente inicio como un cuadro catarral, los signos severos aparecen posterior a los 2-3 días. Hay tos, disnea, aumento de la frecuencia respiratoria 50-80 por minuto, fiebre y malestar general. La tos es corta, hay anorexia, puede haber algún grado leve de cianosis. ⁽¹²⁾



Su diagnóstico se puede hacer a través de radiografía de tórax, biometría hemática completa, gasometría, en la cual habrá PaCo₂ disminuida. ⁽¹²⁾

Tratamiento: Para disminuir la fiebre se debe de administrar acetaminofén 15mg/kg cada 6 horas y medios físicos si la temperatura >38.5 °C. ⁽¹²⁾

Debido a la dificultad respiratoria, es contraindicado en algunos casos la vía oral, es por ende que el equilibrio hidroelectrolítico, hidratación y fármacos se debe de administrad por vía IV. Es necesario valorar la FiO₂ para iniciar oxigenoterapia. Se puede hacer uso de los broncodilatadores beta-2-adrenérgicos, pero su respuesta es variable. Según estudios realizados, el uso de corticoesteroides no han tenido una respuesta suficientemente grande en la modificación de esta enfermedad, pero en casos graves el uso de estos fármacos en ciclos cortos de 5-7 días han disminuido la inflamación de forma efectiva. Se ha propuesto el uso de la adrenalina (L-epinefrina) para el tratamiento de esta patología, esta se nebuliza a razón de 4cc de adrenalina al 1 x 1,000. Pero se requieren de mayores estudios para ver su utilización antes de utilizarlo como tratamiento de rutina en la bronquiolitis. ⁽¹²⁾



II. **Conceptos generales sobre conocimientos y prácticas.**

Los Conocimientos pueden ser adquiridos de diferentes maneras, algunos tipos de conocimiento son los siguientes:

Conocimiento vulgar: Es el modo común, corriente y espontáneo de conocer. Es el que se adquiere en el trato directo con los hombres y las cosas, y que se posee sin haberlo buscado o estudiado, sin aplicar un método científico y sin haberlo reflexionado. Se caracteriza por ser predominantemente superficial, sensitivo, no sistemático y acrítico.

Conocimiento ordinario: Es el que se adquiere del primer contacto con la realidad sin ninguna intencionalidad sistematizada. Es la primera apreciación de las cosas y de los hechos.

Conocimiento holístico: Es el conocimiento que se deriva de todas las observaciones e interpretaciones consideradas para entender las relaciones entre los elementos de un todo o sistema. ⁽²¹⁾

Prácticas: Se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto. ⁽²¹⁾

En cuanto a la relación entre el conocimiento y la práctica, se trata de un vínculo muy estrecho que existe entre la ejecución de una acción (práctica), que es adquirida previamente a través de un conocimiento adquirido de cualquier manera, y por lo tanto según la calidad del conocimiento, las acciones pueden ser beneficiosas, perjudiciales o que simplemente no tener significancia.



“Conocimientos y prácticas de las madres sobre las IRA, en relación a la búsqueda de la salud de los niños”

En cuanto a las prácticas realizadas por los padres y/o cuidadores para el mejoramiento y el bienestar de sus hijos, están en dependencia de los conocimientos previos de los mismos y en gran medida de la capacitación proporcionada a los padres por el personal de salud de todas las unidades de salud del país.



Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo mediante Encuesta*

Área de estudio: Se realizó en el territorio del Puesto de Salud: “Rubén Darío” correspondiente al SILIAIS – León, ubicado en el Reparto Rubén Darío, al sureste de la Ciudad de León.

El territorio del Puesto de Salud: “Rubén Darío” tiene como límites, al norte: camino a “Los Leches Cuajos”, al sur: Escuela Agraria, al este: Corporación “El Ayudante” y al oeste: Carretera By Pass.

Población de estudio: Fueron las 508 madres de niños y niñas menores de 5 años registrados en el Puesto de Salud “Rubén Darío” y/o las personas que se encargaban del cuidado de estos niños.

Muestra: Tamaño: se calculó la muestra con el programa “EpiDat 3.1” utilizando los siguientes parámetros: Tamaño poblacional: 508; proporción esperada de madres con conocimientos: 33% (Lira y Colaboradores ⁽¹¹⁾). Nivel de confianza del 95%. y una precisión del 5%, dando como resultado 204 madres o cuidadoras de niños menores de 5 años. (Ver ANEXO 1)

Procedimiento de muestreo: Las mujeres a ser incluidas en la muestra se seleccionaron siguiendo la técnica de muestreo aleatorio simple. A cada una de las 508 mujeres se le asignó un número, y luego, mediante números aleatorios generados por computadora, utilizando el programa “EpiDat 3.1”, se seleccionaron las 204 que fueron entrevistadas. (Ver ANEXO 2).

En los casos en que la madre tenía más de un niño, al azar se seleccionaba uno de ellos, sobre quien se enfocará las preguntas.

* **Estudios de Encuesta:** son un tipo de estudio descriptivo y son propios de las primeras etapas del desarrollo de una investigación y con ellos recogemos datos que preparan el camino para nuevas investigaciones.



Instrumento de recolección de datos: Consistía en un cuestionario. Las preguntas relativas a conocimientos generalmente tenían la siguiente modalidad: en un primer momento, eran abiertas. Las respuestas correctas eran entonces registradas. Cuando las madres no sabían, o cuando respondían incorrectamente, el entrevistados pasaba a darles la respuesta, preguntándole que si había oído o no esa información. Se registraba entonces si habían oído, o si no habían oído, sobre la respuesta correcta.

El cuestionario fue sometido a un pilotaje con 20 madres de niños menores de 5 años, que no estaban en la muestra. Se encontró una buena comprensión de las preguntas, aunque algunas fueron mejoradas en base a esta experiencia.

Procedimiento de Recolección de la Información: Se realizó mediante entrevistas.

Las preguntas sobre prácticas ante casos de IRA se realizaron sólo a mujeres cuyos hijos hubieran tenido este tipo de enfermedad, en los seis meses previos a la encuesta.

Fuente de Información: Primaria, mediante entrevistas personales.

Consideraciones Éticas: Se les solicitó a las madres su participación voluntaria en el estudio y se les explico que la información recolectada iba a ser de uso confidencial y sólo para uso metodológico.



Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES
Conocimientos	<p>Para cada aspecto de las preguntas: porcentaje de madres o cuidadoras que contestaron las inquietudes con respecto a las IRA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se consideró como <u>buen conocimiento</u>: a todas aquellas personas que contestaron correctamente de manera espontánea o al mencionárselo, y se le asignó un valor de 1.• Se consideró <u>mal conocimiento</u>: aquellas madres o tutoras que respondieron de manera espontánea o no que no sabían, y se le asignó un valor de 2. <p>Mientras más puntaje se acumulaba en cada acápite más errónea se hacía el conocimiento.</p>
Prácticas	<p>Porcentaje de madres o cuidadoras que la última vez que su niño tuvo una IRA, realizó las mejores acciones en pro del bienestar del niño(a) y siguió las recomendaciones dadas por las instituciones de Salud ya establecidas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llevaron a sus hijos donde el médico cuando tuvieron síntomas compatibles con neumonía• Le dieron antibiótico por su cuenta• Le dieron otros medicamentos por su cuenta.• Cumplen el tratamiento prescrito por el médico.

Se les dio la oportunidad de equivocarse en 2 respuestas y seguir siendo un buen conocimiento, al final, se asignará para cada grupo de preguntas un 1 si en puntaje estuvo dentro de la asignación correspondiente para cada pregunta. El conocimiento global será el promedio de los resultados de cada grupo de conocimientos.



RESULTADOS

Descripción de la población estudiada

Las 204 mujeres entrevistadas se hallaban entre las edades de 17 y 40 años, encontrándose más de la mitad de la población entre 17 y 25 años de edad (56.4%). La mayoría tenían una educación secundaria (47.5%). (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución porcentual de madres según edad y escolaridad. Reparto Rubén Darío, 2013.

DATOS GENERALES	% (n=204)
EDAD	
17 a 25	56.4
26 – 33	33.8
34 a 40	9.8
ESCOLARIDAD	
Ninguno	8.3
Primaria	32.4
Secundaria	47.5
Universitario	11.8
TOTAL	100.0

La distribución de los niños incluidos en el estudio, según edad, se encuentran en la (Tabla 2).

Tabla 2: Edades de los hijos(as) de las madres encuestadas. Reparto Rubén Darío, 2013.

EDAD EN MESES	% (n=204)
0 a 12	28.4
13 a 24	25.5
25 a 36	14.7
37 a 48	17.6
49 a 60	13.7
TOTAL	100.0



Conocimientos

Al preguntarle a las madres qué enfermedades respiratorias agudas conocían, la más mencionada fue la neumonía (74.5%), y la menos mencionada fue la otitis media (2.9%), que es también de la que menos habían escuchado. Información más detallada al respecto se presenta en la tabla 3.

Tabla 3: Reconocimiento de enfermedades que forman parte de las IRA porcentuales, según las madres encuestadas. Reparto Rubén Darío, 2013.

ENFERMEDADES	Menciona	Ha escuchado	No sabe ni ha escuchado	TOTAL (n=204)
	%	%	%	%
Neumonía	74.5	20.1	5.4	100.0
Bronquitis	37.7	42.2	20.1	100.0
Resfriado Común	54.4	31.4	14.2	100.0
Otitis Media	2.9	28.4	68.6	100.0

Nota: Evaluación de buen y mal conocimiento en Anexo .3; Tabla 2.

En cuanto a los síntomas de las infecciones respiratorias agudas, la disnea fue el síntoma más conocido, pues 89.2% lo mencionaron o al menos había escuchado acerca del mismo. Los estertores fue el signo menos conocido (Tabla 4).

Tabla 4: Porcentaje de reconocimiento de signos y síntomas que forman parte del cuadro clínico de las IRA. Reparto Rubén Darío, 2013.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	Menciona	Ha escuchado	No sabe ni ha escuchado	TOTAL (n=204)
	%	%	%	%
Taquipnea	59.3	27.0	13.7	100.0
Disnea	50.5	38.7	10.8	100.0
Congestión Nasal	44.1	43.1	12.7	100.0
Estertores	13.2	34.8	52.0	100.0
Disfagia	35.3	33.8	30.9	100.0

Nota: Evaluación de buen y mal conocimiento en Anexo .3; Tabla 2.



Respecto a las acciones que las madres consideran útiles para prevenir la aparición de las infecciones respiratorias agudas, la lactancia materna fue la más mencionada (38.7%) y un 41.2% que lo había escuchado. Mientras que la vitamina A, se mencionó apenas un 2.5% y ha escuchado un 30.4% de las madres entrevistadas. (Tabla 5).

Tabla 5: Porcentaje de acciones que reconocieron las madres como ideales para prevenir las IRA. Reparto Rubén Darío, 2013.

ACCIONES	Menciona	Ha escuchado	No sabe ni menciona	TOTAL (n=204)
	%	%	%	%
Lactancia Materna	38.7	41.2	20.1	100.0
Vacunas	30.4	29.9	39.7	100.0
Proteger de irritantes	37.7	23.0	39.2	100.0
Vitamina A	2.5	30.4	67.2	100.0

Nota: Evaluación de buen y mal conocimiento en Anexo .3; Tabla 2.

Las madres refieren saber que las acciones que consideraron ideales para manejar las infecciones respiratorias agudas fueron abrigar al niño, que predominó mencionándolo un 55.9% y un 35.3% que lo había escuchado. Mientras que protegerlo del humo fue la acción menos mencionada. (Tabla 6).

Tabla 6: Porcentaje de acciones que conocían las madres como ideales para manejar las IRA. Reparto Rubén Darío, 2013.

ACCIONES	Menciona	Ha escuchado	No sabe ni ha escuchado	TOTAL (n=204)
	%	%	%	%
Buscar atención médica	67.6	19.1	13.2	100.0
Abrigar al niño	55.9	35.3	8.8	100.0
Alimentar bien al niño	47.5	39.2	13.2	100.0
Tratar la fiebre	58.8	19.1	22.1	100.0
Proteger del humo	27.5	31.4	41.2	100.0

Nota: Evaluación de buen y mal conocimiento en Anexo .3; Tabla 2.

Cuando se preguntó acerca de los signos y síntomas de una IRA complicada, las madres identificaron en primer lugar con un 70.1% la fiebre elevada de manera



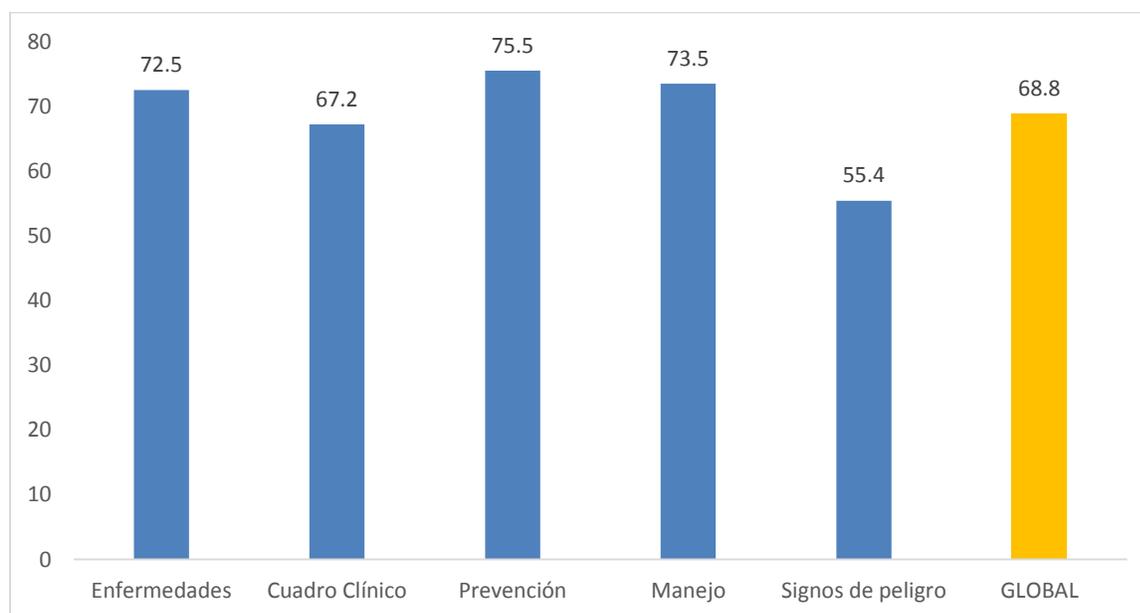
espontánea y un 16.2% que lo había escuchado. El aleteo nasal fue el signo menos identificado por las madres, mencionándolo de manera directa un 3.4% de la población y un 47.5% refirió haberlo escuchado. (Tabla 7).

Tabla 7: Porcentaje de reconocimiento de signos y síntomas que indican que una IRA es complicada, según las madres encuestadas. Reparto Rubén Darío, 2013.

SIGNOS Y SINTOMAS	Si Menciona	Ha escuchado	No sabe ni ha escuchado	TOTAL (n=204)
	%	%	%	%
Taquipnea	49.0	27.0	24.0	100.0
Disnea	32.4	42.2	25.5	100.0
Estertores	18.1	33.3	48.5	100.0
Tiraje	35.8	32.8	31.4	100.0
Anorexia	43.6	31.9	24.5	100.0
Somnolencia	21.6	40.7	37.7	100.0
Vómitos	22.5	42.2	35.3	100.0
Aleteo	3.4	47.5	49.0	100.0
Cianosis	24.5	26.0	49.5	100.0
Fiebre elevada	70.1	16.2	13.7	100.0

Nota: Evaluación de buen y mal conocimiento en Anexo .3; Tabla 2

Gráfico 1: Distribución porcentual de conocimientos buenos para cada grupo de evaluado y el conocimiento global. Reparto Rubén Darío, 2013.



Nota: Más información en Anexo .3; Tabla 1.



Prácticas

De los 204 niños en el estudio, 109 (53.4%) había presentado un cuadro clínico compatible con neumonía, en los 6 meses previos a la encuesta. Estos 109 niños fueron tomados para indagar sobre las prácticas.

Al preguntar si las madres habían o no buscado atención para sus niños enfermos, de las 109 madres con niños con sintomatología propia de neumonía, 87 (79.8%) buscó algún tipo de ayuda para la atención de sus hijos. (Tabla 8).

Tabla 8: Porcentaje de niños que recibieron algún tipo de ayuda. Reparto Rubén Darío, 2013.

Buscó atención	% (n=109)
Si	79.8
No	20.2
	100.0

Entre las 87 madres que buscaron ayuda, la mayoría buscó ayuda médica propiamente dicha, en un centro de salud (77%) y la minoría buscó atención en personal no profesional como curanderos (1.8%). (Tabla 9).

Tabla 9: Porcentaje de niños que recibieron ayuda, según el tipo de atención que recibió. Reparto Rubén Darío, 2013.

Persona o Lugar	% (n=87)
Centro de salud	77.0
Farmacia	26.6
Casa base	15.6
Médico privado	8.3
Curandero	1.8

Nota: a) Algunas mujeres buscaron atención en más de un lugar; b) Clasificación como buena o mala práctica en Anexo .3; Tabla 5.

Con respecto a las acciones que las madres realizaron para manejar la neumonía, las más comunes fueron bajar la fiebre y estimular la alimentación (87.2 y 82.6% respectivamente) (tabla 10). Entre las que mencionaron la administración de abundantes



líquidos, los tipos de líquidos usados fueron los siguientes: agua: 75.2%, suero oral: 66.1%, refrescos: 34.9%; cocimientos: 20.2%.

Tabla 10: Porcentaje de madres que realizaron determinadas acciones para el mejoramiento de sus hijos. Reparto Rubén Darío, 2013.

ACCIONES	% (n=109)
Bajar la fiebre	87.2
Estimular la alimentación	82.6
Abundantes líquidos	68.8
Tratamiento prescrito	68.8
Abrigo	67.9
Evitar sustancias irritantes	39.4

Nota: a) Algunas mujeres refirieron hacer más de una acción; b) Clasificación como buena o mala práctica en Anexo .3; Tabla 4 y 5.

De las 109 madres cuyos hijos habían tenido síntomas de Neumonía, 41 (37.6%) refirieron haber automedicado a sus hijos cuando estos presentaron síntomas compatibles con neumonía. Los medicamentos más usados fueron los antipiréticos (85.3%). Los antihistamínicos fue el grupo farmacológico menos usados por las madres, por cuenta propia (Tabla 11).

Tabla 11: Porcentaje de madres que administraron por su cuenta determinados medicamentos a sus hijos, cuando tuvieron síntomas compatibles con neumonía. Reparto Rubén Darío, 2013.

Medicamentos	% (n=41)
Antibióticos	26.9
Expectorantes	46.3
Antipiréticos	85.3
Antihistamínicos	4.9
Remedios caseros	63.4

Nota: Evaluación de buen y mal conocimiento en Anexo .3; Tabla 7 y 8.



DISCUSIÓN

Teniendo ya un análisis detallado de las variables previamente planteadas, se logró tener una idea general del comportamiento de las madres o tutoras ante las IRA de los niños menores de 5 años en el sector correspondiente al Centro de Salud Rubén Darío al período estudiado.

Al hablar del conocimiento de las madres de manera global sobre las infecciones respiratorias agudas, se determinó que más de la mitad de ellas tenían buen conocimiento. Se evaluaron 5 grandes grupos de conocimientos acerca de las características propias de las IRA (enfermedades que lo conforman, cuadro clínico, prevención, tratamiento y signos de peligro), los conocimientos fueron en su gran mayoría muy buenos lo que se asemeja a los resultados encontrados en un estudio tipo encuesta realizado en los municipios de Larreynaga y Santa Rosa del Peñón en el año 2012. Sin embargo, los conocimientos sobre los signos de peligro de las IRA en este estudio aunque son buenos en poco más de la mitad de la población, no superan a los resultados encontrados en el estudio de Larreynaga, tomándose como referencia la taquipnea, fiebre elevada, vómitos, convulsiones, etc.⁽¹¹⁾

Las prácticas generales que las madres realizaron cuando sus hijos tenían neumonía, favorecieron el mejoramiento y la evolución apropiada de la patología, se encontró en este estudio que las madres en su mayoría tuvieron adecuadas prácticas y preferiblemente buscaron un personal médico profesional, resultados semejantes a los que se encontraron en el estudio de Larreynaga y Santa Rosa del Peñón, citado anteriormente. En cuanto a la rehidratación oral, nuestra población las mostró satisfactorias, lo que también se asemejó al estudio en comparación. ⁽¹¹⁾

Con relación a las prácticas que realizaron las madres, podemos observar que en ambos grupos en estudio se observaron altas cifras de madres que automedicaban a sus niños, habiendo una diferencia con los fármacos utilizados; en la investigación realizada por Engström, Jonas se observó a gran número de madres que dieron antibióticos, mientras que en este estudio resultaron ser los antipirético y expectorantes los más utilizados por las madres para buscar la mejoría clínica de sus hijos. ⁽²²⁾



CONCLUSIONES

1. El conocimiento y prácticas de las madres del Barrio Rubén Darío, demostró ser bueno y adecuado.
2. Las madres manejan los aspectos básicos del grupo de patologías que conforman las IRA.
3. La población estudiada tiene bajo conocimiento sobre los signos de peligro que las IRA puede desencadenar en la salud de sus hijos.
4. Se observó que las madres tienen prácticas adecuadas respecto a prevención y manejo, sin embargo existe un alto número que practican la automedicación.



RECOMENDACIONES

- 1- Promover charlas informativas a los padres de familia en los centros y puestos de salud sobre las IRA y diversas enfermedades que puedan padecer sus hijos.
- 2- Brindar información objetiva con lenguaje adecuado al nivel académico de las futuras madres durante los controles pre y postnatales sobre los factores de riesgo a IRA para sus bebés.
- 3- Explicar los signos de peligro de una forma didáctica a las madres y/o tutores de niños acerca de IRA para su respectivo reconocimiento y atención precoz.
- 4- Concientizar a la población acerca de la necesidad de acudir a centros y/o puestos de salud para la atención médica adecuada y capacitada correctamente.
- 5- Hacer conciencia sobre los riesgos de la automedicación a niños enfermos mediante charlas casa a casa, antes y durante la consulta médica a la población.
- 6- Orientar a la población a discontinuar el uso de remedios caseros no prescritos, así evitando que los niños presenten complicaciones que puedan ser prevenibles con el tratamiento médico adecuado.
- 7- Proporcionar cifras actualizadas al MINSA acerca del elevado nivel de madres que automedican a sus hijos para que se tomen medidas pertinentes y así disminuir la morbi-mortalidad en los niños menores de 5 años debido a las IRA.



A N E X O S



ANEXO .1

Se calculó la muestra con el programa “EpiDat 3.1”

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Tamaño poblacional: 508
 Proporción esperada: 33.000%
 Nivel de confianza: 95.0%
 Efecto de diseño: 1.0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5.000	204

ANEXO .2

Muestreo aleatorio simple calculado con el programa “EpiDat 3.1”

```
[1] Muestreo simple aleatorio
    Tamaño poblacional: 508
    Tamaño de muestra: 204
Número de los sujetos seleccionados

     3      4      13      15      17      19      21
    27      28      31      32      35      37      38
    39      41      42      49      50      53      54
    58      59      60      61      62      67      72
    75      77      80      82      83      85      88
    92      93      96      98      100     104     105
   108     110     111     115     120     122     124
   127     130     134     136     140     146     148
   151     152     154     155     162     164     166
   168     172     175     176     178     181     182
   183     184     188     189     197     201     206
   208     209     216     217     222     226     228
   233     234     238     239     240     242     243
   244     247     249     250     251     253     254
   255     258     264     266     269     270     278
   280     281     282     284     285     286     287
   289     290     295     297     298     299     301
   306     308     316     320     321     323     324
   325     327     333     334     337     338     339
   342     343     351     354     361     363     366
   369     372     373     378     385     386     387
   388     389     394     395     396     398     399
   402     403     404     405     406     410     412
   418     420     422     424     428     429     432
   435     436     437     438     439     441     444
   447     449     450     451     453     457     458
   459     460     461     463     466     467     469
   470     473     477     482     486     487     490
   492     494     500     502     503     504     505
   508
```



ANEXO .3

Tabla 1: Promedio de conocimiento global de madres y/o tutoras sobre IRA. Residentes del territorio P/S Rubén Darío, 2013. (n=204)

CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE IRA	
	%
Buen conocimiento	68.8
Mal conocimiento	31.2
TOTAL	100.0

Tabla 2: Porcentajes de conocimientos específicos para cada acápite sobre IRA. Residentes del territorio P/S Rubén Darío, 2013. (n=204)

CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS SOBRE IRA (%)					
	Enfermedades que la conforman	Cuadro clínico	Formas de prevención	Formas de manejarlas	Signos de peligro
Buen Conocimiento	72.5	67.2	75.5	73.5	55.4
Mal Conocimiento	27.5	32.8	24.5	26.5	44.6
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 3: Porcentajes de madres con hijos que tuvieron neumonía y que buscaron ayuda de forma general. Residentes del territorio P/S Rubén Darío, 2013. (n=109)

PRÁCTICAS CON RESPECTO A LAS IRA	
Búsqueda de atención	%
Si	79.8
No	20.1
TOTAL	100.0



Tabla 4: Porcentajes de madres con hijos enfermos que buscaron ayuda adecuada. Residentes del territorio P/S Rubén Darío, 2013. (n=87)

PRÁCTICAS CON RESPECTO A LAS IRA	
Búsqueda de atención	%
Si	96.5
No	3.5
TOTAL	100.0

Tabla 5: Porcentajes de madres que rehidratan a hijos con neumonía de manera adecuada. Residentes del territorio P/S Rubén Darío, 2013. (n=109)

PRÁCTICAS CON RESPECTO A LAS IRA	
Rehidratación Oral	%
Adecuada	83.5
Inadecuada	16.5
TOTAL	100.0

Tabla 6: Porcentajes de madres que realizaron adecuadas acciones con los niños con neumonía. Residentes del territorio P/S Rubén Darío, 2013. (n=109)

PRÁCTICAS CON RESPECTO A LAS IRA	
Manejo general de la neumonía	%
Adecuado	74.3
Inadecuado	25.7
TOTAL	100.0

Tabla 7: Porcentajes de madres que automedicaron a sus niños enfermos. Residentes del territorio P/S Rubén Darío, 2013. (n=109)

AUTOMEDICACIÓN	
	%
Si (Mala práctica)	37.6
No (Buena práctica)	62.4
TOTAL	100.0



Tabla 8: Porcentajes de madres que automedican a hijos según la naturaleza del tratamiento proporcionado. Residentes del territorio P/S Rubén Darío, 2013. (n=41)

Automedicaron	Antibiótico	Expectorante	Antipirético	Antihistamínico	Casero
No	73.2	53.7	14.6	95.1	36.6
Si	26.8	46.3	85.4	4.9	63.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0



ANEXO .4

CUESTIONARIO

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Estudio sobre el conocimiento y las prácticas de las madres o cuidadores niños menores de 5 años sobre las Infecciones Respiratorias Agudas, con el cual pretendemos mejorar los planes educativos en la población, según los resultados de esta investigación. La información brindada en esta encuesta es totalmente confidencial.

N° de Ficha _____

I. DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? _____
2. ¿Cuántos meses cumplidos tiene el niño? _____ meses
3. ¿Usted fue a la escuela? (Anoté "0" si no fue a la escuela) y el número de año según su categoría en el cuadro vacío.

Ninguna	0	
Primaria	1	
Secundaria	2	
Universidad	3	

III. CONOCIMIENTOS SOBRE IRA

Si menciona (1)
Si ha escuchado (2)
No sabe (3)

4. ¿Qué enfermedades sabe usted que conforman las infecciones respiratorias agudas? (Espere respuesta espontánea y marque con una X si menciona cada síntoma en el cuadro. Sino las que no mencione, preguntar: ¿Ha oído hablar que la... forma parte de las IRA? (léale cada inciso que ella no haya mencionado).

Enfermedades	(1)	(2)	(3)
Neumonía			
Bronquitis			
Resfriado común (...catarro, gripe)			
Otitis media			

5. ¿Qué síntomas hacen pensar que un niño puede tener una enfermedad respiratorias? (Espere respuesta espontánea y marque con una X si menciona cada síntoma en el cuadro. Para las que no mencione, preguntar: ¿Ha oído hablar que las IRA hace que...? (léale cada inciso que ella no haya mencionado).



Síntomas	(1)	(2)	(3)
Respiración rápida			
Disnea (...el niño tenga cansancio)			
Estornudos, nariz tapada y mocos			
Estertores			
Dolor de garganta			

6. ¿Qué se puede hacer para prevenir las IRA, o sea, para disminuir el peligro de que a los niños les de IRA? (Espere respuesta espontánea y marque con una X si menciona o no cada acción en el cuadro. Para las que no mencione, preguntar: ¿Ha oído que es útil...? (léale cada acción que ella no haya mencionado).

Acciones	(1)	(2)	(3)
Lactancia materna (...alimentar con pecho al niño)			
Que el niño tenga las vacunas al día			
Protegerlo del humo de leña o de cigarrillo			
Darle vitamina A			

7. ¿Cuáles son las acciones más adecuadas para el manejo de la IRA? (Espere respuesta espontánea y marque con una X si menciona. Para las que no mencione, preguntar: ¿Ha oído que es adecuado...? (léale cada acción que ella no haya mencionado).

Acciones	(1)	(2)	(3)
Llevarlo donde el medico			
Mantenerlos abrigados			
Alimentar y dar líquidos en abundancia			
Tratar la fiebre con acetaminofén y medios físicos			
Alejarlos del humo de tabaco o fuego para cocinar			

8. ¿Cuándo considera que una IRA es complicada? (Espere respuesta espontánea y marque con una X si menciona. Para las que no mencione, preguntar: ¿Ha oído que la Neumonía es peligrosa cuando...? (léale cada acción que ella no haya mencionado).

Síntomas	(1)	(2)	(3)
Respiración rápida			
Disnea (...el niño tenga cansancio)			
Estertores (...el niño tenga ruidos en el pecho)			
Tiraje (...al niño se le hunde la piel entre las costillas)			
No Come			
Anormalmente somnoliento (...al niño le da mucho sueño)			
Vomita todo			
Aleteo nasal (...al niño le aletea la nariz)			
Cianosis (...al niño se le ponen morados los labios)			
Fiebre			



III. PRÁCTICAS PARA EL MANEJO Y PREVENCIÓN DE LAS IRA

9. ¿Alguna vez su niño ha tenido Disnea, Frecuencia respiratoria rápida, Fiebre y Estertores? (Si la respuesta es Sí conteste las demás preguntas, si la respuesta es No le agradecemos su participación)

- (1) Si ___
 (2) No ___

10. ¿Hace cuánto tuvo neumonía? (Marque el tiempo en semanas) _____

11. ¿Cuándo el niño tuvo neumonía (la última vez) buscó atención?

- (1) Si ___
 (2) No ___ *Pase a pregunta 13

12. ¿Dónde quién buscó atención? Léale las opciones:

Lugares o personas	Si (1)	No(2)
Curandero		
Brigadista, casa base		
Farmacia		
Centro de salud		
Médico privado		

13. ¿Cuáles fueron sus prácticas a seguir para el mejoramiento de su hijo(a)? (Espere respuesta espontánea y marque con una X si menciona o no cada acción en el cuadro.

Acciones	Menciona	
	Si (1)	No (2)
¿Mantenerlo abrigado?		
¿Incentivarlo para alimentarse?		
¿Proporcionarle abundantes líquidos? *Conteste pregunta 16		
¿Alejarlo del humo de tabaco o fuego para cocinar?		
¿Tratar la fiebre con acetaminofén y medios físicos?		
¿Cumplir con el tratamiento prescrito por un médico?		

13. ¿Le dio por su cuenta algún medicamento?

- (1) Si ___ *Conteste pregunta 14
 (2) No ___

14. ¿Qué medicamentos le dio? Anotar: _____



15. (Revise y anote naturaleza de los medicamentos dados por su cuenta):

Naturaleza	Si (1)	No(2)
Antibiótico		
Antitusivo, expectorantes		
Antipirético		
Antihistamínicos		
Naturales, caseros		

16. ¿Qué tipo de líquidos le administró?

Líquidos	Si(1)	No(2)
Suero Oral		
Agua		
Refrescos		
Cocimientos		
Otros líquidos		

Nota: Las respuestas en cuadros 1 y 2 serán tomadas como buen conocimiento o práctica y se les asignará 1 punto, respuestas en cuadro 3 se interpretará como mal conocimiento o práctica y se asignará 2 puntos.



ANEXO .5

Guía: ¿Qué debe saber las madres y cuidadoras respecto a las IRA y su prevención, diagnóstico y cuidado?

-  La tos y el catarro (rinorrea) son síntomas que pueden indicar algo más grave como Neumonía.
-  La Neumonía puede causar la muerte.
-  Las IRA son enfermedades que contraen los niños muy frecuentemente.
-  La lactancia materna al menos durante los primeros 6 meses de vida del niño, contribuye a prevenir la Neumonía.
-  La exposición al humo de tabaco y fuego para cocinar, pueden colaborar la aparición de las IRA.
-  Los niños(as) con IRA, deben garantizárseles abrigo, alimentación y la ingesta de líquidos en abundancia.
-  La fiebre debe ser contrarrestada con acetaminofén y medios físicos (pasarle una esponja o bañarlos con agua al tiempo, nunca fría).
-  Cuando el niño respira muy rápido o con dificultad, es necesario llevarlo inmediatamente a un centro de salud.
-  Seguir siempre las indicaciones y tratamiento proporcionados por el médico tratante.
-  Signos de alarma para las IRA:
 - ✓ Respiración rápida:

Edad	Respiraciones
2 a 12 meses	>50 rpm
1 a 5 años	>40 rpm

- ✓ Dificultad respiratoria (jadeo, cabeceo, respira con la boca abierta)
- ✓ Tos por más de 2 semanas.



“Conocimientos y prácticas de las madres sobre las IRA, en relación a la búsqueda de la salud de los niños”

- ✓ Parte inferior del pecho del niño se hunde cuando respira (tiros y tiraje).
- ✓ Dificultad para deglutir leche materna o líquidos.
- ✓ Niño vomita con frecuencia.



La Vitamina A ofrece protección contra las IRA.



El niño debe recibir su esquema completo de vacunación que le es ofrecido en su centro de salud.

Fuente: Para la vida. Tercera edición. UNICEF, OMS y UNESCO, 2002. ISBN: 92-806-3666-9. La tos, los catarras y otras enfermedades graves. Págs. 87 – 93.



Referencias Bibliográficas

1. G. Gonzales. AIEPI- guía para el abordaje de las enfermedades más comunes de la infancia y la malnutrición (AIEPI), Managua, Pág. 99-113. Enero 2009, MINSA, Nicaragua.
2. J. Behrman. M. Kliegman, J. Hal. Nelson- tratado de pediatría, 17ava edición, Pag. 1342-1345, editorial Elseiver.
3. Betrán, M. Cardozo. Sesin M y col. Neumonía en niños, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. (110), pag 8-11. Noviembre 2001.
4. L. Waisblatt, L. Zeniquel, N. Vispo y col. Revista de posgrado de la Cátedra Vía Medicina (110), Consenso de Neumonía adquirida en la comunidad. Noviembre 2001 RevChilEnfRespir. 1999; 15: 107-9.
5. Alvares. Neumonía adquirida en la comunidad en niños. RevChilInfect. 2003; 20 (Supl 1) s59-s62 Aplicabilidad de las guías clínicas. Juan de Dios, Chile. <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v20s1/art10.pdf> Citada: 18-3-2013
6. MD. Agudelo B. MD Neumonía adquirida en la comunidad en niños, Colombia. http://www.scp.com.co/precop/files/modulo_10_vin_3/10-3_neumonia.pdf Citada: 18-3-2013
7. Revista Cubana de Medicina General Integral. Versión On-line ISSN 1561-3038. Ciudad de La Habana mar.-abr. 2000.
8. V. Burgoa, Salas. A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. La Paz. Bolivia. 2008. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000200002&script=sci_arttext citada 19-3-2013.
9. C. Victoria. Factores de Riesgo en las IRA bajas. Sección I. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi1-1-3.pdf> Citada: 4-4-2013
10. Pérez. A, Rivas. N. Conocimientos de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para infecciones respiratorias agudas (IRA) que motiven a llevar al niño menor de 1 año al centro de salud. Tesis para optar al grado de Lic en enfermería. Valdivia-Chile. 2009. Universidad Austral de Chile.



- <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmp438c/doc/fmp438c.pdf> Citada 19-3-2013.
11. M. Lira, R. López. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas agudas y neumonía, en madres de dos municipios del Departamento de León, en el año 2012. UNAN-León. Tesis para obtener el título de pregrado.
12. Correa. J. Fundamentos de Pediatría. Infectología y Neumología. Tomo II. Segunda edic. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín. Colombia. 1999.
13. Ruiz. E, Protocolo de Actuación ante el Resfriado Común. Centro de Salud el Progreso Badajoz. Pág 1-4. Mérida, Mx. 06-2010.
<http://www.areasaludbadajoz.com> Citada: 11-5-2013
14. Pérez. M, Bleuca, Mait. El Pediatra de Atención Primaria y la sinusitis. Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). 19 de Octubre 2006.
http://aepap.org/gvr/pdf/sinusitis_p_gvr_7_2006 Citada: 11-5-2013
15. Manual de Brigadistas. MANEJO DE CASOS COMUNITARIOS. Programa Comunitario de Salud y Nutrición. 2008.
16. S. Ochoa, Vilela Fernández M, Cueto Baelo M, y col. El grupo Español de Estudio de los Tratamientos Antibióticos. Adecuación del tratamiento la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica. An Pediatr (Barc). 2003; 59: 31-40.
17. Piñeiro. P. Hijano. B y col. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda Barcelona, España. Noviembre 2011; 75:342.e1-e13. Vol.75 núm 05.
<http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatra-37/articulo/documento-consenso-sobre-el-diagnostico-90035098?referer=buscador> Citada: 13-5-2013
18. ME. Pichichero, J Casey. Acute otitis media diases managment. – minerva Pediatr. 2003, Oct 55 (5): 415-38.
<http://www.geocities.com/amirhali/fpclass/IRA.htm>. Citada: 7-4-2013



19. M. Riquelme, C.I. Gásquez Abad, E. Mena Mateo, D. Mugarza Hernández. Otitis media aguda en una consulta de pediatría.
www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-5-6.pdf Citada: 13-5-2013
20. Ussurruno. R, Serrano. C, Corrales. S. Consenso Nacional sobre otitis media aguda. Publicado en Anales Pediátricos Barcelona. España. 2007; 66:603-10 vol. 66. Núm. 6.
21. F. Gisela. Ortiz. Diccionario de metodología de la investigación científica. Editorial limusa, México. 2004. ISBN: 968-18-6433-6). Pág. 34
22. E. Jonas. Respiratory Tract Infection Awareness and Health Seeking Behavior among Parents of Children under Five Years of Age in Rural Nicaragua. Uppsala University Medical School. 2012. Pág. 10.