

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN:

EMERGENCIAS Y DESASTRES



**CONOCIMIENTO DE MEDIDAS
PREVENTIVAS Y COMPORTAMIENTO
EPIDEMIOLÓGICO DE LAS EMERGENCIAS
RESPIRATORIAS DE POBLADORES
MAYORES DE 15 AÑOS QUE ACUDEN A LA
EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD
CHILCA, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

TESISTAS: Lic. Enf. Gladys Bertha ALDERETE QUISPE

Lic. Enf. Edith Silvia PARIONA SALAZAR

Lic. Enf. Lea TICLLASUCA HUAMAN

ASESORA: Dra. ROSALINDA RAMÍREZ MONTALDO

HUÁNUCO, PERÚ

2016

DEDICATORIA

Al Divino creador, por su infinito amor y bondad que nos ha permitido, a través de María y su Hijo, escuchar nuestras oraciones.

A nuestra madrecita la Virgen María, quien guía nuestros pasos, ilumina nuestra mente para la atención al paciente, a nuestros hijos y padres quienes son el motor de nuestra existencia.

Las autoras.

AGRADECIMIENTOS

Con profundo cariño y eterna gratitud a Dios por regalarnos la vida, porque es el ser quien siempre está a nuestro lado, aunque todo el mundo nos hubiese abandonado.

Nuestros más sinceros agradecimientos a nuestras familias quienes nos inspiran a seguir adelante y a conseguir nuestras metas personales, profesionales y civiles.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, por darnos la oportunidad de estudiar y titularnos en la especialidad de enfermería en emergencias y desastres.

A nuestros maestros por darnos toda su sabiduría en el cuidado al paciente en situación de emergencia.

A los pobladores quienes participaron en el estudio, especialmente quienes acudieron al servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca en el 2014, gracias por concedernos su permiso para el estudio.

A nuestros compañeros que de alguna manera nos impulsan a seguir adelante, con sus consejos y apoyo moral.

Las autoras.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas con el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden a la Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014. Fue un estudio prospectivo, analítico, transversal y observacional, con una población de 300, y la muestra fue 118 casos. Se aplicó una guía de entrevista, un cuestionario de conocimientos y dos fichas clínicas. El análisis bivariado fue mediante la prueba X^2 , apoyándonos en el SPSS V21.0. Se halló relación entre el conocimiento general de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de las variables persona y tiempo ($X^2 = 4,92$ gl = 1 y $p = 0,03$ y $X^2 = 4,36$, gl = 1 y $p = 0,03$), por lo que se rechazaron las hipótesis nulas. Por el contrario, al analizar el conocimiento general de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable lugar en las emergencias respiratorias de los pobladores, se halló un valor de $X^2 = 0,214$, para 1 gl, con $p = 0,62$, siendo no significativo, aceptándose la hipótesis nula. Se concluye que mientras exista conocimiento de las medidas preventivas, el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden a la Emergencia del Centro de Salud Chilca, durante el 2014 es de bajo riesgo ($X^2 = 5,17$; gl = 1 y $p = 0,02$), por el contrario, el desconocimiento conlleva a comportamientos epidemiológico de alto riesgo.

Palabras claves: *conocimiento sobre IRA, comportamiento epidemiológico, emergencias respiratorias, infecciones respiratorias.*

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the relationship between knowledge of preventive measures with the epidemiological behavior of respiratory emergencies older people of 15 years attending the Emergency Health Center Chilca , 2014. This was a prospective , analytical, cross-sectional study and observational, with a population of 300 , of which 118 cases were shown . An interview guide , a questionnaire of knowledge and two medical records was applied. The bivariate analysis was by X² test , relying on the SPSS V21.0. relationship between general knowledge of preventive measures and the epidemiological behavior of the person and time variables (X² = 4.92 , df = 1 and p = 0.03 and X² = 4 , 36, df = 1 and p = 0 was found 03) , so the null hypotheses were rejected . On the contrary , when analyzing the general awareness of preventive measures and the epidemiological behavior of the variable place in the respiratory emergencies villagers , a value of X² = 0.214 for 1 df , p = 0.62 was found , being nonsignificant , accepting the null hypothesis.

It is concluded that while there is awareness of preventive measures , the epidemiological behavior of respiratory emergencies older people of 15 years attending the Emergency Center Chilca Health during 2014 is low risk (X² = 5, 17 df = 1 and p = 0.02) , on the contrary , ignorance leads to high-risk behaviors .

Keywords : knowledge about IRA , epidemiological behavior , respiratory emergencies , respiratory infections .

PRESENTACIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad, particularmente en los países en desarrollo, frente a ello, es necesario contar con conocimientos de las medidas preventivas que se deben de aplicar para reducir las tasas de incidencia (1).

Por tanto, resulta necesario conocer el comportamiento epidemiológico de la IRA, (geográficos, climáticos, socioeconómicos y culturales) a fin de aplicar las medidas de prevención y responder adecuadamente ante el incremento de casos de emergencias respiratorias y prevenir y controlar el potencial de brotes epidémicos especialmente durante la temporada de bajas temperaturas (2).

En este sentido, se realizó la presente investigación, estructurado de la siguiente forma: la introducción en la cual se presenta el problema; los objetivos, tanto general como específicos; la justificación e importancia de la investigación; las hipótesis generales y específicas, las variables y su operacionalización; las limitaciones y la definición de términos operacionales.

En el capítulo I, se exhibe el marco teórico, el cual a su vez comprende: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el capítulo II, se expone el marco metodológico de la investigación, el cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos

de recolección de datos, el procesamiento de datos y el análisis e interpretación de los datos.

En el capítulo III, se presentan los resultados de la investigación, con su respectivo análisis e interpretación; además, se muestra la discusión de los resultados.

Finalmente, se presentan: las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
PRESENTACIÓN.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Aspectos básicos del problema de investigación.....	1
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación	8
1.4. Propósito.....	12
1.5. Objetivos de la investigación	12
1.6. Hipótesis de la investigación.....	13
1.7. Variables.....	14
1.8. Operacionalización de variables	14
1.9. Definición de términos operacionales	16
1.10. Limitaciones.....	16
CAPÍTULO I	17
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de investigación	17
2.2. Bases teóricas	23
2.2.1. Modelo de atención integral de salud.....	23
2.2.2. El sistema de alerta para detección de brotes y epidemias en el Perú	24
2.2.3. El conocimiento desde el punto de vista de la salud	25
2.3. Bases conceptuales: conocimiento de las medidas preventivas de las emergencia respiratorias.....	26
2.3.1. Definición de conocimiento	26
2.3.2. Medidas preventivas	27
2.3.3. Dimensiones del conocimiento de las medidas preventivas	29

2.3.3.1. Generalidades de las Infecciones Respiratorias Agudas IRA	29
2.3.3.2. Factores de riesgo de las IRAs	30
2.3.3.3. Complicaciones de las IRAs	31
2.3.3.4. Tratamiento de las IRAs	31
2.4. Bases conceptuales: comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias.....	32
2.4.1. Comportamiento epidemiológico	32
2.4.2. Variables del comportamiento epidemiológico	33
2.4.2.1. Variable persona.....	34
2.4.2.2. Variable tiempo.....	37
2.4.2.3. Variable lugar.....	37
 CAPÍTULO II	 39
3. MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1. Ámbito del estudio	39
3.2. Población	39
3.3. Nivel y tipo de estudio.....	41
3.4. Diseño de estudio	41
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.5.1. Técnicas	42
3.5.2. Instrumentos de medición.....	42
3.5.3. Validez de los instrumentos de recolección de datos	43
3.5.4. Procedimiento de recolección de datos	45
3.6. Tabulación y análisis de datos.....	46
3.7. Aspectos éticos de la investigación	48
 CAPÍTULO III	 50
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
4.1. Resultados descriptivos.....	50
4.2. Comprobación de hipótesis	81
4.3. Discusión de resultados.....	85
Referencias bibliográficas	98
ANEXOS	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable persona: características sociales de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	50
Tabla 2. Variable persona: características demográficas de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	52
Tabla 3. Promedio de edad de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	53
Tabla 4. Variable persona: comportamiento de la enfermedad respiratoria en los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	55
Tabla 5. Variable persona: cuadro clínico de los casos que acudieron al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	57
Tabla 6. Variable persona: problemas de salud asociados a la enfermedad respiratoria en los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	59
Tabla 7. Variable persona: comportamientos de riesgo de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	61
Tabla 8. Variable tiempo: inicio de la enfermedad, estancia hospitalaria y semana epidemiológica en la que acudieron los casos al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	63
Tabla 9. Variable lugar: entidad territorial y servicio de atención de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	65
Tabla 10. Comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	66
Tabla 11. Tipo de comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	68
Tabla 12. Comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	70
Tabla 13. Conocimiento básico de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	71
Tabla 14. Conocimiento de los factores de riesgo de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	73

Tabla 15. Conocimiento de las complicaciones de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	74
Tabla 16. Conocimiento del tratamiento de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	75
Tabla 17. Conocimiento de la prevención de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	76
Tabla 18. Conocimiento general sobre las IRAs según sus dimensiones de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	78
Tabla 19. Evaluación del conocimiento sobre las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	80
Tabla 20. Conocimiento de las medidas preventivas y su relación con el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	81
Tabla 21. Conocimiento general de las IRAs y su relación con el comportamiento epidemiológico de la variable persona en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	82
Tabla 22. Conocimiento general de las IRAs y el comportamiento epidemiológico de la variable tiempo en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	83
Tabla 23. Conocimiento general de las IRAs y el comportamiento epidemiológico de la variable lugar en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación gráfica del promedio de las edades de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	53
Figura 2. Representación gráfica del género de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	54
Figura 3. Representación gráfica de los problemas de salud asociados a la enfermedad respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	60
Figura 4. Representación gráfica de la variable persona: comportamientos de riesgo de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	62
Figura 5. Representación gráfica del tipo de comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	68
Figura 6. Representación gráfica del comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	70
Figura 7. Representación gráfica del conocimiento básico de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	71
Figura 8. Representación gráfica del conocimiento de los factores de riesgo de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	73

Figura 9. Representación gráfica del conocimiento de las complicaciones de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	74
Figura 10. Representación gráfica del conocimiento del tratamiento de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	75
Figura 11. Representación gráfica del conocimiento de la prevención de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	76
Figura 12. Representación gráfica del conocimiento sobre las medidas de prevención de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	78
Figura 13. Representación gráfica de la evaluación del conocimiento de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.....	80

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Aspectos básicos del problema de investigación

Desde la perspectiva de la salud pública, las patologías agudas de origen infeccioso que afectan el sistema respiratorio, y para efectos de la vigilancia epidemiológica, la conforman un grupo denominado Infección Respiratoria Aguda (IRA) (3), en el cual se reúnen un grupo de enfermedades de diferente etiología y gravedad, entre las que se encuentran la influenza, la bronquiolitis, la neumonía, la faringitis entre otros.

Las IRAs, son infecciones del aparato respiratorio, causadas por virus, bacterias. Tienen una evolución menor a 15 días y se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre (4).

En la mayoría de los casos, los pacientes afectados cursan con una enfermedad leve de manejo ambulatorio, sin embargo una proporción importante de pacientes requiere asistencia médica y la condición clínica amerita hospitalización incluso en instituciones de alta complejidad (3).

La capacidad de diseminación de los microorganismos causales de las IRAs y el impacto que generan se refleja en su comportamiento durante los últimos cien años. En tal período se ha observado la

ocurrencia de varios eventos epidémicos que han comprometido a toda la población mundial; por ejemplo, la pandemia de influenza de 1918, conocida como “gripe española”, la pandemia de 1957 o “gripe Asiática,” la pandemia de 1968 o “gripe de Hong Kong”. En el 2003 ocurrió el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda Severa (SARS) y en abril del 2009, la pandemia de Influenza A H1N1 (5).

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAs producen elevada mortalidad y morbilidad en el mundo, pues afectan a todos los grupos etarios, hombres y mujeres por igual, existe mayor riesgo de padecerlas en la infancia y la vejez, toda la población se considera susceptible. Este tipo de patología genera demanda de servicios de salud, altos costos de atención sanitaria y producen altas tasas de morbilidad y mortalidad (3).

Por su parte, Del Carpio, citado por la Organización Mundial de la Salud (13), declara que:

“Las IRAS representan la morbilidad más alta, y aproximadamente el 50% de atenciones diarias corresponden a esta enfermedad. Nos falta trabajar más en promoción de la salud”.

Debido a su mortalidad y morbilidad, las IRAs siguen siendo en los países en desarrollo y en el caso específico de Perú, un problema de salud que afecta principalmente a niños menores de cinco años y a los adultos mayores. Además, ocupan el primer lugar dentro de las causas de morbilidad general. Se estima que tres de cada cuatro consultas que se

atienden en los servicios de salud en relación con enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos.

Los causantes de las emergencias respiratorias siguen patrones estacionales, estos son más frecuentes en los meses de invierno. Sin embargo, el comportamiento epidemiológico es muy diferente en cada poblador, donde se producen la mayoría de las muertes por complicaciones, con aumento de la incidencia de las infecciones del tracto respiratorio inferior (9). La presencia de microorganismos patógenos sumados a los factores de riesgo de orden ambiental o relacionados con el huésped, influyen notablemente en la aparición de complicaciones, específicamente la neumonía, que se ha constituido es la principal causa de muerte en el mundo, siendo más común en países en desarrollo (11).

Del mismo modo, las IRAs también se dan por la falta de conocimiento de las medidas de prevención de la enfermedad (10).

Según estimaciones, anualmente enferman entre un 5 y 15% de la población general, aumentado el riesgo de adquirir la infección en las poblaciones más vulnerables como los menores de cinco años, los mayores de 60, personas con enfermedad pulmonar de base y gestantes. (6).

Pese a que los niños son los más vulnerables, también el adulto tiene riesgo de presentar entre 3 y 4 episodios de infección respiratoria al año. La mortalidad en adultos entre 20 y 64 años está entre (14,8 por 100.000 habitantes), encontrándose el riesgo de muerte 40 veces superior en el adulto mayor (6).

Se estima que las infecciones de tracto respiratorio inferior que incluyen a la neumonía adquirida en comunidad, anualmente, ocasionan el deceso de 1,6 millones de adultos mayores de 60 años. En países desarrollados como en Estados Unidos, existe al menos 500.000 casos por año, con una mortalidad global del 4% (octava causa de muerte en mayores de 65 años) (7).

Los datos de países en desarrollo como los que forman parte de Latinoamérica, son insuficientes y varían de país en país, pero oscilan desde más de 200.000 casos en Argentina según el Sistema Nacional de Vigilancia – (SINAVI), 2009. Por otro lado, en Brasil, el número de casos de neumonía adquirida en la comunidad, fue de aproximadamente 2.000.000, con una mortalidad global del 6% (tercera causa de muerte en los > de 65 años en la región).

En América cada año mueren alrededor de 140 a 150 mil menores de cinco años por IRA; de ellos 100 mil son menores de un año. Se considera que actualmente los menores de 5 años de los países en desarrollo de la región están expuestos a un riesgo de morir por neumonía (8).

Según el informe publicado en el 2013, por el instituto Health Metrics and Evaluation (IHME), en el Perú, la neumonía es la primera causa de mortalidad general y de muerte prematura (13). Considerando el período de 2009 a 2013, la tasa de incidencia del país está en el rango de 4,8 a 34,4, siendo el promedio nacional de 11,5 por 1000 menores de

cinco años. Los departamentos con mayor letalidad por neumonía son: Puno, Huancavelica, Junín, Ayacucho, Cusco y Huánuco (13).

La información epidemiológica correspondiente a la semana 31, señala que Loreto, Puno, Junín son las regiones con el mayor número de fallecidos por neumonías. En ese contexto, la OPS/OMS presentó una propuesta de intervención de emergencia ante la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO), la cual fue aceptada y recibió un financiamiento de 175 mil dólares americanos para su implementación entre setiembre de 2013 a marzo de 2014, en dichas regiones, además existe un débil equipamiento de los servicios, insuficiente cantidad de médicos y otros profesionales. Estos factores limitan una intervención efectiva para controlar la morbilidad y mortalidad por las IRAs (13).

En Junín (Huancayo) en el 2015, notificaron 39 muertes por neumonía, que comparado con el año 2014, se encontraron en un 18% más las muertes (14).

En coordinación con la Oficina General de Defensa Nacional del MINSA, elaboraron un modelo de plan de contingencia para enfrentar la temporada de bajas temperaturas. El plan incluyó una revisión y análisis de la información epidemiológica de los últimos cinco años sobre IRAS y neumonías en las regiones del Perú, con énfasis en las temporadas de heladas y friajes (2).

El proyecto de respuesta de emergencia fue implementado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en coordinación con el

Ministerio de Salud (MINSAs), y los gobiernos de tres regiones seleccionadas. Entre Loreto, Puno, Junín, La Libertad, el Tambo, Chilca en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Junín, en los cuales se evidenciaron iniciativas en la organización, integración y análisis de la información de vigilancia epidemiológica y de laboratorio sobre IRA con énfasis en neumonías en menores de cinco años y adultos mayores.

En total, 12 establecimientos de salud recibieron algún tipo de bienes para la atención de pacientes, fueron distribuidas a la DIRESA Loreto, 3 para Puno y 4 para Junín. Hubo también apoyo en equipamiento, desarrollo de capacidades mediante talleres para actividades de promoción de la salud. Ponderan las estrategias de comunicación e información de salud utilizando diversos materiales de difusión y visitas domiciliarias. También, establecieron alianzas con actores claves (13).

La población de la jurisdicción territorial del Centro de Salud de Chilca, muestran un comportamiento epidemiológico de riesgo, dificultando la aplicación correcta de las medidas de prevención de las IRAs, a tal punto que desencadenan cuadros que los obliga a acudir al servicio de emergencia, o en situaciones más severas pueden desarrollar un cuadro complicado con sobreinfección bacteriana y descompensación de patologías de base, determinando incluso mortalidad en grupos de edades extrema. Así mismo, el costo del tratamiento de las emergencias respiratorias es elevado, por pérdidas económicas (ausentismo laboral) y gastos en medicamentos, hospitalizaciones, entre otros (12). Sucede que

en la mayoría de las emergencias respiratorias se prescriben antibióticos que muchas de las veces son innecesarios, lo que incrementa los costos y la resistencia bacteriana (1).

En el caso de las emergencias respiratorias, estas se pueden prevenir con intervenciones simples y tratadas con medicamentos accesibles de bajo costo. Sin embargo, la carga de enfermedad de las IRAs en países en desarrollo a menudo se complica por acceso limitado a los servicios de salud y otros factores de riesgo (9).

Tal situación merece una evaluación sistemática por lo que planteamos la investigación titulada, “Conocimiento de medidas preventivas y comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro de Salud Chilca 2014”, con cuyos resultados, se busca la adopción de medidas de prevención adecuadas, logrando un comportamiento epidemiológico sin riesgo, por ende disminuyendo la morbimortalidad relacionado a los problemas respiratorios.

1.2. Formulación del problema

De la realidad percibida por las investigadoras se desprenden las siguientes interrogantes de investigación:

Problema general

¿Existe relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los

pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, en el 2014?

Problemas específicos

- ¿El conocimiento general de las medidas preventivas se relaciona con el comportamiento epidemiológico de la variable persona en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio?
- ¿Existe relación entre el conocimiento general de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable tiempo en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio?
- ¿El conocimiento general de las medidas preventivas se relaciona con el comportamiento epidemiológico de la variable lugar en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio?

1.3. Justificación

La investigación que se plantea, se justifica, por las siguientes razones:

Teórica

El estudio parte del reconocimiento de que las IRAs constituyen un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas (15), La tendencia nacional de la incidencia acumulada de episodios de neumonía x 10000 adultos mayores se ha incrementado en

los últimos años, de 19,4 el año 2009 a 23.6 para el año 2012, con una tasa de letalidad por neumonía reportada de 9.1% en el presente año (Reporte de la situación epidemiológica de las IRAs y neumonías Boletín Epidemiológico, SE. 35), constituyendo un problema de salud pública creciente en forma similar a lo reportado por otros países (16), a pesar de los avances en el desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico molecular (17), mejor accesibilidad a los servicios de salud y disponibilidad de modernos antibióticos y vacunas (18).

En consecuencia, resulta importante y necesario explicar la influencia del conocimiento en el comportamiento epidemiológico de tales enfermedades. Es preocupante que la prevención primaria no está fortalecida en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, ello propicia que las IRAs sean prevalentes y constituyan la primera causa de morbilidad (19), siendo más notorias en los períodos de alta demanda asistencial, cuando concurren de forma simultánea factores de riesgo como las infecciones virales, el frío y la contaminación aérea.

También, se requiere estudiar eventuales factores de riesgo que pudieran estar relacionados con las variaciones en la frecuencia, cantidad y calidad de estas enfermedades.

Se torna entonces indispensable que las autoridades del sector público y privado de salud cuenten con información necesaria sobre los requerimientos de la demanda en las personas mayores de 15 años, su conocimiento y relación con el comportamiento epidemiológico como es el caso de su distribución persona, lugar y su evolución en el tiempo, como

elementos críticos para tomar decisiones correctas en la asignación y focalización de los recursos.

Se debe prestar especial atención a todos aquellos pacientes con factores de riesgo asociados, que podrían ocasionar una mala evolución del cuadro, incluyendo casos de muertes potencialmente evitables (20).

Por estas razones y por la elevada mortalidad de las emergencias respiratorias, nos propusimos evaluar los conocimientos sobre las medidas preventivas de las Infecciones Respiratorias Agudas de los pobladores, con el propósito de recomendar, a partir de los resultados de la misma, una intervención educativa para corregir los hábitos no saludables y así, contribuir a mejorar la atención de los pobladores contagiados, para que no presenten complicaciones (21).

Por otro lado, no existe información precisa sobre el comportamiento de las enfermedades respiratorias que se atienden en el servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca, por lo que el presente estudio constituye un aporte teórico de suma importancia, ya que se constituye en antecedente para futuras investigaciones y la posibilidad de proponer un programa de intervención dirigido a mejorar las dificultades o debilidades encontradas a través de la investigación en el contexto del conocimiento de las medidas preventivas de los pobladores mayores de 15 años, para lograr la satisfacción de los paciente. También, el presente estudio va a generar evidencia científica para el quehacer del ejercicio profesional de enfermería. La clave para la atención de las IRAS/neumonías es la prevención.

Práctica

Los profesionales de enfermería que laboran en el primer nivel de atención deben brindar información acerca de las medidas de prevención sobre las emergencias respiratorias a los pobladores, respetando su cultura y reorientando las creencias y prácticas desfavorables para mejorar el tratamiento en el hogar y con ello disminuir el riesgo a complicaciones, los cuales demandan mayor costo tanto a las entidades proveedoras del servicio de salud como a las familias; además que pueden causar la muerte (15).

Desde el punto de vista preventivo se vislumbra una interesante opción de intervención a través del desarrollo y aplicación de eficaces vacunas para algunos de los principales agentes etiológicos comprometidos. Sin perjuicio de esto, debe insistirse en la necesidad de mejorar la calidad de la información disponible que permita conocer con mayor precisión el comportamiento epidemiológico en nuestra población.

El estudio es importante porque va a proporcionar información actualizada del tema a las autoridades del Centro de Salud; a fin, de que elaboren estrategias oportunas, planes de mejora para la salud dirigidas a los pobladores mayores de 15 años (15).

Social

En el contexto de la salud pública y de la atención primaria de la Salud es importante la prevención y el control de las emergencias respiratorias ya que, a partir de ello se logrará disminuir la morbi-mortalidad por las IRAs (15).

1.4. Propósito

El presente trabajo se propuso analizar la relación del conocimiento en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades respiratorias en personas mayores de 15 años de edad que acuden al servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca, con el propósito de facilitar a las autoridades de salud; información actualizada del tema en cuestión, a fin de que elaboren o diseñen estrategias de educación para la salud dirigidas al público en general, sobre aspectos relacionados al control de las emergencias respiratorias, también, con los resultados se orientará a los pobladores acerca del autocuidado de la salud mediante medidas preventivas, buscando minimizar el patrón de ocurrencia de las emergencias respiratorias y la buena salud de la población.

1.5. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas con el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.

Objetivos específicos

- Relacionar el conocimiento de las medidas preventivas con el comportamiento epidemiológico de la variable persona en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio.

- Analizar la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable tiempo en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio.
- Identificar la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable lugar en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio.

1.6. Hipótesis de la investigación

a. Hipótesis general:

H₀: No existe relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio.

H_a: Existe relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio.

b. Hipótesis específicas:

H_{i1}: Existe relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable persona en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio.

Hi₂: Existe relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable tiempo en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio.

Hi₃: El conocimiento de las medidas preventivas se relaciona con el comportamiento epidemiológico de la variable lugar en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio.

1.7. Variables

Variable dependiente

Comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias.

Variable independiente

Conocimientos de las medidas preventivas de las emergencias respiratorias.

1.8. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
VARIABLE DEPENDIENTE				
Comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias	Tipo de comportamiento	Cualitativa	De riesgo Sin riesgo	Nominal
	Persona	Cualitativa	Condición de estado civil casado (a) Contar con estudios secundarios Ser trabajador independiente Profesar la religión católica Ser del grupo de edad adolescente (15-19) Pertener al género femenino	Nominal

			Contar con diagnóstico de neumonía Presentar complicación de bronconeumonía Ser tratado con antimicrobianos Mortalidad Exposición a sedentarismo Presencia de riesgo cardiovascular alto y muy alto Sobrepeso ($25 < \text{IMC} < 29,9$) Colesterol total > 200 mg/dl Estar asociado a enfermedad respiratoria crónica. Ventilación nula o esporádica de la vivienda Hacinamiento Automedicación Limpia la casa levantando el polvo No desinfecta los servicios higiénicos	
	Lugar	Cualitativa	Procedencia urbana Hospitalización en medicina general	Nominal
	Tiempo	Cualitativa	Tiempo de inicio de la sintomatología entre 25 a 48 horas 2 días de estancia hospitalaria Incidencia en la tercera semana epidemiológica	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias	Nivel de conocimiento		Conoce Desconoce	Nominal
	Aspectos básicos de las IRAs	Cualitativa	Conoce Desconoce	Nominal
	Factores de riesgo	Cualitativa	Conoce Desconoce	Nominal
	Complicaciones de las IRAs	Cualitativa	Conoce Desconoce	Nominal
	Tratamiento de las IRAs	Cualitativa	Conoce Desconoce	Nominal
	Medidas preventivas	Cualitativa	Conoce Desconoce	Nominal

1.9. Definición de términos operacionales

Comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias.

Es una situación de urgencia en la cual la respiración normal se ve alterada. En el presente estudio el comportamiento epidemiológico se consideró en función a tres variables: personal, lugar y tiempo; en los cuales se tuvo presente el bajo nivel de riesgo y el alto nivel de riesgo.

Conocimientos de medidas preventivas de las emergencias

respiratorias. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori), respecto a los aspectos básicos de las IRAs, a los factores de riesgo, a las complicaciones, tratamiento de las IRAs y las medidas preventivas.

1.10. Limitaciones

En el presente estudio se tuvo limitación, con respecto al manejo metodológico de las variables, porque se tuvo que invertir las variables en estudio, solicitando a la facultad de enfermería la modificación del título del estudio.

CAPÍTULO I

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Luego de lo descrito en los aspectos del problema del estudio, a continuación se presenta una breve descripción de los antecedentes internacionales, nacionales y locales, que sirvieron de referentes para este estudio, las cuales se presentan a continuación:

Antecedentes internacionales

En Cuba (Santiago de Cuba), 2012 Juy, Céspedes, Rubal, Maza, Terán (22), desarrollaron un estudio descriptivo transversal titulado “Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años”, cuyo objetivo fue caracterizar la morbilidad por infecciones respiratorias agudas. La muestra estuvo constituida por 253 pacientes menores de 5 años de edad, ingresados con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en el Hospital Distrital de Sayaxché. Como resultado hallaron que en la serie predominaron el sexo masculino (55,7 %), los niños menores de 1 año (55,3 %), la exposición al humo pasivo como principal factor de riesgo asociado (75 %), la fiebre como manifestación clínica al ingreso (98 %), así como la neumonía/bronconeumonía en este mismo grupo de edades (88,6 %), de los cuales 58,7% recibió tratamiento con ceftriaxon.

La estadía hospitalaria fue generalmente de 4 a 6 días y la mayoría de los afectados egresaron mejorados.

El presente antecedente, tiene proximidad con el estudio, por lo que proporcionó aspectos importantes para la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.

En Cuba (Granma) 2000-2010 Ortiz, Guerra, Sánchez, Martínez, Rosales (23), realizaron un estudio descriptivo y longitudinal titulado “Comportamiento epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en infantes”, cuyo objetivo fue determinar el comportamiento epidemiológico de estas en los infantes, así como pronósticos a corto plazo, mediante el estudio de series cronológicas. El universo estuvo conformado por todos los casos de IRA en menores de 15 años en estudio, empleando técnicas de Alisamiento Exponencial en el análisis de series cronológicas para estudiar las tasas de incidencia de la afección según edad y zonas de residencia, número de atenciones médicas e ingresos hospitalarios, patrón estacional según 2 cuatrisesemanas y años. Utilizaron métodos gráficos para analizar la Tendencia y el Corredor Endémico, para determinar la Estacionalidad. Utilizaron el programa EVIEWS versión 4. La afección predominó en lactantes y en residentes en la zona del Cauto. El número de atenciones médicas y de ingresos fue alto en los últimos años. La tasa de mortalidad infantil fue baja, pero su aporte a la mortalidad general consideró importante en los años 2003, 2005 y 2008. Los pronósticos realizados mostraron buen ajuste. En el

2011 las atenciones médicas y las hospitalizaciones fueron similares a las del 2010. La afección tuvo un patrón estacional, predominando en las semanas 40-48. La Infección Respiratoria Aguda manifestó una tendencia creciente y para el año 2011 la tasa de incidencia fue similar a la del 2010.

El presente antecedente, mostró proximidad con el estudio ejecutado en cuanto al comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias, lo cual sirvió para elaborar las bases conceptuales del estudio y para la discusión de los resultados.

En Cuba (Gibara), 2008 Casas (24), ejecutó un estudio titulado “Comportamiento clínico epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en pacientes hospitalizados”, cuyo objetivo fue describir un grupo de variables clínico epidemiológicas en pacientes con diagnóstico al egreso de infección respiratoria aguda en el servicio de Respiratorio del Hospital Pediátrico Provincial de Sancti Spíritus. La muestra estuvo constituida por 424 pacientes con diagnóstico definitivo al egreso de infección respiratoria aguda. Los datos lo obtuvieron de las historias clínicas hospitalarias. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tiempo de comienzo de los síntomas previos al ingreso, tipo de infección respiratoria aguda, factores de riesgo asociados, complicaciones presentadas, estadía hospitalaria y medicamentos utilizados. Las conclusiones evidenciaron que las infecciones respiratorias agudas fueron más frecuentes en el sexo masculino y predominaron en menores de

cinco años, el tiempo de comienzo de los síntomas previos al ingreso fue mayor de 72 horas; la neumonía fue la principal afección diagnosticada en niños de 1-4 años, seguida de la rinofaringitis en los menores de 1 año; los factores de riesgo más frecuentes fueron la edad menor de un año, la ausencia de lactancia materna exclusiva y el hacinamiento. La complicación más frecuente fue la bronconeumonía: los antimicrobianos fueron los medicamentos más utilizados; predominó la estadía hospitalaria de 4 a 7 días.

Este antecedente, tiene alguna similitud con el presente estudio, por lo que proporcionó aspectos importantes para la descripción del problema y de las bases conceptuales.

Antecedentes nacionales

En Tacna, 2012 Chirapo (19), realizó un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal retrospectivo titulado “Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas en la prevención de IRAs en madres de niños menores de 5 años Puesto de Salud Viñani”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas en la prevención de IRAs en madres de niños menores de 5 años. La muestra fueron 119 madres. La técnica aplicada para la recolección de información fue la encuesta con un instrumento que contenía preguntas para nivel de conocimiento y prácticas en prevención de IRAs; concluyéndose que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas en la prevención de IRAs en

madres con niños menores de 5 años del P. S. Viñani, según lo demuestra la comprobación de la hipótesis con 95% de confiabilidad y significancia ($p < 0,05$).

El presente antecedente, mostró proximidad con el estudio abordado en cuanto a la metodología de la variable conocimiento de las medidas preventivas de las emergencias respiratorias, por ello orientó en la construcción de las variables en estudio.

En Tarapoto, 2011 Correa, Guerra (15), realizaron un estudio aplicado, descriptivo - correlacional de corte transversal, con enfoque multimetódico titulado "Nivel de conocimientos relacionado con prácticas sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años. Centro de Salud Morales", cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas sobre las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en madres de niños menores de cinco años del centro de salud. La muestra estuvo constituida por 69 madres, quienes cumplieron con los criterios de inclusión, aplicaron un cuestionario de 30 ítems. En conclusión evidenciaron relación directa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención de IRA por las madres de niños menores de cinco años que acudieron al C.S Morales.

Este antecedente orientó el presente estudio, en la elaboración del cuestionario de conocimientos sobre las emergencias respiratorias.

Antecedentes locales

En Huánuco, 2006 Bueno, Peña, Salís (25), desarrollaron un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, correlacional titulado “Nivel de conocimiento y medidas que aplican las madres en la prevención y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el Centro Poblado de Potracancho”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos que tienen las madres con respecto a la prevención y tratamiento de la IRA en niños menores de 5 años. En conclusión evidenciaron que un promedio de 69,7% de madres estudiadas presentaron conocimientos deficientes en cuanto a las infecciones respiratorias agudas.

Este estudio, tiene proximidad con el estudio abordado, puesto que orientó en la metodología de la variable conocimiento de las medidas preventivas de las emergencias respiratorias y también fue un aporte en la discusión de los resultados.

En Huánuco, 2006 Cuentas, Mallma, Vásquez (25), desarrollaron un estudio descriptivo, prospectivo, transversal titulado “Conocimiento sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años en el Distrito de Santa María del Valle”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años. En conclusión evidenciaron la mayoría de las madres 73,2% tuvieron un

conocimiento inadecuado sobre las medidas preventivas de infecciones respiratoria agudas.

Este antecedente, mostró similitud con el presente estudio, puesto que orientó en la descripción de la magnitud local del problema.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelo de atención integral de salud

Este modelo de atención integral de salud incluye un concepto de derecho a la salud, que se desarrolla en el país, considera a la persona como una unidad formada por cuerpo, espíritu, relaciones con la familia, la sociedad, el medio ambiente y su propia cosmovisión. Asimismo, este modelo está orientado a la inclusión de los grupos poblacionales tradicionalmente excluidos de las decisiones sobre su propia salud, tales como los de bajo ingreso, los grupos originarios y la población rural.

La inclusión se refiere también al reconocimiento de los saberes, creencias y prácticas de la medicina tradicional y a su coordinación – articulación y/o integración con la medicina académica, en la atención a las personas, a través del diálogo y el análisis reflexivo, respetuoso y en condición de igualdad.

La salud, antes que nada, es un derecho inherente de toda persona, esto quiere decir que el Estado tiene la obligación de brindar atención en salud y para ello debe estar organizado de acuerdo a los requerimientos de salud de la población que va a atender, lo que implica trabajar sobre la salud tal como la vive la población (26).

En suma, el modelo de atención integral de salud tiene un abordaje más integral en la cual se incluye el manejo clínico y preventivo de las IRAs (26).

2.2.2. El sistema de alerta para detección de brotes y epidemias en el Perú

En el mundo globalizado la emergencia y reemergencia de enfermedades y la consecuente diseminación, demanda a los sistemas de vigilancia epidemiológica sean cada más sensibles, para la detección temprana de brotes y que, independientemente de la identificación inicial del agente causal, permita implementar una respuesta para reducir de manera eficaz su potencial impacto en la población afectada.

La Dirección General de Epidemiología es el órgano de línea del Ministerio de Salud, responsable de conducir el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el país y entre sus funciones está la detección oportuna de brotes y epidemias e incremento de riesgos para la salud de las personas. La detección oportuna de brotes y epidemias es un proceso de gran importancia para la salud pública, permite reducir el riesgo de diseminación de daños con potencial epidémico o reducir su potencial impacto en la población. En este contexto, la Dirección General de Epidemiología ha implementado el Sistema de Alerta y Respuesta a brotes, epidemias y otras emergencias sanitarias, promoviendo a nivel nacional la conformación de equipos de alerta respuesta, el desarrollo de normatividad y la implementación de diferentes estrategias (14).

2.2.3. El conocimiento desde el punto de vista de la salud

El conocimiento es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres que el conocimiento hace que los individuos identifiquen oportunamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas del caso (27).

Es en este contexto, la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. Asimismo, se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de los pobladores, podrá interesarse sobre sus problemas de salud, asistir a las consultas médicas más oportunas y seguir mejor las indicaciones terapéuticas, por lo cual pueden contribuir constructiva o negativamente en el proceso salud-enfermedad (27).

Cabe destacar que las personas enfrentan diversas crisis situacionales que no siempre son previstas, y originan cambios de comportamiento, siendo necesario la utilización de recursos de diverso orden: psicológico, económico y social con la finalidad de intervenir oportunamente (27).

Las personas a su vez, realizan sus actividades diarias de acuerdo a ciertos patrones culturales, la percepción que tenga de la realidad y el conocimiento sobre las cosas que han adquirido a lo largo de la vida. De allí que las personas interpretan su estado de salud-enfermedad según su

perspectiva particular, bajo la influencia de creencias y costumbres transmitidas de generación en generación y la información que tienen de diversas fuentes, los conocimientos con que cuentan las personas también depende del nivel económico y de educación que hayan alcanzado (27).

En nuestro estudio consideramos que el conocimiento sobre las infecciones respiratorias agudas, podría determinar el comportamiento epidemiológico de una enfermedad, en este caso de las emergencias respiratorias.

2.3. Bases conceptuales: conocimiento de las medidas preventivas de las emergencia respiratorias

2.3.1. Definición de conocimiento

El conocimiento según Colliere citado por Esteban (28), es un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad al proceso mental y no físico. Según Bunge (26), el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, por otro lado el conocimiento científico que es racional, analítico, sistémico y verificable a través de la experiencia.

Por su parte, Bertrand (27), plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos.

2.3.2. Medidas preventivas

Las medidas de prevención están referida a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Del mismo modo prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros. Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria (29).

La prevención como concepto incluye muchos niveles. En el sentido estricto significa evitar que aparezcan enfermedades y los esfuerzos inicialmente se encaminarán al diseño de medidas específicas para prevenirlas (15). Las medidas de prevención y respuesta ante las IRAS deben ser sostenidas a lo largo de todos los meses del año, y de carácter integral, incluyendo la vacunación de la población en riesgo antes del inicio de la temporada de frío y en forma permanente para los menores de cinco años, así como el desarrollo de la educación de la población, y la mejora de las viviendas y condiciones de saneamiento a través de actividades que ya han demostrado su valor en términos de costo – efectividad (2).

Por ende las medidas de prevención buscan cortar el modo de transmisión como: el simple lavado de manos por sí mismo; eliminación adecuada de secreciones nasales, aunque estas medidas no son aplicables en niños pequeños (30). La prevención específica por medio de vacunas para rinovirus aún no es posible. Solamente en aquellos casos de epidemia controlada por influenza y en grupos de alto riesgo (31).

El abordaje de la prevención debe estar orientado según los determinantes sociales vinculados a estas enfermedades. Por otra parte, la divulgación de las alertas meteorológicas entre la población y el personal de salud podría servir para reforzar los sistemas de vigilancia comunitaria y de los servicios ante una mayor disminución de la temperatura en la época de heladas o friajes, o ante eventos climatológicos como lluvias intensas u súbitas bajas de temperaturas fuera de las fechas habituales (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), argumenta que las medidas de prevención constituyen un componente fundamental para reducir la morbilidad; de cualquier enfermedad, en este contexto, en los últimos años las entidades de salud vienen dando mayor prioridad a los programas preventivos mediante la educación, comunicación e información; pues las personas bien informadas actuarán responsablemente en el cuidado de su salud de acuerdo con sus propias necesidades y las de su familia y comunidad (20).

Asimismo, según Brand, Márquez, Salazar (32) la prevención es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El

objetivo de la prevención es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Puesto en otras palabras, si una persona toma prevenciones para evitar enfermedades, minimizará las probabilidades de tener problemas de salud. Por lo tanto, es mejor invertir en medidas de prevención que en un tratamiento paliativo.

Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (21), mencionan que las medidas preventivas, incluyen educación integrada para los pobladores. Por ello el conocimiento de las medidas preventivas de las emergencias respiratorias es necesario, para lograr una verdadera prevención. Los conocimientos, constituyen la adecuada modelación de los objetos y fenómenos reales en la conciencia humana, representan la adquisición de datos verificables acerca de los fenómenos y procesos tanto de la naturaleza, la sociedad como del pensamiento, es decir implican la posición de información comprobada sobre las etapas de la enfermedad.

Visto de este modo, se podría considerar que a través de acciones diversas de la educación para la salud permiten al individuo, familia y comunidad adquirir conocimientos que le facilitaran mantener un estado de salud óptimo, lograr nuevos estilos de vida y fomentar el auto cuidado (31).

2.3.3. Dimensiones del conocimiento de las medidas preventivas

2.3.3.1. Generalidades de las Infecciones Respiratorias Agudas IRA

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un complejo grupo de enfermedades, ocasionado por diversos agentes causales

(gérmenes virales o bacterianos) que afectan cualquier punto de las vías respiratorias, en menos de 15 días de evolución, caracterizado por la presencia de tos o dificultad para respirar, además de otros signos y síntomas catarrales (33).

Las IRAs se presentan en su inmensa mayoría como infecciones, por lo que en la actualidad se prefiere referirse a ellas como infecciones respiratorias agudas (34).

Las IRA se dividen habitualmente en dos subgrupos: las infecciones respiratorias altas, que afectan al tracto respiratorio que se encuentra por encima de la epiglotis, como el resfriado común, la rinitis, la faringitis, la otitis media, etc., y las infecciones respiratorias bajas, por debajo de la epiglotis, con la neumonía y la bronquiolitis como ejemplo de las infecciones clínicas más serias (35).

2.3.3.2. Factores de riesgo de las IRAs

La etiología de las IRAs está dada por agentes bacterianos o virales. Entre las bacterias pueden citarse: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus B hemolyticus*. En cambio, entre los agentes virales más comunes se encuentran: Sincicial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Coxsackie, entre otros. A pesar que todos pueden afectar varios niveles en la vía respiratoria, cada uno tiende a producir un síndrome característico, lo que permite diferenciarlos clínicamente (36).

En cuanto a las infecciones bacterianas se consideran de mayor envergadura y aunque su frecuencia es menor, el riesgo de muerte es

mayor con respecto a las virales. La mayoría de procesos neumónicos de etiología bacteriana (24).

2.3.3.3. Complicaciones de las IRAs

El período de incubación de las IRA es corto, de 1 a 3 días. El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de pflugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se propaga por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre. La infección del tracto respiratorio inferior se inicia con esta colonización, seguida de la aspiración de pequeños volúmenes de secreciones contaminadas dentro de los pulmones (37).

El aparato respiratorio está expuesto en cada respiración a múltiples agentes invasores; por ello si no se realiza el diagnóstico y el correcto tratamiento se pueden presentar complicaciones como la mayor estadía hospitalaria, la resistencia antibacteriana que unidos a la inmadurez o fallos en los mecanismos de defensa, propician la infección (24).

2.3.3.4. Tratamiento de las IRAs

Farmacológicamente es necesario basarse en la clínica, pues múltiples patologías comienzan de forma similar, las virales por su carácter autolimitado permiten encaminar su conducta a mejorar los síntomas del cuadro, no se recomiendan antitusígenos ni mucolíticos ya que la tos actúa como mecanismo de defensa.

Los descongestionantes locales tienen un efecto de rebote, los antihistamínicos por ser causa de somnolencia e irritabilidad lo cual enmascararía el cuadro, los antibióticos ya que no acortan la duración ni previenen las complicaciones (24).

La principal razón para no recomendar estos medicamentos es que sus efectos secundarios pueden ser más perjudiciales que el alivio que reporta su administración. En cambio las que su aparición y evolución se consideren bacterianas, requieren tratamiento antibiótico teniendo en cuenta el germen en cuestión y el medicamento que mayor efecto tenga por su espectro, seguridad clínica, comodidad posológica, toxicidad, disponibilidad en presentaciones adaptadas a la población pediátrica (24).

2.4. Bases conceptuales: comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias

2.4.1. Comportamiento epidemiológico

Según Ibáñez (38), el comportamiento epidemiológico se centra en la población, para conocer quién enferma, dónde enferma y cuándo enferma, como pasos necesarios para llegar a conocer el porqué de la distribución del fenómeno salud-enfermedad y la aplicación de este conocimiento al control de los problemas sanitarios. Así mismo busca comprobar que existe una asociación no explicable por el azar, eliminar o disminuir el efecto de otras variables relacionadas con la enfermedad y finalmente, realizar un juicio crítico sobre la posible existencia de una relación causal.

Por ello, el comportamiento es evaluado a lo largo de todo el año, como muestra las IRAs de origen viral tienden a tener una estacionalidad. Presentándose principalmente en las épocas frías en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable, que pueden producir infección inaparente o sintomática, de distinta extensión y gravedad dependiendo de factores del paciente como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergias y estado nutricional (24).

El estudio del comportamiento de la epidemiología de las IRAs también incluye la identificación de factores de riesgo. La importancia de esto se basa en la posibilidad de implementar medidas efectivas de control y/o prevención (24).

2.4.2. Variables del comportamiento epidemiológico

El comportamiento de las IRA a través de series cronológicas permite describir las características más sobresalientes de la afección en el tiempo, predecir el comportamiento futuro según su conducta pasada, así como contribuir a su prevención, control de la calidad de los programas de salud y planificación de recursos. La detección precoz de las desviaciones del comportamiento anormal de las IRAs tiene gran importancia para la preparación de intervenciones oportunas que reduzcan la morbilidad y sobre todo la mortalidad en los grupos de riesgo y por este motivo se deben perfeccionar los métodos para la obtención de pronósticos más precisos (23). A continuación se describen las variables del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias.

2.4.2.1. Variable persona

En cuanto a la variable persona, tenemos las características sociodemográficas de las personas, los cuales son vulnerables al adquirir una emergencia respiratoria; pertenecer a la condición de estado civil casado, así mismo el ser un trabajador independiente, profesar la religión católica, ser de género femenino y pertenecer al grupo de edad adolescente de entre 15 a 19 años, esto debido a su condición presentan características funcionales muy particulares en su aparato respiratorio, con menor capacidad de respuesta a infecciones del tracto respiratorio, por ello estas afecciones producen un grave deterioro del estado nutricional que explica parcialmente la elevada letalidad en las personas con estas características sociodemográficas. En dicho escenario poblacional, es improbable que las emergencias respiratorias pierda su liderazgo como causa de muerte, tal como ocurre en países desarrollados (39).

Valdivia (16), indica que los pacientes con diagnóstico de neumonía están propensos a tener alguna complicación, ya que es un cuadro infeccioso pulmonar, de carácter agudo, adquirido fuera de un establecimiento hospitalario, y que representa un proceso incubado en el medio ambiente comunitario (40). La Sociedad Americana de Tórax (American Thoracic Society-ATS) no excluye de esta clasificación a los pacientes procedentes de ambientes institucionalizados, como casas de reposo o centros geriátricos, quienes presentan mayor riesgo de complicaciones y muerte (41). Sin embargo, el diagnóstico de estas emergencias respiratorias puede presentar grados variables de

heterogeneidad, lo que dificulta su análisis temporal y comparativo al utilizarse diferentes definiciones operacionales de la infección pulmonar (42).

La presencia de complicaciones es muy complejo y heterogéneo causadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias y se describen de acuerdo con el lugar donde predominan los síntomas. Las IRAs son todas aquellas enfermedades que afectan las estructuras del sistema respiratorio por debajo de la epiglotis o a ella, donde los signos o síntomas frecuentemente están dados por tos de menos de 15 días de duración, dificultad para respirar, estridor (ronquido), dolor o enrojecimiento faríngeo, otalgia, otorrea, rinorrea, obstrucción nasal (43).

Debido a las dificultades para distinguir las diferentes emergencias respiratorias bacterianas, la cual necesita ser manejada con antibióticos, de aquellas no bacterianas cuyo beneficio con el uso de antibiótico es nulo (44), llevan al clínico en la práctica y ante las múltiples limitaciones de los métodos diagnósticos específicos (cultivos y aislamiento del germen) a tener que asumir decisiones a partir sólo de datos clínicos, radiológicos y epidemiológicos para indicar o no un tratamiento antibiótico empírico (45).

La mortalidad es un índice de las manifestaciones más graves de las emergencias respiratorias y las muertes por esta entidad también proporcionan un indicador del estándar general de la atención en salud (35). Según Hernández, Gómez (46), la mortalidad, en general, presenta

un comportamiento estacional en casi todas las regiones del mundo, aunque sus patrones varían mucho según los territorios y las causas de muerte.

Así mismo las emergencias respiratorias han sido asociadas a las variaciones resultantes de la exposición a sedentarismo, presentar riesgo cardiovascular alto y muy alto, sobrepeso ($25 < \text{IMC} < 29,9$), colesterol total > 200 mg/dl y estar asociado a enfermedad respiratoria crónica, estas alteraciones del organismo se entiende por comorbilidad, debido a la existencia de patologías asociadas al cuadro clínico principal, lo que no significa que su importancia respecto al cuadro de emergencias respiratorias sea poco relevante. La presencia de comorbilidad en la población describe un elevado riesgo individual e inestabilidad respecto a la capacidad de respuesta a agresiones externas (42).

La prevalencia de enfermedades crónicas es elevada en nuestra población adulta. La incidencia y gravedad de las emergencias respiratorias son mayores entre los pacientes con enfermedades crónicas, sean éstas respiratorias o de otro origen, y afectan tanto a pacientes jóvenes como adultos (47).

De igual manera la ventilación nula o esporádica de la vivienda, el hacinamiento (en la habitación que utilizan como dormitorio duermen más de tres personas), el hábito tabáquico de algún integrante del grupo familiar dentro de la vivienda, automedicación en casos de problemas respiratorios, no protegerse contra la influenza, quemar la basura para que no se le acumule, limpiar la casa levantando el polvo y utilizar

desinfectante para la limpieza de los servicios higiénicos, estos hábitos hacen que el nivel de contagio sea elevado entre toda la población.

2.4.2.2. Variable tiempo

En relación a la variable tiempo la presencia de los síntomas de las emergencias respiratorias tanto virales y los de la bacteriana son similares entre 25 a 48 horas, también los dos días de estancia hospitalaria y la incidencia de las emergencias respiratorias en la tercera semana, son aspectos muy relevantes en la fuente de contagio de los pobladores mayores de 15 años, lo que requiere de un adecuado entrenamiento de los profesionales de enfermería para poder brindar el tratamiento más adecuado. Los casos de emergencias respiratorias virales son más numerosos que los de la bacteriana (2).

2.4.2.3. Variable lugar

En cuanto a la variable lugar, el crecimiento acelerado de la población en las zonas urbanas, el contagio de las emergencias respiratorias se da con mayor facilidad, ya que existe mayor concentración de personas que viven o se desplazan en los lugares como el transporte público, aumentando así el riesgo sufrir cualquier emergencia respiratoria. Así mismo los pacientes hospitalizados en medicina general se encuentran más vulnerables a este tipo de contagio debido a su deficiente sistema inmunitario y también por estar en un entorno plegado de diferentes microorganismos, por ello los pacientes

mayores de 15 años deben ser hospitalizados con el propósito de proporcionarles todos los recursos disponibles para que logren superar la afección (48).

CAPÍTULO II

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. **Ámbito del estudio**

El presente estudio se llevó a cabo en la Microred Chilca, el cual se encuentra ubicado en el Distrito de Chilca en la Provincia de Huancayo ubicado en el Jr. Humbolt N°. 900. El servicio de emergencia cuenta con un equipo completo para la atención de las emergencias.

3.2. **Población**

La población estuvo conformada por 300 (100%) de los pobladores mayores de 15 años atendidos en emergencia del Centro de Salud Chilca – 2014.

Muestra:

El tamaño de muestra fue obtenido de la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * S^2}$$

Tamaño de la población	N	300
Error Alfa	A	0,05
Nivel de Confianza	1-α	0,95

Z de (1- α)	Z (1- α)	1,96
Desviación estándar	S	1,2
Varianza	S^2	1,44
Precisión	D	0,12
Tamaño de la muestra	N	117.9

eterminación de la muestra fue 118 unidades de observación seleccionados de forma aleatoria.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión: pacientes con algún problema de emergencia respiratoria.

Los que aceptaron el consentimiento informado.

Exclusión: pacientes que no aceptaron el consentimiento informado

Inclusión: Todas las historias clínicas completas de los pacientes mayores de 15 años que acudieron a la emergencia del centro de salud de Chilca.

Exclusión: Historias que no cuenten con datos completos.

Unidad de información

Historia clínicas

Unidad de análisis

Pobladores mayores de 15 años

Unidad de muestreo

Pobladores mayores de 15 años

Marco muestral

Cuaderno de atenciones del servicio de emergencia

Tipo de muestreo

El muestreo fue probabilísticos, aleatorio simple.

3.3. Nivel y tipo de estudio

El nivel de estudio, fue un estudio relacional, ya que trato de explicar la relación de las variables propuestas.

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo**, puesto que se recogieron datos del tiempo presente, de una fuente primaria.

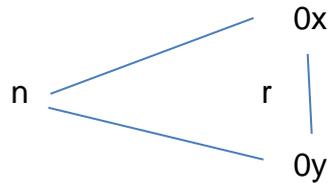
De acuerdo al período y secuencia del estudio; fue **transversal** porque se estudió las variables en un solo período de tiempo.

Según el número de variables el presente estudio fue **analítico**, puesto que se tuvo dos variables: variable dependiente e independiente.

Y según la intervención de las investigadoras el presente estudio fue un estudio **observacional**, puesto que no hubo manipulación de variables.

3.4. Diseño de estudio

El diseño del estudio fue correlacional, el cual es un diseño que permite que las observaciones de dos variables concordadas y correlacionadas, tal como se muestra a continuación:



Dónde:

n = Pobladores mayores de 15 años.

Ox = Comportamiento epidemiológico.

Oy = Conocimientos de medidas preventivas.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron la documentación y la entrevista individualizada.

3.5.2. Instrumentos de medición

Los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes:

- **Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01).** Este instrumento fue auto elaborado, consta de preguntas referidas a las características sociodemográficas de la muestra en estudio.
- **Ficha de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02).** Este instrumento fue elaborado, según los datos registrados en la historia clínica del paciente; contiene 38 reactivos y cinco dimensiones: tipo de infección respiratoria, tratamiento, complicaciones; datos clínicos y morbilidad y problemas asociados.

- **Lista de cotejo del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).** Este instrumento contiene los datos referidos a la variable, persona, lugar y tiempo; para lo cual se consideró 25 reactivos.
- **Cuestionario de conocimientos de las medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).** Este instrumento contiene 12 reactivos y cinco dimensiones: conocimientos de las generalidades de las IRAs, de los factores de riesgo, de las complicaciones, del tratamiento y de las medidas de prevención.

3.5.3. Validez de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de medición, fueron sometidos a los siguientes procedimientos de validación:

a. Revisión del conocimiento disponible (Validez racional)

Para asegurar la mejor representatividad de los ítems de los instrumentos de recolección de datos, se realizó la revisión de diversos antecedentes de investigación referidos a las variables en estudio, con la cual se pudo elaborar los instrumentos de medición.

b. Juicio de expertos (Validación por jueces)

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a la revisión de expertos y jueces quienes evaluaron de manera independiente cada reactivo considerado en los instrumentos de medición, para lo cual

se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Pertinencia: los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio.
- Suficiencia: los ítems de cada dimensión son suficientes.
- Claridad: los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio.
- Vigencia: los ítems de cada dimensión son vigentes.
- Objetividad: los ítems se verifican mediante una estrategia
- Estrategia: el método responde al objetivo del estudio.
- Consistencia: los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores.

Los expertos y jueces revisores fueron seleccionados de modo interdisciplinario según el dominio de la temática en estudio (expertos en epidemiología). Se les entregó la matriz de consistencia del proyecto, la hoja de instrucciones y los instrumentos de recolección de datos para la revisión respectiva. Al final los jueces y expertos firmaron una constancia de validación indicando su conformidad con los instrumentos de medición.

Validación por aproximación a la población

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a un primer piloto, para el cual se eligió una pequeña muestra de 3 pacientes con características similares a la muestra en estudio, con la finalidad de identificar si la redacción de los reactivos, son adecuadas para una buena

comprensión de las mismas por parte de las personas entrevistadas. Igualmente, sirvió para detectar valores inesperados de las variables, considerar si la duración de los instrumentos es la adecuada o para superar otras dificultades que pueden presentarse en el proceso de recolección de datos y así evitar el sesgo de información.

Consistencia interna (Validez Cuantitativa)

Para determinar la consistencia interna del cuestionario de conocimientos, se realizó un segundo piloto a una muestra de 21 pacientes elegidos según muestreo no probabilístico y según criterio del investigador, con características similares de la muestra en estudio, con el fin de elaborar una base de datos, con el cual se calculó la confiabilidad a través de la prueba KR de Richardson; tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 02: confiabilidad del cuestionario de conocimiento

Dimensiones	n=21
	KR
Conocimiento de las generalidades	0, 70
Conocimientos de los factores de riesgo	0, 68
Conocimiento de las complicaciones	0, 59
Conocimiento del tratamiento	0, 61
Conocimiento de las medidas de prevención	0, 71
Total	0, 65

Fuente. Elaboración propia

3.5.4. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

- Coordinación con el jefe del establecimiento de salud.
- Aplicación de los instrumentos como prueba piloto (validez objetiva).
- Aplicación de los instrumentos de recolección de datos previa coordinación con el jefe del establecimiento de salud.

3.6. Tabulación y análisis de datos

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizó; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

Análisis descriptivo. Se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras para facilitar la comprensión, en cada caso se trató de generar el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

Análisis inferencial. Se consideró el análisis bivariado a nivel categórico entre todas las variables (las variables numéricas fueron categorizadas de

acuerdo a estándares conocidos y aprobados), con ello se pudo aplicar la prueba no paramétrica de X^2 , para variables categóricas; teniendo en cuenta el valor de la significancia estadística $p \leq 0,05$, con el 95% de confianza para determinar la relación que existe entre las variables.

Específicamente en el análisis inferencial, se desarrolló, teniendo en cuenta los pasos del ritual de la significancia estadística, tal como se muestra a continuación.

1. Formulación de hipótesis

En el presente estudio, las hipótesis (solo mencionaremos una, ya que el procedimiento en las demás son las mismas) a contrastar fueron de tipo:

H₀: No existe relación entre las dos variables.

H_i: Existe relación entre las dos variables.

2. Nivel de significancia

El nivel de significancia es el convenido para las ciencias de la salud ($\alpha = 5\%$); hablando en términos de unidad, es de 0,05; lo cual denota la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera siendo denominada error de tipo I, es decir, el error que estamos dispuestos a correr al rechazar una hipótesis nula verdadera. Su complemento, el nivel de confianza, es del 95% (en términos de unidad 0,95) cuyo Z (o valor tipificado) es 1,96.

3. Elección de la prueba estadística

El estadístico de prueba no paramétrica elegido fue el chi cuadrado, puesto que se trabajó con variables categóricas.

4. Toma de la decisión

Luego de desarrollar la prueba estadística elegida, tomamos la decisión (de rechazar o aceptar la hipótesis nula) en función al p-valor la cual debe ser mayor a la significación estadística ($\alpha = 5\%$) a partir del intervalo de confianza (IC 95%).

5. Interpretación de acuerdo al p-valor y el IC 95%

En este último paso del ritual de la significancia estadística para la asociación, ya hemos decidido si rechazamos la hipótesis nula y nos quedamos con la alterna o aceptamos la nula, en cuyo caso no aseveramos independencia, sino que con los datos hallados, no tenemos suficiente información para rechazar la hipótesis nula. Como recalcamos esta decisión se tomó a partir del p-valor, el cual debe ser menor al nivel de significancia planteado ($p < 0,05$).

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

3.7. Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación se establece en base a los preceptos del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Enfermeros del Perú. Por tanto, se tomó en consideración los siguientes aspectos:

El respeto a la confidencialidad de los datos, confiriéndole seguridad, así como reserva a la información obtenida acerca de los sujetos con respecto a las variables medidas en ellos. En este sentido, los datos reportados por los sujetos están exceptos de identificación personal, lo cual resalta la condición de anonimato.

Las investigadoras asumieron la responsabilidad de todos los aspectos de la investigación, por ende; fueron los responsables de responder todas las inquietudes e interrogantes que puedan presentarse. Además, las investigadoras se cercioraron de que cada uno de los participantes se encuentre libre de coacción indicando el carácter voluntario de su participación. Se remarcó el empleo de los siguientes principios:

- **Beneficencia:** esta investigación será de beneficio para los usuarios externos, para que más adelante se implementen programas de mejoras en la mejora de la atención de salud.
- **No maleficencia:** no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes, ya que el estudio fue no observacional.
- **Autonomía:** se respetó este principio, ya que se les explicó que podían retirarse en el momento que lo desearan la participación voluntaria de la muestra fue.

CAPÍTULO III

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Variable persona: características sociales de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Característica sociales	n=118	
	fi	%
Estado civil		
Soltero (a)	17	14,4
Casado (a)	62	52,5
Divorciado (a)	6	5,1
Conviviente	30	25,4
Viudo (a)	3	2,5
Nivel de escolaridad		
Sin estudios	2	1,7
Primaria incompleta	12	10,2
Primaria completa	17	14,4
Secundaria incompleta	22	18,6
Secundaria completa	28	23,7
Superior incompleta	19	16,1
Superior completa	18	15,3
Ocupación		
Ama de casa	30	25,4
Trabajador dependiente	41	34,7
Trabajador independiente	47	39,8
Religión		
Católica	82	69,5
Evangélica	30	25,4
Mormón	6	5,1

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la presente tabla 1, acerca de las características sociales de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se aprecia que más de la

mitad [52,5% (62)] refirieron tener la condición de casados (as), seguida de la cuarta parte [25,4% (30)] que tenían la condición de convivientes.

Respecto al nivel de escolaridad, cerca de la cuarta parte [23,7% (28)] contaban con secundaria completa, otra proporción cercana a la quinta parte tuvieron secundaria incompleta [18,6% (22)] y de manera semejante hubo personas que tuvieron estudios superiores incompletos y completos [15,3% (18) y 16,1 (19)]. También hubo proporciones alrededor de la décima parte de ellos con estudios primarios incompletos y completos [10,2% (12) y 14,4% (17) respectivamente].

En torno a la ocupación 39,8% (47) expresaron ser trabajadores independientes, seguido de 34,7% (41) que fueron trabajados dependientes.

Por último, la religión predominante fue la católica [69,5% (82)], seguido de la cuarta parte que fueron evangélicos [25,4% (30)].

Tabla 2. Variable persona: características demográficas de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Características demográficas	n=118	
	fi	%
Grupo de edad		
Adolescente (15-19)	10	8,5
Adulto joven (20-39)	59	50,0
Adulto medio (40-49)	24	20,3
Adulto maduro (50-59)	15	12,7
Adultos mayores (60-74)	10	8,5
Género		
Femenino	63	53,4
Masculino	55	46,6

Fuente. Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).

La tabla 2, muestra el grupo de edad de la muestra de estudio, donde la mitad [50,0% (59)] lo constituyeron los adultos jóvenes entre 20 a 39 años, seguido del 20,3% (24) lo conformaban los adultos medios (entre 40 a 49 años).

En relación al género, más de la mitad [53,4% (63)] pertenecieron al femenino, frente a 46,6% (55) que pertenecieron al masculino.

Tabla 3. Promedio de edad de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Género	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Masculino	39,07	34	15,07	15	75	34
Femenino	37,25	39	14,11	15	72	40

Fuente. Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).

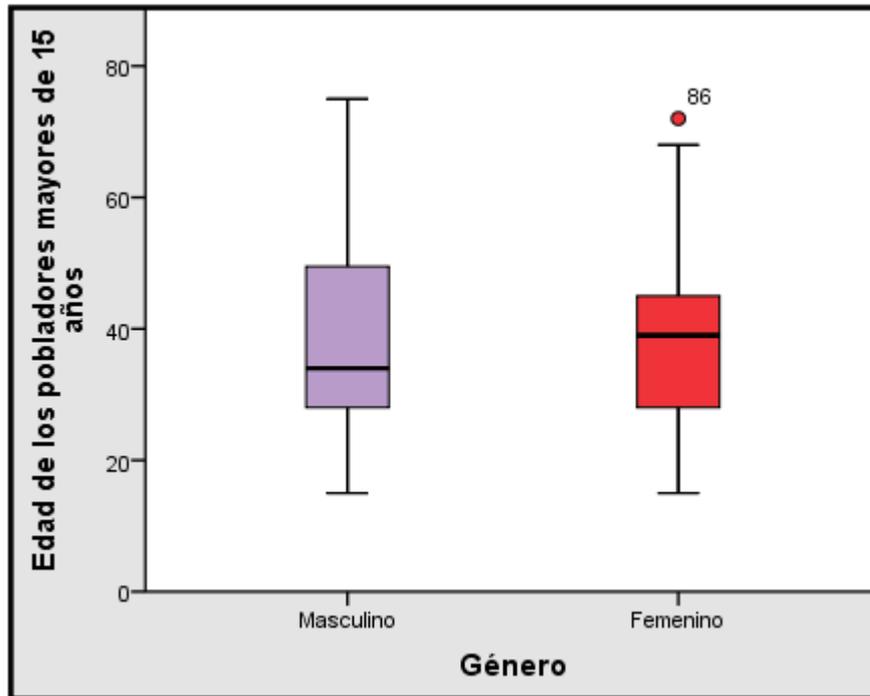


Figura 1. Representación gráfica de las edades de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

La tabla 3 y figura 1, que muestra las edades de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se halló que en el género masculino la edad mínima como máxima fue 15 y 75 años respectivamente, con una media de 39 años (DE= 15,07); por otro lado en el género femenino la edad mínima fue 15 y la máxima 72 años, con un promedio de 37 años (DE = 14,11, mostrándose resultados atípicos)

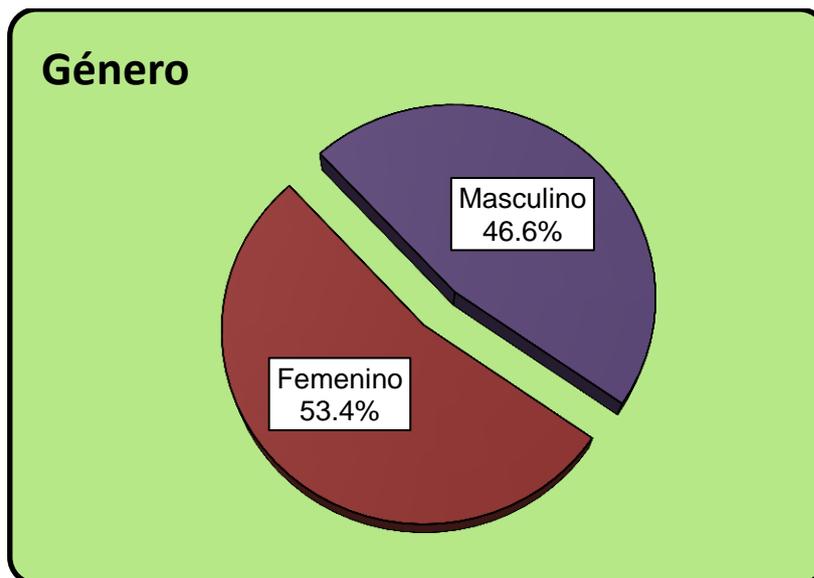


Figura 2. Representación gráfica del género de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

En la figura 2, se aprecia el género de los pobladores mayores de 15 años, en la que más de la mitad [53,4% (63)] fueron féminas, mientras que 46,6% (55) pertenecieron al género masculino.

Tabla 4. Variable persona: comportamiento de la enfermedad respiratoria en los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Comportamiento de la enfermedad respiratoria	n=118	
	fi	%
Diagnóstico de la Infección Respiratoria		
Bronquitis	27	22,9
Neumonía	43	36,4
Sinusitis	3	2,5
Tuberculosis	20	16,9
Amigdalitis	13	11,0
Otitis	7	5,9
Faringitis	5	4,2
Complicaciones durante la evolución de la enfermedad		
Sí	46	39,0
No	72	61,0
Tipo de complicación		
Bronconeumonía	27	22,9
Miocarditis	14	11,9
Atelectasia	5	4,2
Tratamiento farmacológico		
Antimicrobianos	64	54,2
Broncodilatadores	36	30,5
Antihistamínicos	10	8,5
Descongestionantes nasales	8	6,8

Fuente. Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02).

La tabla 4, respecto a la variable persona, referido al comportamiento de la enfermedad respiratoria en los pobladores mayores de 15 años en estudio, se observa que predominó el diagnóstico de la de neumonía en 36,4% (43), mientras que cerca de la cuarta parte [22,9% (27)] presentaron bronquitis, otro 16,9% (20) tuberculosis. Un 11,0% (13) amigdalitis y en mínimas proporciones presentaron casos de faringitis, sinusitis, otitis, entre otras.

En cuanto a las complicaciones durante la evolución de la enfermedad, más de la mitad [61,0% (72)] no presentaron complicaciones,

frente a la otra parte [39,0% (46)] que tuvieron complicaciones como la bronconeumonía (30,5%).

En relación al tratamiento de la enfermedad más de la mitad [54,2% (64)] recibieron tratamiento con antimicrobianos, seguido de 30,5% (36) que utilizaron broncodilatadores.

Tabla 5. Variable persona: cuadro clínico de los casos que acudieron al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Cuadro clínico de los casos	n=118			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Fiebre	103	87,3	15	12,7
Presencia de tos	72	61,0	46	39,0
Dolor de garganta	62	52,5	56	47,5
Expectoración mucopurulenta	33	43	67	57,0
Disnea	69	58,5	49	41,5
Letargia	44	37,3	74	62,7
Convulsiones	17	14	101	86,0
Falla ventilatoria	45	38,1	73	61,9
Consolidación pulmonar al auscultamiento	51	43,2	67	56,8
Dolor pleurítico	39	33,1	79	66,9
Leucocitosis mayor a 12000/mm ³	41	34,7	77	65,3
Verificación RX tórax (patrón de relleno alveolar, intersticial o mixto, se registra la presencia de derrame pleural y excavación)	11	9	107	91,0
Estertores crepitantes	49	41,5	69	58,5
Sonidos respiratorios reducidos	20	17	98	83,0

Fuente. Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02).

En la tabla 5, se muestra el cuadro clínico de los casos atendidas en el servicio de emergencia del centro de salud en estudio, donde se observó que una gran proporción tuvieron fiebre [87,3% (103)], también, 61,0% (72) presentaron tos, 52,5% (62) dolor de garganta, 58,5% (69) disnea y 43,0% (33) expectoración mucopurulenta. Mientras que una

importante proporción no presentaron, letargia [62,7% (74)]. De igual manera, 86,0% (101) no tuvieron convulsiones, 61,9% (73) falla ventilatoria, 56,8% (67) consolidación pulmonar al auscultamiento, 66,9% (79) dolor pleurítico, 65,3% (77) leucocitosis mayor a 12000/mm³, se registró presencia de derrame pleural y excavación, 58,5% (69) estertores crepitantes y 8,0% (87) sonidos respiratorios reducidos.

Tabla 6. Variable persona: problemas de salud asociados a la enfermedad respiratoria en los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Problemas de salud asociados a la enfermedad respiratoria	n=118			
	Si		No	
	Fi	%	fi	%
Sedentarismo	74	62,7	44	37,3
Riesgo cardiovascular alto y muy alto	60	50,8	58	49,2
Hipertensión arterial (>140/90)	49	41,5	69	58,5
Caries	48	40,7	70	59,3
Síndrome metabólico	38	32,2	80	67,8
Sobrepeso (25 <IMC< 29,9)	61	51,7	57	48,3
Colesterol total > 200 mg/dl	81	68,6	37	31,4
Enfermedad respiratoria crónica	54	45,8	64	54,2
Obesidad (IMC > 30)	51	43,2	67	56,8
Diabetes mellitus (2 glicemias > 126 mg/dl)	49	41,5	69	58,5

Fuente. Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02).

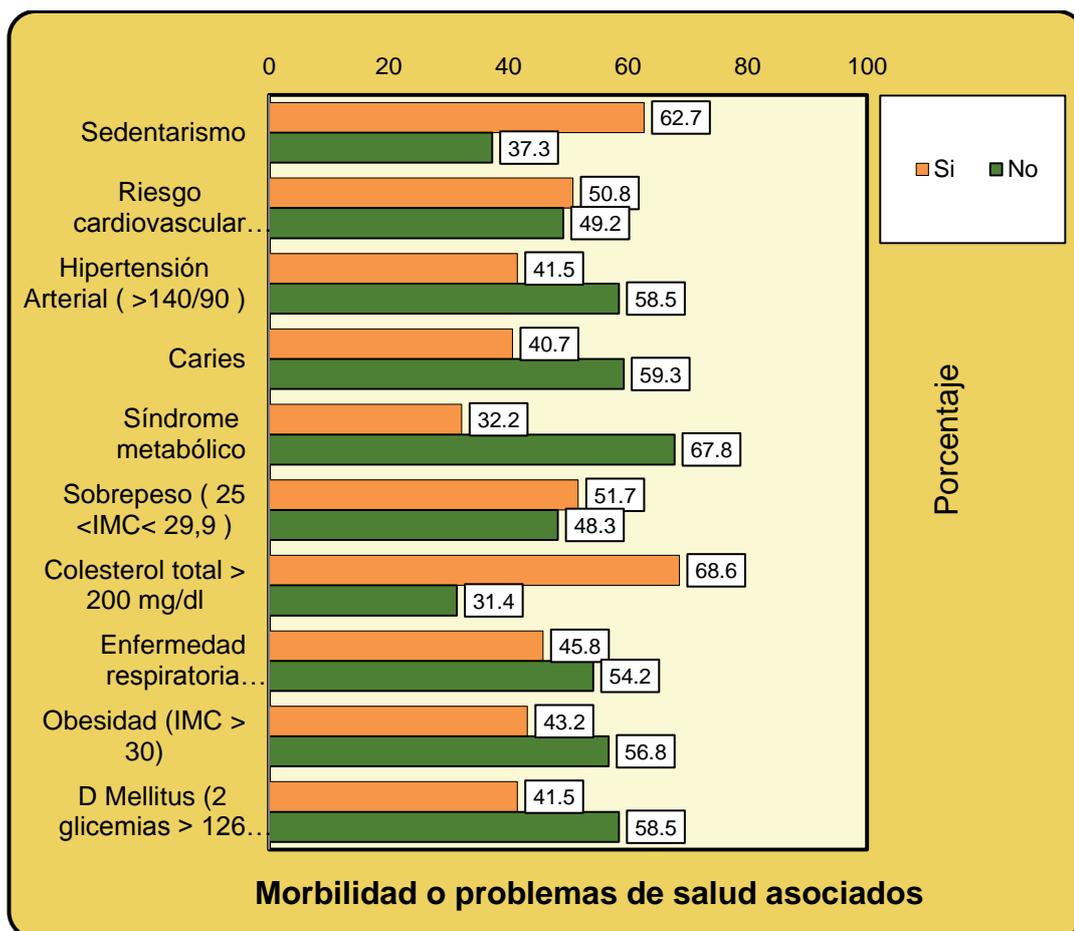


Figura 3. Representación gráfica de los problemas de salud asociados a la enfermedad respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

En la tabla 6, acerca de la morbilidad o problemas de salud asociados a la enfermedad respiratoria en los pobladores mayores de 15 años en estudio, se aprecia que 68,6% (81) tuvieron el colesterol total > 200 mg/dl, seguido de 62,7% (74) que se encontraban que eran sedentarios. La mitad de la muestra y otro grupo muy próximo a la mitad presentaron sobrepeso, riesgo cardiovascular alto y muy alto, enfermedad respiratoria crónica, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus,

caries, entre otros problemas de salud (51,7%; 50,8%, 45,8%; 43,2%, 41,5%; 40,7 respectivamente).

Tabla 7. Variable persona: comportamientos de riesgo de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Comportamientos de riesgo	n=118			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Ventilación nula o esporádica de la vivienda	109	92,4	9	7,6
Hacinamiento	74	62,7	44	37,3
Hábito al tabaco de algún integrante del grupo familiar dentro de la vivienda	60	50,8	58	49,2
Automedicación en casos de problemas respiratorios	75	63,6	43	36,4
Falta protección para la influenza	58	49,2	60	50,8
Quema de basura	65	55,1	53	44,9
Limpia la casa levantando el polvo	98	83,1	20	16,9
Utiliza desinfectante para la limpieza de los servicios higiénicos	94	79,7	24	20,3

Fuente. Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).

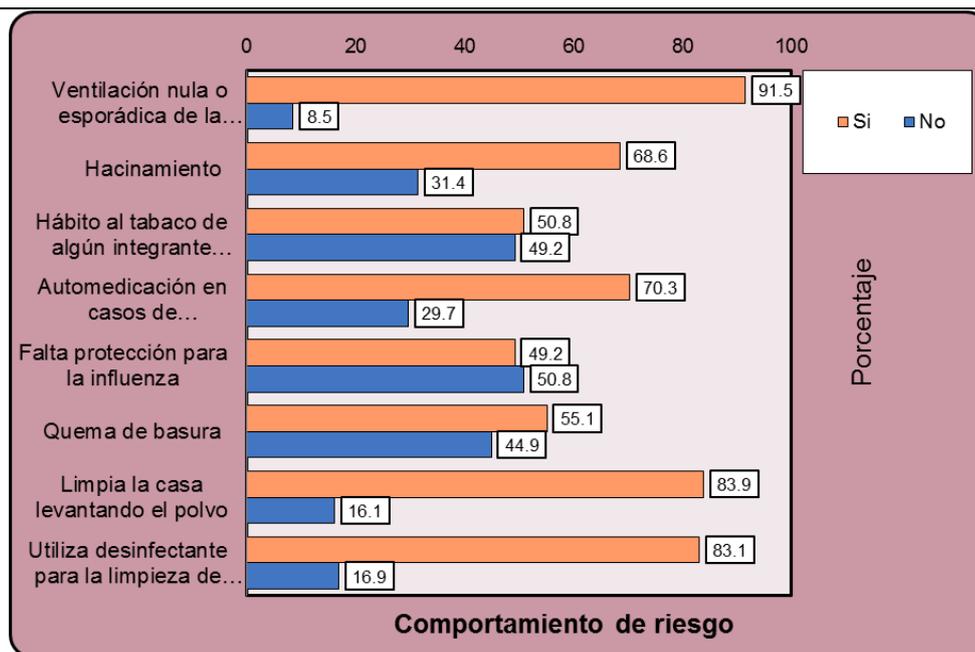


Figura 4. Representación gráfica de la variable persona: comportamientos de riesgo de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

En la tabla 7, sobre la variable persona: referido a los comportamientos de riesgo de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se halló que una gran proporción [92,4% (109)] tuvieron ventilación esporádica o nula de su vivienda, seguido del 83,1% (98) que realizaban la limpieza de la casa levantando polvo.

También, 79,7% (94) utilizaban desinfectantes para la limpieza de los servicios higiénicos, 63,6% (75) se automedicaban en casos de problemas respiratorios, un 62,7% (74) se exponían al hacinamiento, y 55,1% (65) quemaba la basura domiciliaria.

Mientras tanto la mitad de la muestra [50,8% (60)] contaban con protección para la influenza, seguido de alrededor de la mitad [49,2% (58)] donde ningún integrante de la familia tenían hábito tabáquico.

Tabla 8. Variable tiempo: inicio de la enfermedad, estancia hospitalaria y semana epidemiológica en la que acudieron los casos al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Variable tiempo	n=118	
	fi	%
Tiempo de inicio de la sintomatología		
Menos de 24 horas	30	25,4
De 25 a 48 horas	47	39,8
De 49 a 72 horas	33	28,0
Más de 72 horas	8	6,8
Estadía hospitalaria		
1 día	37	31,4
2 días	48	40,7
3 días	19	16,1
4 a más días	14	11,9
Semana epidemiológica		
3	56	47,5
4	15	12,7
5	8	6,8
6	5	4,2
27	34	28,8

Fuente. Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).

En la tabla 8, sobre el tiempo de inicio de la sintomatología, estancia hospitalaria y semana epidemiológica en la ocurrió la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 año en estudio, se evidenció que 39,8% (47) de ellos iniciaron la sintomatología entre 25 a 48 horas, seguido de más de la mitad [28,0% (33)] que tuvieron los síntomas entre 49 a 72 horas previos a la atención en el servicio de emergencia. Respecto al tiempo de hospitalización de los casos en estudio, se evidenció que un 40,7% (16) de la muestra estuvieron hospitalizados 2 días, seguido de 31,4% (37) que tuvieron un día de estancia. Se observan proporciones menores para las estancias de 3 y 4 días.

En relación a la semana epidemiológica, en cerca de la mitad [47,5% (56)] ocurrió en la semana 3, seguido de más de la cuarta parte [28,8% (34)] que fue en la semana 27.

Tabla 9. Variable lugar: entidad territorial y servicio de atención de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Entidad territorial y servicio de atención	n=118	
	fi	%
Entidad territorial		
Urbano	78	66,1
Rural	38	32,2
Urbano marginal	2	1,7
Servicio de atención:		
Medicina general	49	41,5
Unidad de Cuidados Intensivos	38	32,2
Consultas externas y urgencias por IRA	31	26,3

Fuente. Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).

La tabla 9, respecto a la entidad territorial, una gran proporción [66,1% (78)] acudieron a la zona urbana, mientras que 32,2% (38) de la muestra en estudio procedieron la zona rural.

Respecto al servicio de atención, cerca de la mitad [41,5% (49)] se hospitalizaron en medicina general, seguido del 32,2% (38) que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos. Nótese que un 26,3% (31) fueron atendidos en las consultas externas y urgencias por IRA.

Tabla 10. Comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias	n=118			
	Bajo riesgo		Alto riesgo	
	fi	%	fi	%
Variable Persona				
Condición de estado civil casado (a)	56	47,5	62	52,5
Contar con estudios secundarios	96	81,4	22	18,6
Ser trabajador independiente	71	60,2	47	39,8
Profesar la religión católica	36	30,5	82	69,5
Ser del grupo de edad adolescente (15-19)	108	91,5	10	8,5
Pertenecer al género femenino	55	46,6	63	53,4
Contar con diagnóstico de neumonía	75	63,6	43	36,4
Presentar complicación de bronconeumonía	91	77,1	27	22,9
Ser tratado con antimicrobianos	54	45,8	64	54,2
Exposición a sedentarismo	44	37,3	74	62,7
Presencia de riesgo cardiovascular alto y muy alto	58	49,2	60	50,8
Sobrepeso ($25 < \text{IMC} < 29,9$)	57	48,3	61	51,7
Colesterol total > 200 mg/dl	37	31,4	81	68,6
Estar asociado a enfermedad respiratoria crónica.	64	54,2	54	45,8
Ventilación nula o esporádica de la vivienda	9	7,6	109	92,4
Hacinamiento	44	37,3	74	62,7
Automedicación	43	36,4	75	63,6
Limpia la casa levantando el polvo	20	16,9	98	83,1
usa desinfectantes en los servicios higiénicos	24	20,3	94	79,7
Variable tiempo				
Tiempo de inicio de la sintomatología entre 25 a 48 horas	71	60,2	47	39,8
2 días de estancia hospitalaria	70	59,3	48	40,7
Incidencia en la tercera semana epidemiológica	62	52,5	56	47,5
Variable lugar				
Procedencia urbana	40	33,9	78	66,1
Hospitalización en medicina general	78	66,1	49	41,5

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01). Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02). Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).

En la tabla 10, acerca del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se observa los riesgos relacionados a las enfermedades respiratorias. Como es el caso, integran las variables epidemiológicas correspondientes: persona, lugar y tiempo.

Respecto a la variable persona, representan alto riesgo el hecho de profesar la religión católica con 69,5% (82), el ser del grupo de edad adolescente (15-19) a 50,0% (59), el pertenecer al género femenino 53,4% (63), el ser tratado con antimicrobianos a 54,2% (64), la exposición a sedentarismo en 62,7% (74), el sobrepeso ($25 < \text{IMC} < 29,9$) en 51,7% (61), el colesterol total > 200 mg/dl en 68,6% (81), la ventilación nula o esporádica de la vivienda en 92,4% (109), el hacinamiento en 62,7% (74), la automedicación en 63,6% (75), la limpieza de la casa levantando polvo en 83,1% (98), y el utilizar desinfectantes en los servicios higiénicos en 79,7% (94).

Respecto a la variable tiempo, se observa poca implicancia como factor de riesgo en el comportamiento epidemiológico.

En cuanto a la variable lugar fueron de alto riesgo la procedencia urbana en 66,1% (78) y la hospitalización en medicina general en 41,5% (49).

Tabla 11. Tipo de comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Tipo de comportamiento epidemiológico	n=118	
	Fi	%
Variable persona		
Bajo riesgo	67	56,8
Alto riesgo	96	81,4
Variable tiempo		
Bajo riesgo	69	58,5
Alto riesgo	51	43,2
Variable lugar		
Bajo riesgo	22	18,6
Alto riesgo	49	41,5

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01). Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02). Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).

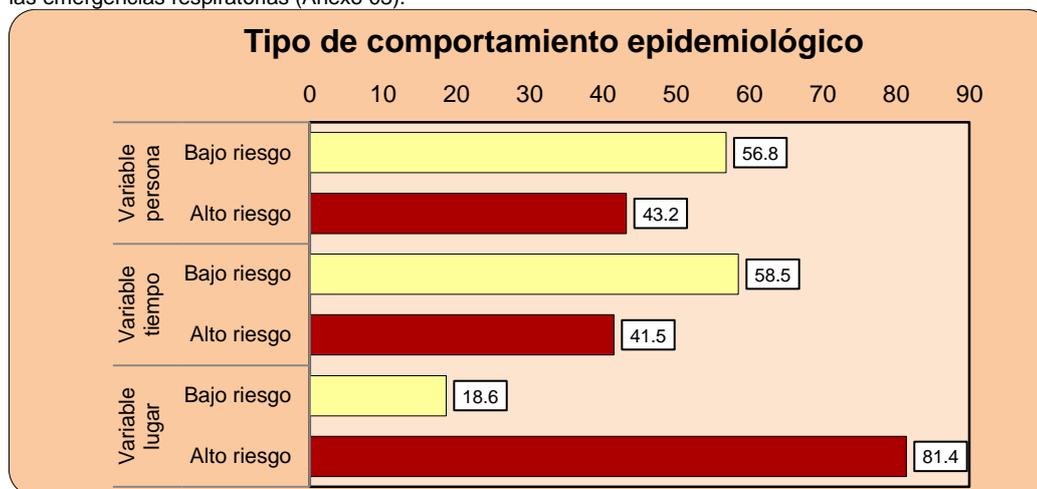


Figura 5. Representación gráfica del tipo de comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

En la tabla 11 y figura 5, sobre el tipo de comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se aprecia que un 81,4% (96) de la muestra

tuvieron un comportamiento de riesgo en la variable lugar; mientras que más de la mitad [58,5% (69)] mostraron un comportamiento de bajo riesgo en la variable tiempo.

Tabla 12. Comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Comportamiento epidemiológico	n=118	
	fi	%
Bajo riesgo	35	29,7
Alto riesgo	83	70,3

Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01). Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02). Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03).

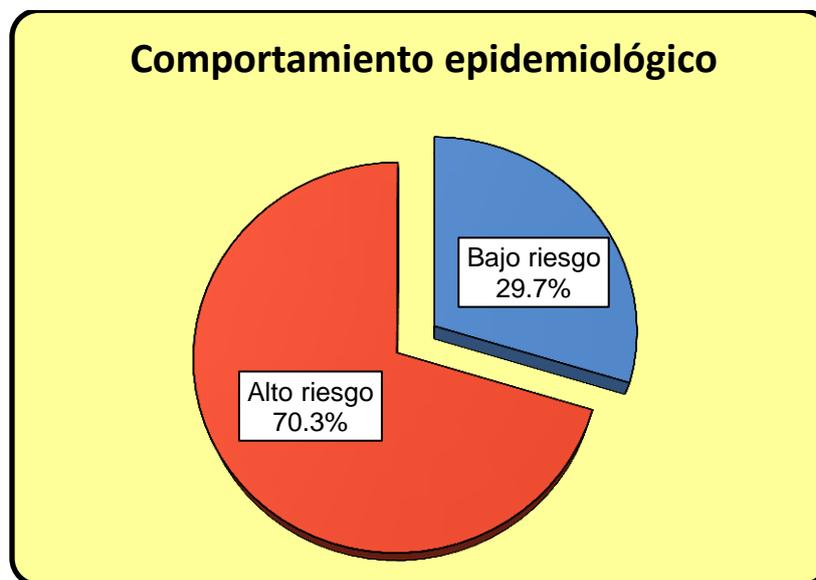


Figura 6. Representación gráfica del comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

En la tabla 12 y figura 6, sobre el comportamiento epidemiológico de la emergencia respiratoria de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se evidenció que alrededor de las tres cuartas partes [70,3% (83)] tuvieron un comportamiento de alto riesgo, frente al 29,7% (35) que tuvieron un comportamiento de bajo riesgo.

Descripción del conocimiento de las medidas preventivas

Tabla 13. Conocimiento básico de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Conocimiento básico de la IRA	n=118			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Concepto	43	36,4	75	63,6
Sintomatología	36	30,5	82	69,5
Signos de peligro	78	66,1	40	33,9
Mecanismos de transmisión de infecciones	60	50,8	58	49,2

Fuente. Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

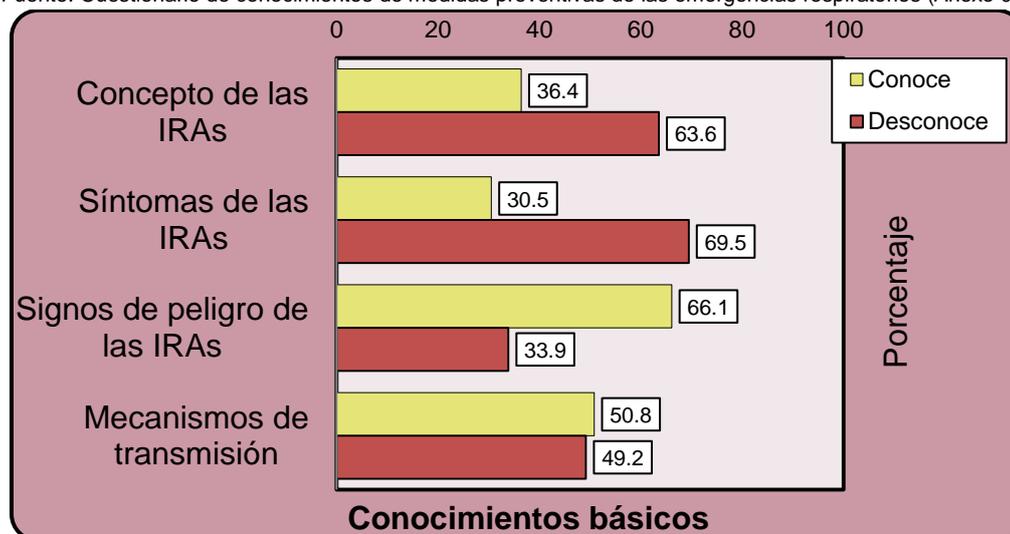


Figura 7. Representación gráfica del conocimiento básico de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

En la Tabla 13 y figura 7, sobre el conocimiento básico de la IRA de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se observó que 66,1% (78) conocían acerca de los signos de peligro de las IRAs, seguido del 50,8% (60) que sabían el mecanismo de transmisión.

Mientras que una importante proporción [69,5% (82)] desconocían la sintomatología de la IRA, seguido del 63,6% (75) que desconocían el concepto de las IRAs.

Tabla 14. Conocimiento de los factores de riesgo de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Factores de riesgo	n=118			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Factores de riesgo ambientales	73	61,9	45	38,1
Factores de riesgo más frecuentes	29	24,6	89	75,4

Fuente. Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

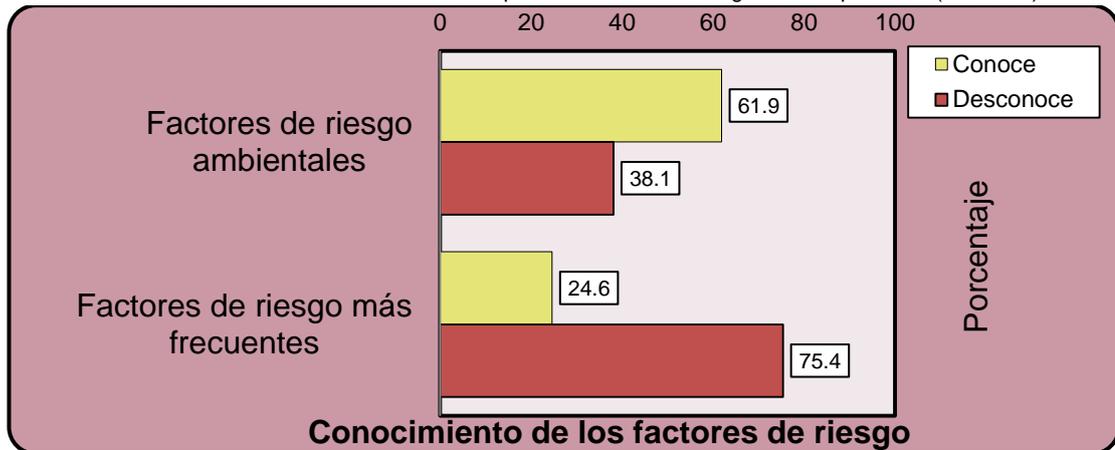


Figura 8. Representación gráfica del conocimiento de los factores de riesgo de la IRA de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

La tabla 14 y figura 8, acerca del conocimiento de los factores de riesgo de la IRA de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se aprecia que un 61,9% (73) conocen sobre los factores de riesgo ambientales, por otro lado las tres cuartas partes [75,4% (89)] desconocen los factores de riesgo más frecuentes,

Tabla 15. Conocimiento de las complicaciones de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Conocimiento de las complicaciones	n=118			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Complicaciones de las IRAs	46	39,0	72	61,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

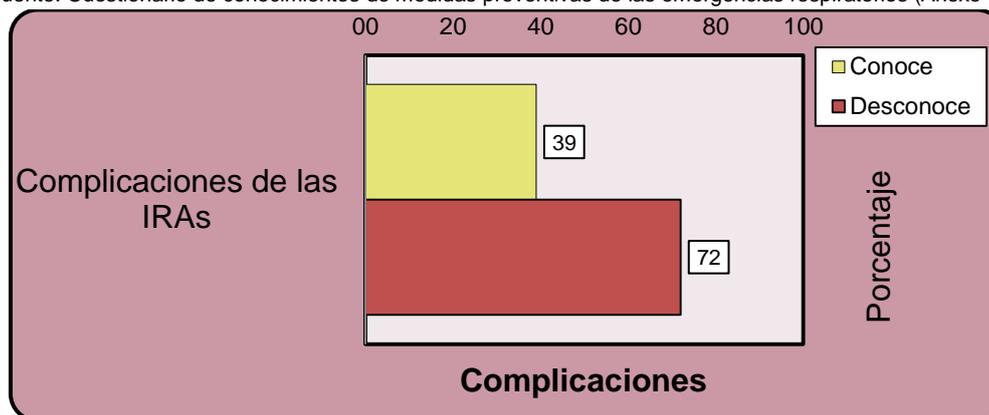


Figura 9. Representación gráfica del conocimiento de las complicaciones de la IRA de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

La tabla 15 y figura 9, sobre el conocimiento de las complicaciones de la IRA de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se halló que 39,0% (46) conocían dichas complicaciones, frente al 61,0% (72) que desconocían las complicaciones de las IRAs,

Tabla 16. Conocimiento del tratamiento de las IRAs de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Conocimiento del tratamiento	n=118			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Tratamiento de la IRA	41	34,7	77	65,3

Fuente. Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

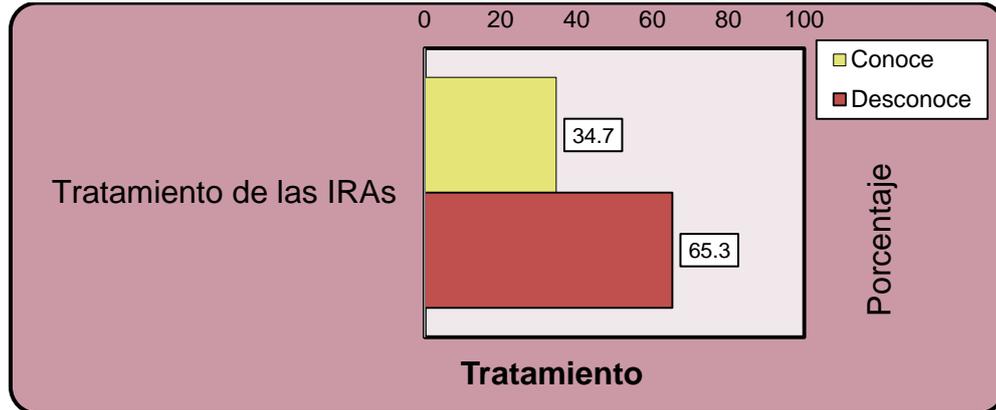


Figura 10. Representación gráfica del conocimiento del tratamiento de la IRA de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

En la presente tabla 16 y figura 10 acerca del conocimiento del tratamiento de la IRA de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se aprecia que un 34,7% (41) conocían el tratamiento, frente a más de la mitad [65,3% (77)] que desconocían tal temática.

Tabla 17. Conocimiento de las medidas preventivas de las enfermedades respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Conocimiento de las medidas preventivas de las enfermedades respiratorias	n=118			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Acciones para evitar los problemas respiratorios	62	52,5	56	47,5
Lugar donde debe acudir al presentar signos y síntomas de la IRA	67	56,8	51	43,2
Aplicar medidas higiénicas en la vivienda	39	33,1	78	66,9
Búsqueda de información de la prevención	34	28,8	84	71,2

Fuente. Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

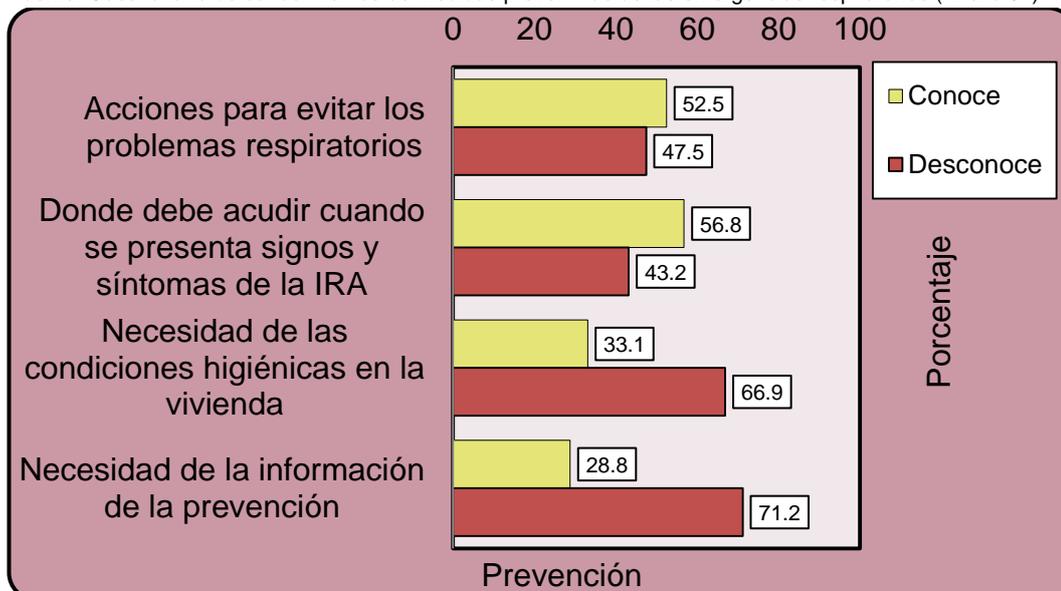


Figura 11. Representación gráfica del conocimiento de la prevención de la IRA de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

En la Tabla 17 y figura 11, muestra el conocimiento de la prevención de la IRA que encuentran los pobladores mayores de 15 años en estudio, donde se evidencia que un 56,8% (67) conocían el lugar a donde deben de acudir al presentar signos y síntomas de las IRAs,

seguido de alrededor de la mitad [52,5% (62)] que conocían las acciones para evitar los problemas respiratorios.

Por otro lado una importante proporción [71,2% (84)] desconocían la necesidad de buscar información de la prevención, seguido del 66,9% (78) que desconocen la forma de aplicar las medidas higiénicas en la vivienda.

Tabla 18. Conocimiento de las medidas preventivas de las emergencias respiratorias según sus dimensiones de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Conocimiento de las medidas preventivas, según sus dimensiones	n=118			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Aspectos básicos de la IRA	29	24,6	89	75,4
Factores de riesgo	22	18,6	96	81,4
Complicaciones de la IRA	46	39,0	72	61,0
Tratamiento de la IRA	41	34,7	77	65,3
Prevención	26	22,0	92	78,0

Fuente. Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

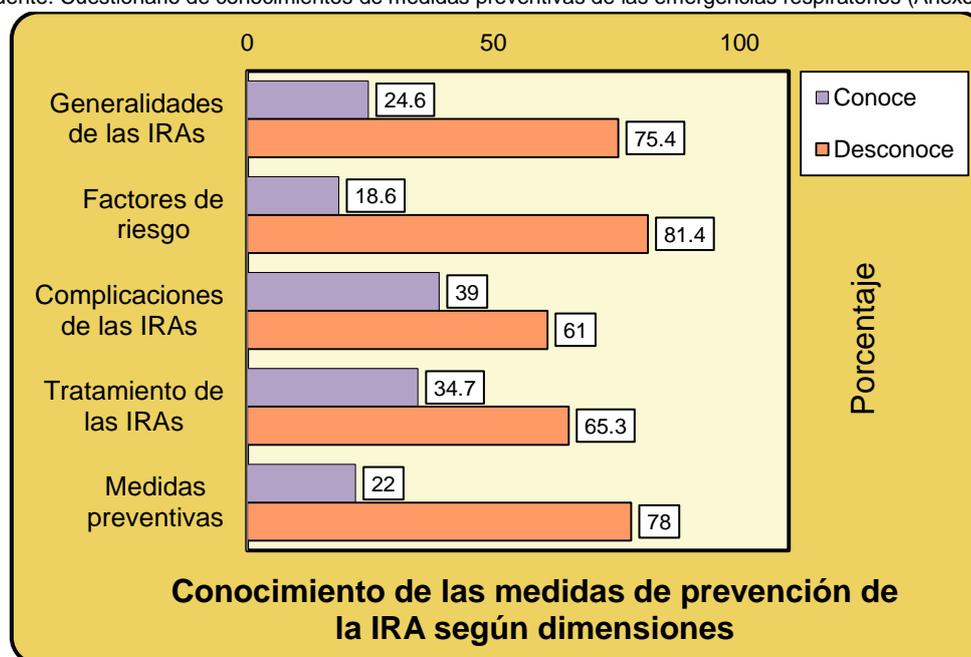


Figura 12. Representación gráfica del conocimiento sobre las medidas de prevención de la IRA de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

La presente tabla 18 y figura 12, que representa el conocimiento de las medidas preventivas de las enfermedades respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio, donde se halló que un 39,0%

(46) conocían acerca de las complicaciones de la IRA, seguido 34,7% (41) que conocían el tratamiento de la IRA.

Mientras tanto el 81,4% (96) desconocían los factores de riesgo de la IRA, así mismo, más de las tres cuartas partes [78,0% (92)] desconocían sobre las medidas preventivas.

Tabla 19. Evaluación del conocimiento sobre las medidas preventivas de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Evaluación del conocimiento sobre las medidas preventivas de las emergencias respiratorias	n=118	
	fi	%
Conoce	38	32,2
Desconoce	80	67,8

Fuente. Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).



Figura 13. Representación gráfica de la evaluación del conocimiento de las medidas preventivas de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

La presente tabla 19 y figura 13, representa el nivel de conocimiento de las medidas preventivas de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio, donde se evidencia que un 32,2% (38) conocen sobre la IRA, frente a 67,8% (80) que desconocen al respecto.

4.2. Comprobación de hipótesis

Tabla 20. Conocimiento de las medidas preventivas y su relación con el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Tipo de conocimiento de las medidas preventivas	Comportamiento epidemiológico				X ²	GL	p-valor
	Alto riesgo		Bajo riesgo				
	fi	%	Fi	%			
Conoce	32	27,1	6	5,1	5,17	1	0,02
Desconoce	51	43,2	29	24,6			
Total	83	70,3	35	29,7			

Fuente. Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01). Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02). Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03). Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

Respecto al análisis de la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se halló que 43,2% (51) desconocen las medidas preventivas y, a su vez tienen un comportamiento epidemiológico de alto riesgo.

Al comprobar la relación entre dichas variables, se halló un valor calculado de $X^2 = 5,17$ para 1 grado de libertad, con alta significancia estadística ($p = 0,02$); con lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando relación entre dichas variables.

Tabla 21. Conocimiento general de las medidas preventivas y su relación con el comportamiento epidemiológico de la variable persona en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Conocimiento general de las medidas preventivas	Comportamiento epidemiológico de la variable persona				χ^2	GL	p-valor
	Alto riesgo		Bajo riesgo				
	fi	%	Fi	%			
Conoce	22	18,6	16	13,6	4,92	1	0,03
Desconoce	29	24,6	51	43,2			
Total	51	43,2	67	56,8			

Fuente. Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01). Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02). Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03). Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

Al analizar la relación entre el conocimiento general de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable persona en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se halló, que un 24,6% (29) desconocen los aspectos básicos de la IRA y, a su vez tuvieron un comportamiento epidemiológico de alto riesgo.

Corroborando la relación entre dichas variables, se halló un valor calculado de $\chi^2 = 4,92$ para 1 grado de libertad, con significancia estadística ($p = 0,03$); con lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando relación entre dichas variables.

Tabla 22. Conocimiento general de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable tiempo en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Conocimiento general de las medidas preventivas	Comportamiento epidemiológico de la variable tiempo				X ²	GL	p-valor
	Alto riesgo		Bajo riesgo				
	fi	%	Fi	%			
Conoce	21	17,8	17	14,4	4,36	1	0,03
Desconoce	28	23,7	52	44,1			
Total	49	41,5	69	58,5			

Fuente. Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01). Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02). Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03). Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

Evaluando la relación entre el conocimiento general de la IRA y el comportamiento epidemiológico de la variable tiempo en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se halló que un 23,7% (28) desconocen las medidas preventivas y, a su vez tuvieron un comportamiento epidemiológico de alto riesgo.

Al comprobar la relación entre las dos variables, mediante la prueba de Chi-cuadrada, se evidenció un valor calculado de 4,36 para 1 grado de libertad, con significancia ($p = 0,03$); con lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando la relación de dichas variables.

Tabla 23. Conocimiento general de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable lugar en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014

Conocimiento general de las medidas preventivas	Comportamiento epidemiológico de la variable lugar				X ²	GL	p-valor
	Alto riesgo		Bajo riesgo				
	fi	%	Fi	%			
Conoce	30	25,4	8	6,8	0,214	1	0,624
Desconoce	66	55,9	14	11,9			
Total	96	81,4	22	18,6			

Fuente. Fuente. Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01). Datos clínicos de los casos de emergencias respiratorias (Anexo 02). Ficha de registro del comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias (Anexo 03). Cuestionario de conocimientos de medidas preventivas de las emergencias respiratorias (Anexo 04).

Analizando la relación entre el conocimiento general de la IRA y el comportamiento epidemiológico de la variable lugar en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio, se halló que un 55,9% (66) desconocen la IRA y, a su vez tuvieron un comportamiento epidemiológico de alto riesgo.

Comprobando la relación entre las dos variables, se evidenció un valor calculado de $X^2 = 0,214$ para 1 grado de libertad, sin significancia estadística ($p = 0,624$); con lo que se aceptó la hipótesis nula, determinando ausencia de relación de dichas variables

4.3. Discusión de resultados

El estudio, partió de las consideraciones respecto a que la IRA son infecciones que con más frecuencia amenaza la vida, especialmente en países en vía de desarrollo, como el Perú (31).

El análisis de la relación de las variables, evidenció que cuando existe conocimiento general de las medidas preventivas, el comportamiento epidemiológico de las variables persona y tiempo en las emergencias respiratorias de los pobladores en estudio es de bajo riesgo. Por el contrario, resultó que la existencia de conocimiento general de las medidas preventivas no guarda relación con el comportamiento epidemiológico de la variable lugar.

De manera general, se comprobó, que mientras exista conocimiento de las medidas preventivas, el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden a la Emergencia del Centro de Salud Chilca, durante el 2014 es de bajo riesgo, por el contrario, el desconocimiento conlleva a comportamientos de alto riesgo.

Por cierto, cada problema de salud es resultado de la exposición a factores de riesgo, esto ya ha sido reconocido por diversos estudiosos, tal es el caso de Casas (24), quien considera que la IRA, está influenciada por diversos factores, conocidos; entre los que se encuentran los: físicos, naturales, ecológicos, biológicos, económicos y sociales, los que son de gran complejidad pronóstico y evolución futura (49-51). Estos factores, pueden ser controlados con diversas estrategias de intervención, siendo

el conocimiento que dispone la persona, familia o comunidad, la que va a posibilitar su afrontamiento.

Al respecto, Roper (52), señala que el conocimiento es una de las determinantes de los comportamientos y actitudes frente a la salud. El mencionado autor, otorga valor a la intervención educativa de los profesionales de enfermería en materia de salud, con lo que las personas beneficiarias podrán tomar decisiones acertadas en sus actividades vitales, además refiere que la función principal de la profesional de enfermería " se centra básicamente en prevenir problemas potenciales"

Por su parte, Johnson (53), puntualiza que las acciones de fomento de la conducta del paciente de forma eficaz y eficiente permiten prevenir la enfermedad. El paciente se define como sistema de comportamiento compuesto de 7 subsistemas. Cada subsistema compuesto por cuatro características estructurales, es decir, conjunto de unidades, las elecciones y el comportamiento observable. Además, el mencionado autor, propone la idea de que la enfermería debe centrarse en el comportamiento de una persona, más que en su estado de salud o condición de la enfermedad. Las medidas de prevención primaria se han convertido en el foco de atención de la salud en un intento por reducir los costos sanitarios, así como mejorar los resultados de salud del paciente. En este sentido, el modelo de Johnson proporciona un enfoque sistemático para las evaluaciones de enfermería y un método para guiar la atención del paciente.

En base a tales análisis, se admite que el conocimiento de las medidas preventivas influye en el control de los factores de riesgo, pudiéndose con ello disminuir la prevalencia de enfermedades, como es en este caso la IRA. Este hecho es corroborado por Morales, Acosta, Anaya, De la Cruz, Escamilla Jaramillo, et al (31), al señalar que los factores relacionados con la IRA, están la variable persona con los comportamiento de riesgo como el hacinamiento, la ventilación nula o esporádica de la vivienda, el hábito tabáquico pasivo, la desnutrición, el uso inadecuado de antibióticos y la automedicación en casos de problemas respiratorios, la no inmunización contra la influenza, la quema la basura para que no se le acumule, el acto de limpiar la casa levantando el polvo y el utilizar desinfectante para la limpieza de los servicios higiénicos. En cuanto al género y la edad parecen ser más frecuentes en los varones. Además los factores intrínsecos del huésped como la falta de alimentación materna.

Por ejemplo, enfocando el análisis del factor hacinamiento es una circunstancia ambiental favorecedora de la transmisión de las infecciones respiratorias. Se sabe que frecuentemente las infecciones se transmiten en la familia por contacto directo de persona a persona, algunas a través de gotitas suspendidas al aire. (24, 54, 55). Por su parte, Prieto, Russ, Reitor (56) hacen referencia que el hecho de dormir en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir IRA, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces

de transmitirlos: Del mismo modo consideran que el hábito de fumar pasivo constituye otro peligro para los expuestos a una atmósfera de humo de tabaco. Sin embargo, si la persona está suficientemente informada y adopta medidas de prevención, reducirá los factores de riesgo y con ello la disminución de la IRA.

Entre los resultados que coinciden con lo obtenido en el presente estudio en, el 2012 en Tacna Chirapo (19), estimó que un 52,10% de los casos de IRA, presentaron un conocimiento de nivel medio sobre la prevención de IRA, 42,86% nivel alto y 5,04% nivel bajo; en las prácticas de la madre en la prevención de las IRAs, predominó la saludable con 68,07% frente a las no saludables 31,93%; concluyeron señalando que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas en la prevención de IRAs en madres con niños menores de 5 años.

En la misma línea, Villarruel (57), en el 2012 evidenció que el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de cinco años acerca de la IRA fue bajo en 54,5%, medio en 23,6% y alto 21,9%. Un 72,2% de las madres aplicaron medidas preventivas en las IRA de tipo inadecuado y fueron adecuadas en tan solo 27,8%. Concluyó que el conocimiento de las madres con niños menores de cinco años tiene relación significativa con la aplicación de medidas preventivas en IRAs.

En el 2011 Correa, Guerra (15), demostraron que un 84,1% de las madres tenían conocimiento de nivel medio, de las cuales 65,5% tienen prácticas correctas, el 8,7% tenían conocimiento bajo y 100% de ellas,

aplicaban prácticas de prevención incorrectas y solo un 7,2% tenían conocimiento alto y todas tienen prácticas correctas (100%). La variable tiempo, habla de la variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad ambiental (31). En los establecimientos de salud se estima que tres de cada cuatro consultas que se atienden en los servicios son en relación con enfermedades infecciosas y corresponden a padecimientos respiratorios agudos, los cuales se presentan principalmente entre las semanas 16 a 39 semanas en lo que va del año (entre mediados de abril a agosto).

Esto se corrobora con los resultados de los estudios de la Oficina Regional para las Américas de la OMS (13), quienes en base a los registros de casos de IRAs a lo largo de todo el año en el territorio del país, observaron especialmente las formas graves, durante los meses de bajas temperaturas en las regiones de la sierra y selva del país, como son los meses de mayo a agosto.

Del mismo modo, en Ecuador, observaron un incremento de casos a partir de la semana epidemiológica 10; sin embargo hubo un pico de casos en la semana 29, elevándose de igual forma el índice de positividad por arriba del 50%; es decir 5 de cada 10 casos sospechosos fueron positivos a algún subtipo de influenza; de casos reportados (58).

En el 2012, hasta la semana 52 se registraron 2'794,552 casos de IRAS y 367 defunciones, siendo las regiones de Loreto, Puno, Junín y Cusco los más afectadas, le siguió Lima, Huánuco, Ucayali, Cajamarca,

Arequipa, Pasco, entre otros, en donde en algunos la incidencia, disminuyó mientras que en otros ha ido en aumento

El frío es sólo uno de los factores que estarían asociados a la mayor cantidad de casos de IRAS, especialmente las formas graves, a lo cual se añade el estado nutricional de la población, las condiciones de vivienda y saneamiento, el conocimiento de la población sobre estas enfermedades y la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

En la variable lugar, el Ministerio de Salud de Colombia (59), hace referencia que en la mayoría de los países, ocurren con más frecuencia que cualquier otra enfermedad aguda; la incidencia de las IRA, parece similar en los países desarrollados y en desarrollo; y es algo más elevada en las áreas urbanas que en las rurales. El número de episodios puede variar, oscilando entre 2 a 6 al año. No obstante la severidad de ellas en los países en desarrollo es mayor, hecho asociado con la presencia de factores de riesgo que facilitan una evolución más tórpida. El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo (59).

Por su parte Morales, Acosta, Anaya, De la Cruz, Escamilla Jaramillo, et al (31), consideran la contaminación del medio ambiente como un factor de riesgo.

Según el Ministerio de Salud de Colombia (59), el período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días; siendo variable en algunos casos, iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínica con prolongación en algunos casos por más de 5 días. En un porcentaje importante de casos, la

duración de la enfermedad antes de la muerte, es breve, por la severidad y rapidez de su evolución (59).

El alto riesgo observado en las emergencias respiratorias en el establecimiento de salud en estudio, principalmente se expresa en las muertes por este tipo de daño, mortalidad que es similar a las ocurrencias de la población de Chile, donde desde hace 15 años, las enfermedades respiratorias constituyen una de las principales causas de muerte de dicha población, siendo sólo superadas por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos. Durante el año 2000, las enfermedades respiratorias fueron responsables del 10,5% de las muertes comunicadas en el país, con un volumen de 8.287 defunciones. La mortalidad por enfermedades respiratorias en la población adulta fue 3,2 veces superior a la observada en la población infantil, con una tasa específica de 54,4 defunciones por cada 100.000 habitantes (60).

Finalmente, los resultados de la presente investigación explican que el conocimiento de la población sobre las IRAS influyen en la prevención y control de los factores de riesgo del comportamiento (variable persona) y los ambientales (factor clima-tiempo), dado esta información sistematizada corresponde a los responsables del sector salud, direccionar las acciones de promoción, prevención y control mediante el empoderamiento de la población en el conocimiento y prácticas de prevención y fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular y del sector salud en su conjunto, acatando lo que demanda la Organización Mundial de la Salud (OMS),

mantener las medidas de vigilancia y control según los planes nacionales. En consecuencia resulta necesario el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica (clínica y de laboratorio) de las IRAs, además de la implementación de las medidas de prevención y control.

CONCLUSIONES

- Se comprobó la existencia de relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años que acuden al Servicio de Emergencia del Centro Salud Chilca, durante el 2014, al hallarse un valor calculado de $X^2 = 5,17$ para 1 grado de libertad, con alta significancia estadística ($p = 0,02$); por lo que se tuvo que rechazar la hipótesis nula, determinando la relación entre dichas variables.
- De forma específica, se halló relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable persona en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio ($X^2 = 4,92$, $gl = 1$ y $p = 0,03$), por lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando relación entre dichas variables y explica que el conocimiento determina un bajo riesgo y el desconocimiento un alto riesgo de las emergencias respiratorias.
- Respecto a la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable tiempo en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores

de 15 años en estudio, se comprobó relación entre dichas variables, ($X^2 = 4,36$ para 1 grado de libertad y $p = 0,03$); con lo que se rechazó la hipótesis nula, determinando la relación de dichas variables.

- Finalmente, se analizó la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y el comportamiento epidemiológico de la variable lugar en las emergencias respiratorias de los pobladores mayores de 15 años en estudio, donde se halló un valor calculado de $X^2 = 0,214$ para 1 grado de libertad, sin significancia ($p = 0,62$); por lo que no se pudo rechazar la hipótesis nula, determinando ausencia de relación entre dichas variables.

RECOMENDACIONES

En virtud de estos resultados, es perentorio poner atención a las siguientes sugerencias:

A las autoridades de salud del sector público y privado y demás implicados en la toma de decisiones:

- Promover una cultura de prevención de la IRA en todas las personas; por esta razón los responsables de la toma de decisiones deberán utilizar la presente información para asignar o reasignar recursos en programas de promoción, educación, prevención y control de las enfermedades respiratorias en la población en general. Implantar estrategias de prevención que disminuyan la morbi-mortalidad por esta causa, comprendiendo que es un problema de salud pública que afecta a todos.
- Se hace imperativo el abordaje según determinantes sociales en salud en la lucha contra la IRA, en consecuencia tal como lo menciona la Oficina Regional para las Américas de la OMS (13), las intervenciones para la prevención y las respuesta ante la IRA deben ser sostenidas a lo largo de todos los meses del año, y de carácter integral, incluyendo la vacunación de la población en riesgo antes del inicio de la temporada de frío y en forma permanente para los menores de cinco años, así como el desarrollo de la educación de la población, y la mejora de las viviendas y condiciones de saneamiento a través de actividades que ya han demostrado su valor en términos de costo – efectividad.

El abordaje debe estar orientado según los determinantes sociales vinculados a estas enfermedades.

- Divulgar las alertas meteorológicas entre la población y el personal de salud, ello podría servir para reforzar los sistemas de vigilancia comunitaria y de los servicios ante una mayor disminución de la temperatura en la época de heladas o friajes, o ante eventos climatológicos como lluvias intensas u súbitas bajas de temperaturas fuera de las fechas habituales.
- Para enfrentar un potencial brote epidémico de la IRA, especialmente durante la temporada de bajas temperaturas, se debe **planificar de forma oportuna** y debe ser un proceso donde se involucren y comprometan los gobiernos locales, las organizaciones sociales, las dependencias de salud del gobierno regional, la seguridad social y otras organizaciones de salud. Debe ser un proceso que inicie oportunamente ante la ocurrencia anual de la temporada de bajas temperaturas con un enfoque diferenciado para los escenarios de costa, sierra y selva.
- El país cuenta con un plan de gestión del riesgo de desastres en salud frente a bajas temperaturas elaborado por el MINSA que debe servir de referencia para la preparación en los niveles regional y local, y que puede ser complementado para una mejor organización y respuesta en los niveles descentralizados mediante protocolos o procedimientos específicos.

- Se requiere contar con la información suficiente y de calidad para identificar las tendencias y tomar las medidas de control necesarias para evitar los brotes o epidemias. En tal sentido, **sería importante aplicar las mejoras en la gestión de la información para la toma de decisiones efectivas y oportunas**, para lo cual resulta necesario contar con un profesional que apoye en la integración de los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio para un mejor seguimiento de los casos de IRAS especialmente de sus formas graves.
- Los datos generados por las diferentes fuentes deben ser congruentes, la información recolectada en las regiones debe incluir a todos los prestadores de salud, y es fundamental mantener las bases de datos de información de las micro redes de salud actualizadas.
- Informar a la población sobre los principios básicos de higiene personal, en especial sobre la importancia del lavado frecuente de manos con agua y jabón, para reducir la transmisión de los gérmenes que ocasionan las infecciones respiratorias agudas y que se diseminan al toser y estornudar sin protección.
- Promover la adopción de prácticas saludables que disminuyan el riesgo de infecciones respiratorias.
- Reforzar la red de emergencia para traslados.

- Mejorar la disponibilidad de camas básicas, intermedias y críticas: transformando áreas de servicios básicos e intermedios, habilitando camas básicas de otros servicios.
- Reforzar los turnos nocturnos y de fin de semana, tanto con personal médico, como de enfermería; entre otros profesionales.

A los pobladores de la jurisdicción del Centro de Salud de Chilca.

- Evitar la contaminación domiciliaria ocasionada por el humo de la leña, y ventilar frecuentemente la vivienda.
- Evitar el hacinamiento.
- Tratar de que los animales domésticos deben estar preferentemente fuera del hogar.
- Aislar a las personas con IRA mientras permanezca sintomáticas, limitando la deambulaci3n para evitar el contagio.
- Protegerse con la vacuna antigripal y otros derivados.
- Participar de las campañas informativas de salud para adoptar un mejor autocuidado de su salud.

A la comunidad científica

- Realizar estudios enfocados en las variables estudiadas, en mayor alcance muestral.
- Difundir los resultados de la presente investigaci3n para que los implicados en la temática puedan profundizar el análisis de la problemática y asumir retos desafíos en materia de prevenci3n de desastres naturales.

Referencias bibliográficas

1. Razón Behar R. Prevención de las infecciones respiratorias agudas: Presente y futuro. *Revista Cubana de Pediatría*. 2003;75(4):0-.
2. Organización Mundial de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú [Internet]. [Consultado 2016 Ago 11]. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/iras.pdf?ua=1>
3. Álvarez Castelló M, Castro Almarales R, Abdo Rodríguez A, Orta Hernández SD, Gómez Martínez M, Álvarez Castelló MdP. Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2008;24(1):0-.
4. Ministerio de Salud. Argentina. Recomendaciones para la vigilancia, prevención y atención de las Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina. Actualización Marzo de 2014 [Internet]. [Consultado 2016 Ago 13]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000476cnt-Actualizacin%20Recomendaciones%20-%20Infecciones%20Respiratorias%20Agudas%20Argentina%20Marzo%202014.pdf>
5. Ministerio de Salud de Chile. Organización Panamericana de la Salud. Guía de vigilancia intensificada de las IRA [Internet]. [Consultado 2016 Ago 21]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Influenza/Guia_deVigilancia_Intensificaca_de_las_IRA_junio2011.pdf junio2011
6. Valdivia C. Epidemiology of community-acquired pneumonia in adults. *Revista chilena de infectología*. 2005;22:s11-s7.
7. Bonvehí P, Nacinovich F. Vacunas para la prevención de enfermedades respiratorias de alto impacto [Internet]. [Consultado 2016 Ago 21]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/WebmasterSadi/vacunas-para-la-prevencin-de-enf-respiratorias-de-alto-impacto-2013>
8. Aristizábal G. Neumonías adquiridas en comunidad [Internet]. [Consultado 2016 Ago 21]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neumo12400conneumonias.htm>. [
9. Ministerio de Salud. Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), Neumonías y SOB (asma) en el Perú hasta la SE 06 - 2016 [Internet]. [Consultado 2016 Jul 30]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/06.pdf>
10. Solano M, Soto Quirós ME. Manejo práctico de las neumonías en niños. *Revista Médica del Hospital Nacional de Niños Dr Carlos Sáenz Herrera*. 2004;39(1):54-60.
11. Cujíño ML, Muñoz L. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no

- neumonía, en menores de cinco años. Manizales, 1999. ColombiaMédica. 2014;32(1):41-8.
12. Rabagliati R, Serri M, Perret C, Guzmán AM, Azócar T, Habash L, et al. Perfil clínico-epidemiológico de las infecciones por virus respiratorios en adultos hospitalizados durante la estación de influenza 2004. Revista chilena de infectología. 2006;23(2):111-7.
 13. Organización Mundial de la Salud. Infecciones respiratorias agudas en el Perú. Experiencia frente a la temporada de bajas temperaturas. Organización Panamericana de la Salud. Lima, OPS/OMS marzo 2014 [Internet]. [Consultado 2016 Ago 29]. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/iras.pdf?ua=1>
 14. Ministerio de Salud. Perú. Boletín epidemiológico [Internet]. [Consultado 2016 Ago 13]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/08.pdf>
 15. Correa Vásquez E, Guerra Córdova S. Nivel de conocimientos relacionado con prácticas sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años. Centro de Salud Morales. Octubre - Diciembre 2011. [Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería; 2011.
 16. Valdivia C. Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Revista chilena de infectología. 2005;22:s11-s7.
 17. Templeton KE, Scheltinga SA, van den Eeden WC, Graffelman WA, van den Broek PJ, Claas EC. Improved diagnosis of the etiology of community-acquired pneumonia with real-time polymerase chain reaction. Clinical infectious diseases. 2005;41(3):345-51.
 18. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clinical infectious diseases. 2007;44(Supplement 2):S27-S72.
 19. Chirapo Arizaca L. Nivel de conocimiento y su relación con las practicas en la prevención de IRAs en madres de niños menores de 5 años Puesto de Salud. [Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
 20. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para el equipo de salud. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación de la Argentina. 2da edición. GUIAS-MED_Abordaje IRA_int_2ºed.indd 1 17/03/2011 15:14:29. 2011 [Internet]. [Consultado 2016 Ago 29]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/enf-resp-guia.pdf>

21. Cruz AM, Bravo J, Rojas Vd. Conocimientos, creencias y prácticas respecto a las infecciones respiratorias agudas en adultos mayores de 65 años. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999;15(4):851-7.
22. Juy Aguirre E, Céspedes Florian E, Rubal Wong A, Maza González AM, Terán Guardia C. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *MEDISAN*. 2014;18(11):1468.
23. Ortiz Castellanos E, Guerra Domínguez E, Sánchez Hidalgo MdR, Martínez Jiménez A, Rosales Matamoros M. Comportamiento epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en infantes. Granma, 2000-2010. Pronósticos año 2011. *Multimed*. 2013;17(2):1-19.
24. Casas Plasencia L. Comportamiento epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en pacientes hospitalizados [Internet]. [Consultado 2016 ago 09]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/tesis_liuth.pdf
25. Universidad Nacional Hermilio Valdizán Medrano. Resumen de tesis de pregrado de enfermería junio de 2013 [Internet]. [Consultado 2016 Ago 11]. Disponible en: https://issuu.com/unheval.edu.pe/docs/resumenes_de_tesis_de_enfermeria_20
26. Unión Europea. Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud [Internet]. [Consultado 2016 may 22]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>
27. Carrasco Saavedra J, Valera López L. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y practicas sobre el examen de papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la urbanización Las Palmeras en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín-T. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Obstetricia; 2011.
28. Esteban Marca D. Nivel de conocimiento de puérperas en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Enero 2016. [Tesis para optar al título de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. E.A.P. de Medicina Humana 2016.
29. Palma Flores J. Practicas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarios del Centro de Salud Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, de enero a marzo del año 2011. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina San Fernando. Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2011.
30. Robaina Suárez G, Campillo Moliéva R. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Revista Cubana de Pediatría*. 2003;75(3):0-.
31. Morales De León J, Acosta O D, Dela Cruz Pinzón C, Escamilla Arrieta J, Jaramillo P C, Lequerica Segrera P, et al. Infección respiratoria aguda [Internet]. [Consultado 2016 Ago 13]. Disponible

- en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/infeccion%20respiratoria.pdf>
32. Brand V, Márquez M, Salazar A. Intervención de Enfermería en la Prevención de Infecciones Hospitalarias por Cateterismo Vesical en los Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Policlínica Metropolitana. Tercer Trimestre del año 2009. [Tesis para optar al Título de Licenciado en Enfermería]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2010.
 33. Correa J. Fundamentos de Pediatría: Enfermedades Infecciosas y Respiratorias. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB. 1994;2:944-1012.
 34. Giuffrida Villa M. Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria sistémica a la infección respiratoria aguda. Análisis del patrón de respuesta en pacientes asmáticos. [Tesis Doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Departamento de Medicina; 2011.
 35. Mbarek C, Akrouf A, Khamassi K, Ben GO, Hariga I, Ben AM, et al. [Recurrent upper respiratory tract infections in children and allergy. A cross-sectional study of 100 cases]. *La Tunisie medicale*. 2008;86(4):358-61.
 36. Abreu Suárez G. Infecciones respiratorias agudas. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1991;7(2).
 37. González O, Bravo G, Armas P, Pérez R, De Rojas L. Metodología para un estudio epidemiológico sobre infecciones respiratorias agudas. *Rev Cubana Med Trop*. 1992;44(2):83-91.
 38. Ibáñez Martí C. Que es la epidemiología [Internet]. [Consultado 2016 Ago 13]. Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/04/08/63013
 39. Saldías Peñafiel F, O'Brien Solar A, Gederlini Gollerino A, Farias Gontupil G, Díaz Fuenzalida A. Neumonía adquirida en la comunidad en el anciano inmunocompetente que requiere hospitalización. Cuadro clínico, factores pronósticos y tratamiento. *Archivos de Bronconeumología*. 2003;39(8):333-40.
 40. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, Bass JB, Broughton WA, Campbell GD, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2001;163(7):1730-54.
 41. Farr B, Bartlett C, Wadsworth J, Miller D. Risk factors for community-acquired pneumonia diagnosed upon hospital admission. *Respiratory medicine*. 2000;94(10):954-63.
 42. Ewig S. Community-acquired pneumonia: definition, epidemiology, and outcome. *Seminars in respiratory infections*. 1999;14(2):94-102.
 43. Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Estrada Rodríguez J, Chao Correa T, García Luna C. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de un año. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2014;14(2).

44. Nelson JD. Community-acquired pneumonia in children: guidelines for treatment. *The Pediatric infectious disease journal*. 2000;19(3):251-3.
45. Molluni Balcona M. Factores de riesgo de la neumonía adquirida en la comunidad en niños de la altura. [Tesis para optar al título profesional de Médico Cirujano]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Medicina Humana; 2013.
46. Hernández López OJ, Gómez Murcia PR. Mortalidad por influenza y neumonía. Tendencia, estacionalidad y pronósticos. *Jagüey Grande*, 2002-2010. *Revista Médica Electrónica*. 2011;33(6):701-9.
47. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA, et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia: a meta-analysis. *Jama*. 1996;275(2):134-41.
48. Saldías F, Mardóñez JM, Marchesse M, Viviani P, Farías G, Díaz A. Neumonía adquirida en la comunidad en el adulto hospitalizado: Cuadro clínico y factores pronósticos. *Revista médica de Chile*. 2002;130(12):1373-82.
49. Riverón Corteguera R, Rojo Concepción M, González Valdés JA. Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de 15 años en Cuba, desde 1968 hasta 1983. *Rev cuba hig epidemiol*. 1986;24(3):279-89.
50. Mulholland L, Weber M. Reconocimientos de causas y síntomas de la neumonía. *Noticias sobre IRA*. 1993;1994(25):2.
51. Cashat Cruz M, Morales Aguirre JJ, Mendoza Azpiri M. Respiratory tract infections in children in developing countries. *Seminars in pediatric infectious diseases*. 2005;16(2):84-92.
52. Pacheco M. Nancy Roper. Modelo de Enfermería [Internet]. [Consultado 2016 Ago 29]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos34/nancy-roper/nancy-roper.shtml#ixzz4HKQlba3l><http://www.monografias.com/trabajos34/nancy-roper/nancy-roper.shtml#ixzz4HKQ5TpBL>
53. Jhonson D. El Cuidado [Internet]. [Consultado 2016 Ago 29]. disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothy-jhonson.html>
54. Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics*. 2001;108(4):e67-e.
55. Savitha M, Nandeeshwara S, Kumar MP, Raju C. Modifiable risk factors for acute lower respiratory tract infections. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2007;74(5):477-82.
56. Prieto Herrera ME, Russ Durán G, Reitor Landrian L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000;16(2):160-4.
57. Villarruel Diaz K. Conocimiento y aplicación de medidas preventivas de infecciones respiratorias agudas de las madres de niños menores

- de 5 años Centro de Salud Villa San Luis. [Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2012.
58. Secretaría de Salud de México. Influenza Documento técnico. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología [Internet]. [Consultado 2016 Ago 29]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/lineamientos/influenza/documento_tecnico_influenza.pdf
 59. Ministerio de Salud de Colombia. Guía de atención de la infección respiratoria aguda. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. República de Colombia [Internet]. [Consultado 2016 Ago 29]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/16Atencion%20de%20la%20IRA.PDF>
 60. Universidad Andres Bello. Insuficiencia Respiratoria Aguda. Medicina interna [Internet]. [Consultado 2016 Ago 29]. Disponible en: <https://medicinainterna.wikispaces.com/Insuficiencia+Respiratoria+Aguda>

ANEXOS

Código()

fecha / /

ANEXO 01**GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Conocimiento de medidas preventivas y comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de pobladores mayores de 15 años que acuden a la Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado (a) señora, señora, joven y señorita en esta oportunidad se le solicita que responda a las preguntas relacionadas con sus características generales, para lo cual se le pide que marque con un aspa (x), en el paréntesis correspondiente. Su respuesta son sumamente valiosas, por tanto responda con la mayor veracidad Su participación en ella es individual, voluntaria y confidencial.

Agradecemos su colaboración.

Estado civil

1. ¿Cuál es su estado civil?

- | | | | |
|------------|-----|-------------|-----|
| Soltera | () | Casada | () |
| Divorciada | () | Conviviente | () |
| Viuda | () | | |

Escolaridad

2. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- | | | | |
|---------------------|-----|-----------------------|-----|
| Sin estudio | () | Primaria incompleta | () |
| Primaria completa | () | Secundaria incompleta | () |
| Secundaria completa | () | Superior incompleta | () |
| Superior completa | () | | |

Ocupación

3. ¿Cuál es su ocupación?

- | | |
|--------------------------|-----|
| Ama de casa | () |
| Trabajador dependiente | () |
| Trabajador independiente | () |
| Otro | () |
| Especifique..... | |

Religión

4. ¿Cuál es su religión?

- | | | | |
|----------|-----|-------------------|-----|
| Católica | () | Evangélica | () |
| Mormón | () | Testigo de Jehová | () |
| Otro | () | especifique..... | |

ANEXO 02

**FICHA CLÍNICA DE LOS CASOS DE EMERGENCIAS
RESPIRATORIAS**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Conocimiento de medidas preventivas y comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de pobladores mayores de 15 años que acuden a la Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado (a) encuestadora, sírvase registrar los indicadores de la presente ficha. Registre con precisión los datos requeridos.

Agradecemos su colaboración.

N°		SÍ	No
I	Tipo de Infección Respiratoria Diagnosticada		
1	Bronquitis		
2	Neumonía		
3	Sinusitis		
4	Tuberculosis		
5	Otitis		
6	Amigdalitis		
II	Tratamiento		
7	Antimicrobianos		
8	Broncodilatadores		
9	Antihistamínicos		
10	Descongestionantes nasales		
III	Complicaciones		
11	Bronconeumonía		
12	Miocarditis		
13	Atelectasia		
IV	Datos Clínicos		
14	Fiebre		
15	Presencia de tos		
16	Dolor de garganta		
17	Expectoración mucopurulenta		
18	Disnea		
19	Letargia		
20	Convulsiones		
21	Falla ventilatoria		
22	Consolidación pulmonar al auscultamiento		
23	Dolor pleurítico		
24	Leucocitosis mayor a 12000/mm ³		
25	Verificación RX tórax (patrón de relleno alveolar, intersticial o mixto, se registra la presencia de derrame pleural y excavación)		
26	Estertores crepitantes		
27	Sonidos respiratorios reducidos		

28	Mortalidad por IRA		
V	Morbilidad o problemas de salud asociados		
29	Sedentarismo		
30	Riesgo cardiovascular Alto y muy Alto		
31	Hipertensión Arterial (>140/90)		
32	Caries		
33	Síndrome metabólico		
34	Sobrepeso (25 <IMC< 29,9)		
35	Colesterol total > 200 mg/dl		
36	Enfermedad respiratoria Crónica.		
37	Obesidad (IMC > 30)		
38	Diabetes Mellitus (2 glicemias > 126 mg/dl)		

ANEXO 03
LISTA DE COTEJO DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE
LAS EMERGENCIAS RESPIRATORIAS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Conocimiento de medidas preventivas y comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de pobladores mayores de 15 años que acuden a la Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado (a) encuestador(a), sírvase registrar las respuestas de las preguntas que a continuación se le muestran.

Agradecemos su colaboración.

N°	Reactivos	Sí	No
I	Variable Persona		
1	Condición de estado civil casado (a)		
2	Contar con estudios secundarios		
3	Ser trabajador independiente		
4	Profesar la religión católica		
5	Ser del grupo de edad adolescente (15-19)		
6	Pertenecer al género femenino		
7	Contar con diagnóstico de neumonía		
8	Presentar complicación de bronconeumonía		
9	Ser tratado con antimicrobianos		
10	Exposición a sedentarismo		
11	Presencia de riesgo cardiovascular alto y muy alto		
12	Sobrepeso ($25 < \text{IMC} < 29,9$)		
13	Colesterol total > 200 mg/dl		
14	Estar asociado a enfermedad respiratoria crónica.		
15	Ventilación nula o esporádica de la vivienda		
16	Hacinamiento		
17	Automedicación		
18	Limpia la casa levantando el polvo		
19	usa desinfectantes en los servicios higiénicos		
II	Variable tiempo		
20	Tiempo de inicio de la sintomatología entre 25 a 48 horas		
21	2 días de estancia hospitalaria		
22	Incidencia en la tercera semana epidemiológica		
III	Variable lugar		
23	Procedencia urbana		
24	Hospitalización en medicina general		

ANEXO 04

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS EMERGENCIAS RESPIRATORIAS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Conocimiento de medidas preventivas y comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de pobladores mayores de 15 años que acuden a la Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado (a) señor, señora, joven y señorita, sírvase responder a las preguntas del cuestionario sobre las enfermedades respiratorias que a continuación se le formulan.

Agradecemos su colaboración.

I. CONOCIMIENTO DE LAS GENERALIDADES DE LAS IRAS

Concepto sobre las IRAS

1- Para usted ¿qué es una Infección Respiratoria Aguda?

- a) Infección del tracto urinario
- b) Infección del aparato respiratorio
- c) Infección renal aguda

Síntomas de las Infecciones Respiratorias Agudas

2- ¿Cuáles son los síntomas que usted conoce sobre las Infecciones Respiratorias Agudas?

- a) Tos, dolor de garganta
- b) Secreción y obstrucción nasal (resfrío)
- c) Chillido de pecho
- d) Todas las anteriores

Signos de peligro de las Infecciones Respiratorias Agudas

3- ¿Para usted cuáles son los signos de peligro de las Infecciones Respiratorias Agudas?

- a) Dificultad para alimentarse
- b) Dificultad para respirar o respiración rápida
- c) Los dos anteriores

Mecanismos de transmisión

4- ¿Cómo se transmiten las Infecciones Respiratorias Agudas?

- a) Al toser o al estornudar el enfermo cerca de otra persona
- b) Al no lavarse las manos constantemente
- c) Al darle un beso en la boca
- d) Reuniéndose con personas que tengan problemas respiratorios
- e) Manipulando objetos contaminados con secreciones (moco)

II. CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo ambientales

5- ¿Qué factores producen problemas respiratorios?

- a) Inhalación de humo
- b) Caminar descalzo
- c) Contacto con personas con problemas respiratorios

- d) Desabrigo en cambios climáticos bruscos
- e) Compartir el dormitorio con 4 personas a más

Comportamientos de riesgo

- 6-** ¿Cuál de los factores de riesgos cree que es la más frecuente para contraer la enfermedad respiratoria?
- a) Deficiente alimentación
 - b) Falta de vacunación
 - c) Automedicación
 - d) Todas las anteriores

III. CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LAS IRAS

- 7-** ¿Cuáles considera Ud. que podrían ser las complicaciones de una infección respiratoria aguda?
- a) Infección del oído - Sinusitis - Neumonía ()
 - b) Neumonía - Procesos Alérgicos - Asma ()
 - c) Neumonía – Asma – Infección del oído ()
 - d) Sinusitis – Infección del oído - Amigdalitis ()

IV. CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LAS IRAS

- 8-** ¿Cuál es el tratamiento básico de una infección respiratoria aguda?
- a) Tratamiento médico
 - b) Tratamiento casero
 - c) Tratamiento auto medicado
 - d) Esperar mejoría sin tratamiento

V. CONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- 9-** ¿Cuáles de las siguientes acciones evitan problemas respiratorios?
- a) La alimentación balanceada con frutas y verduras
 - b) Ventilar las habitaciones de la casa
 - c) Dormir con la puerta y la ventana abierta de la habitación
 - d) Vacunación oportuna con la vacuna de la influenza
 - e) Protección del friaje

10-¿A dónde debe acudir, cuando presenta signos y síntomas de la IRA?

- a) Establecimiento de salud
- b) Farmacia
- c) Curandero
- d) Familiar

11-El mantener en condiciones higiénicas su vivienda ¿previene los problemas respiratorios?

Sí () No ()

12-¿Es necesario la información sobre la prevención de iras?

Sí () No ()

ANEXO 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO. Conocimiento de medidas preventivas y comportamiento epidemiológico de las emergencias respiratorias de pobladores mayores de 15 años que acuden a la Emergencia del Centro Salud Chilca, 2014.

Yo:.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con las investigadoras

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en la atención de salud en este servicio de emergencia

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha ----/----/-----

Firma de la muestra

..... 