

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO



=====

**CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA INFANCIA EN EL
HOSPITAL DOS DE MAYO EN EL PERÍODO
JULIO - DICIEMBRE DE 2017**

=====

Línea de Investigación: Gerencia en Salud

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD**

Tesista: YSABEL YOLANDA ZARATE PASTOR

Asesor: Dra. MIREYA BROOKS RODRIGUEZ

HUÁNUCO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mis padres por su invaluable apoyo en el logro de mis objetivos y metas y esa abnegación de amor de padres que en todo momento me acompaña para el engrandecimiento de mi vida familiar y profesional, a ellos les dedico mi tesis

AGRADECIMIENTO

A DIOS: Ser supremo y creador de nuestra existencia, por iluminar mi camino y darme la fuerza suficiente para afrontar y superar los obstáculos y dificultades que se presentan en mi caminar en este mundo terrenal

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene como objetivo Identificar las características de las infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017. El tipo de estudio es correlacional y descriptivo, el diseño de la investigación es cuantitativo y se aplica un diseño no experimental. La población para la investigación estuvo conformada por 454 niños ingresados por manifestaciones respiratorias y a partir de un muestreo aleatorio simple se determinó que la muestra seleccionada sería de 253 niños. Se arriba a las siguientes conclusiones: Se determinó que existe una correlación significativa ($p= ,000<0,05$), entre el sexo y el grupo etáreo de los menores de 5 años enfermos por IRA que acude a consultas e ingresos. Se evidenció con un nivel de significancia ($p= ,000<0,05$) que la exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo y el hacinamiento en el hogar son los factores de riesgo que más favorecen las IRA en los infantes menores de 5 años. Se demostró con una significatividad de ($p= ,000<0,05$) que la fiebre, la tos y la anorexia son las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia. Con un nivel de significatividad ($p= ,001<0,05$), se constató que las principales infecciones respiratorias en la infancia son la neumonía y la bronconeumonía y es el ceftriaxone ($p= ,000<0,05$), el tratamiento antimicrobiano que generalmente se utiliza para combatirlas y como cumplimiento al protocolo de tratamiento establecido. Palabras claves: Ira, etario, niños, clínicas, hacinamiento, hogar, humo, socioeconómico.

ABSTRACT

The objective of this research work is to identify the characteristics of acute respiratory infections in childhood at the Dos de Mayo Hospital in the period July-December 2017. The type of study is correlational and descriptive, the research design is quantitative and applies a non-experimental design. The population for the research was made up of 454 children admitted for respiratory manifestations and from a simple random sampling it was determined that the selected sample would be 253 children. The following conclusions were reached: It was determined that there is a significant correlation ($p = .000 < 0.05$), between sex and the age group of those under 5 years old ill with ARF who attend consultations and admissions. It was evidenced with a level of significance ($p = .000 < 0.05$) that passive exposure to smoke, low family socioeconomic status, and overcrowding at home are the risk factors that most favor ARI in infants under the age of 40. 5 years. It was demonstrated with a significance of ($p = .000 < 0.05$) that fever, cough and anorexia are the main clinical manifestations on admission for acute respiratory infections in childhood. With a level of significance ($p = .001 < 0.05$), it was found that the main respiratory infections in childhood are pneumonia and bronchopneumonia, and it is ceftriaxone ($p = .000 < 0.05$), the antimicrobial treatment which is generally used to combat them and as compliance with the established treatment protocol. Keywords: Anger, age, children, clinics, overcrowding, home, smoke, socioeconomic.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INTRODUCCIÓN	8
I. DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	10
1.1 Fundamentación del problema de investigación.	10
1.2 Justificación	10
1.3 Importancia o propósito	11
1.4 Limitaciones	11
1.5 Formulación del problema de investigación general y Específico	11
1.5.1. Formulación del problema general	11
1.5.2 Problemas específicos	12
1.6 Formulación de Objetivos Generes y Específicos	12
2.3.1.- Objetivo general	12
2.3.2 Objetivos específicos	12
1.7 Formulación de hipótesis generales y específicos	
1.7.1 Hipótesis principal o general (h 1):	13
1.7.2 Hipótesis secundarias o específicas	13
1.8 Variables	14
1.8.1 Variable Independiente	14
1.8.2 Variables dependientes	14
1.8.3 Indicadores	14
1.9 Operacionalización de Variables	14
1.10 Definición de términos Operacionales	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes.	15
2.2 Bases Teóricas.	17
2.3 Bases conceptuales.	43

III METODOLOGIA	44
3.1 Ámbito	44
3.2 Población	44
3.3 Muestra	44
3.4 Nivel y tipo de estudio	45
3.5 Diseño de investigación	45
3.6 Técnicas e instrumentos	45
3.7 Validación y confiabilidad del instrumento	46
3.8 Procedimiento	51
3.9 Tabulación	51
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	57
4.1 Análisis Descriptivo	57
4.2 Análisis inferencial y contrastación de hipótesis	61
4.3 Discusión de resultados	67
4.4 Aporte de la investigación	70
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73
ANEXOS	75
MATRIZ DE CONSISTENCIA	75
CONSENTIMIENTO INFORMADO	76
INSTRUMENTOS	77
NOTA BIOGRAFICA	78
ACTA DE SUSTENTACION	79
AUTORIZACION DE PUBLICACION	80

INTRODUCCION

En los primeros meses el niño goza aún de las defensas que su madre le transfirió durante el embarazo y no tiene por qué “resfriarse” más que ella, sobre todo si los que lo cuidan tienen presente que la principal vía de contagio de las IRA no es el aire, sino las manos, por lo que no basta con evitar respirar y toser encima del niño, pues cualquier persona resfriada o que haya limpiado las mucosidades de un niño con catarro debe lavarse bien las manos antes de tocar un “bebé”.

En el proceso salud–enfermedad están presentes las determinantes socioeconómicas, de ahí la importancia de la influencia que ejercen los factores sociales en la salud del niño. El bajo nivel socioeconómico, la baja escolaridad de los padres, las malas condiciones de vida, incluidas la vivienda, el hacinamiento; la contaminación ambiental y el hábito de fumar de los convivientes son factores de riesgos de las IRA. Pero el éxito del futuro está en el manejo y tratamiento adecuado de estos factores de riesgos que influyen sobre la población infantil.

Según estimación de la OPS, la mortalidad por IRA en menores de 5 años va desde 16 muertos por cada 100 000 niños en Canadá a más de 3 000 en Haití, donde esta afección aporta entre 20 y 25% del total de defunciones en esa edad. Entre los factores que determinan esta situación están el bajo peso al nacer, la mal nutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización e insuficiente disponibilidad de antimicrobianos. De acuerdo con los estudios comunitarios realizados en la población infantil de diferentes países se ha demostrado que las IRA son frecuentes en estas edades.

El presente trabajo de investigación trata explicar los factores de la morbilidad en los niños menores de 5 años, así mismo se plantea como objetivo evaluar las infecciones respiratorias agudas como causa de muerte en niños menores de 5 años con IRA en Lima en 2017; el tipo de estudio es correlacional, el diseño de la investigación es cuantitativo y se aplica un diseño no experimental ya que no se pretende la medición de las variables ni su manipulación, presenta como conclusiones: Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de consultas e ingresos en los hospitales

pediátricos, principalmente de los menores de 5 años; Existe un predominio en pacientes enfermos por IRA en el sexo masculino y los menores de un año, seguidos por los de 1-2 años (37,2%); Los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas fueron la exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo y el hacinamiento en el hogar; Las manifestaciones clínicas al ingreso que primaron son la fiebre, la tos y la anorexia (76,3%), y, finalmente presenta como sugerencias lo siguiente: Continuar profundizando en los estudios relacionados con los factores de riesgo en la morbilidad de las IRA en los niños menores de 5 años y Establecer mecanismos de seguimiento comunitario por parte del médico y trabajo social de los centros de atención primaria para evaluar la evolución del paciente tomando en cuenta su grupo etario.

CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Fundamentación del problema

Anualmente las infecciones respiratorias causan cerca de 3,6 millones de fallecidos entre niños menores de 5 años y son la principal causa de muerte en este grupo de edad. Según han revelado estudios casi el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias finalmente queda con secuelas, las cuales aumentan el riesgo de infecciones recurrentes

En el niño pequeño y específicamente en el lactante tiene una mayor importancia porque sus vías aéreas son estrechas, tienen poco reflejo tusígeno, el mediastino es ancho y la caja torácica es rígida es por eso que pueden hacer apnea y parada respiratoria (4).

1.2 Justificación

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se convierten en neumonía. Las infecciones respiratorias agudas constituyen un importante problema de salud pública, pues resultan con la mortalidad más alta en el mundo.

La neumonía es la principal complicación de las IRA, responsable de un número significativo de muertes.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de niños de

este grupo edad. Los factores predisponentes más importantes se relacionan con exposición ambiental, datos individuales y sociales:

1.3 Importancia o propósito

Esto es importante porque las infecciones respiratorias -ya sean virales o bacterianas y tratándose de resfríos, gripe, rinitis o trastornos de los bronquios- se transmiten generalmente por contacto físico y se alojan en el tracto respiratorio ocasionando todo tipo de complicaciones debido a la combinación de la predisposición genética y los factores externos. Entre quienes padecen enfermedades previas como por ejemplo el asma, las consecuencias suelen ser muy molestas pues aumenta la incidencia de crisis o exacerbaciones.

1.4 Limitaciones

- Existe desinformación en cuanto a identificar los signos de alarma frente a una infección respiratoria aguda por parte de los familiares y algún personal de salud.
- Demora en asistir a los servicios de salud, por desconocimiento o difícil acceso a los mismos.
- No se trabaja con los factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas.

1.5 Formulación del problema de investigación

Problema General

¿Cuáles son las características de las infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?

Problemas Específicos

- ¿De qué manera se comporta las IRA en la infancia según sexo y grupo etario en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?
- ¿Cuáles son las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?
- ¿Cuál es el comportamiento de las principales infecciones respiratorias en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?
- ¿Cuál es el tratamiento antimicrobiano que prevalece en las infecciones respiratorias agudas en la infancia?

1.6 Formulación del objetivo general y específicos

Objetivo General

Identificar las características de las infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar el comportamiento las IRA en la infancia según sexo y grupo etario en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.
- Determinar los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.

- Evaluar las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.
- Determinar el comportamiento de las principales infecciones respiratorias en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.
- Identificar el tratamiento antimicrobiano que prevalece en las infecciones respiratorias agudas en la infancia?

1.7 Formulación de hipótesis general y específicas

Hipótesis General

Las infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017 se caracteriza por grupo etáreo, sexo y exposición a factores de riesgo.

Hipótesis Específicas

- Los niños de sexo masculino y los menores de 1 año son los más afectados por infecciones respiratorias agudas.
- Los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas en la infancia son exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo y el hacinamiento en el hogar.
- Las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia son la fiebre, la tos y la anorexia.
- Existe un predominio de la neumonía y la bronconeumonía en los pacientes con infecciones respiratorias agudas.

- Existe primacía del tratamiento antimicrobiano con ceftriaxone en los pacientes con infecciones respiratorias agudas.

Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino 	Ordinal y Nominal
	Edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 año ▪ 2 años ▪ 3 años ▪ 4 años ▪ 5 años 	
	Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destete precoz ▪ Atopia ▪ Anemia ▪ Desnutrición Enfermedades crónocas ▪ Exposición al humo ▪ Nivel socio-económico familiar ▪ Hacinamiento 	
	Manifestaciones clínicas al ingreso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiebre ▪ Tos ▪ Anorexia ▪ Disnea ▪ Quejidos 	

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Chávez N. et al (2014) realizaron un estudio descriptivo en Cuba, el cual llevó por título: “Nuevos virus respiratorios emergentes diagnosticados por exudado nasofaríngeo”, en pacientes con el diagnóstico de infección respiratoria aguda, a los cuales se les realizó exudado nasofaríngeo, seleccionándose a 119 casos con exámenes positivos para aislamientos virales. Los aislamientos de los virus respiratorios, estuvieron más frecuentemente presentes en el grupo de edad de uno a cuatro años (47,08 %), seguido de los menores de un año (33,60 %); y el sexo masculino reportó el 55,46 %, aunque sin diferencias significativas con el sexo femenino. Al analizar los factores de riesgo, la desnutrición se presentó en 40,33% de los pacientes y la exposición pasiva al cigarro en 49,57 % de casos. Desde el comienzo de los síntomas hasta la realización del exudado nasofaríngeo el tiempo fue de aproximadamente cuatro días. Los virus respiratorios más frecuentes en los pacientes ingresados fueron los rinovirus en 31 casos, seguidos de la influenza A H1N1 y el sincicial respiratorio (19 y 16 casos respectivamente); estos resultados permitieron concluir que los niños menores de cinco años que presentaron factores de riesgo como la desnutrición y exposición pasiva al humo del cigarro evidenciaron ser los más aquejados por estos agentes virales. Existiendo ciertos agentes de circulación estacional como los rinovirus, el sincicial respiratorio y el virus de la influenza A H1N1.25 9

Gómez J. (2009), en el estudio “Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB (asma) en el Perú hasta la SE

39 - 2013” refiere que en el Perú hasta el año 2009 se han notificado 2 235 193 episodios de IRA en menores de 5 años. Asimismo, se notificaron hasta ese periodo un total de 24 915 episodios de neumonía en menores de 5 años, representando una incidencia acumulada de 85,9 episodios de neumonía x 10 000 menores de 5 años. Siendo a nivel nacional, la Dirección de Salud (DISA) Lima Este (325.5) donde se presentó mayor incidencia acumulada, seguida de otras DISAs como Ucayali (253.8), Loreto (191.6), Pasco (138.9) y Moquegua (132.2). El mayor riesgo que implican las IRA como la neumonía, con las complicaciones como la muerte; reportándose en el año 2013, 330 defunciones por esta IRA, siendo el 56,1% intrahospitalarias.

2.1.2 Antecedentes nacionales

En el Perú, en el 2005 se señaló a las IRAs como la primera causa de muerte (39 por cada 100 mil habitantes) en menores de 5 años. A pesar de su importante incidencia, en la práctica diaria es muy difícil identificar el microorganismo causante en la mayoría de los casos de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en pediatría, más aun en Perú existe poca

Gutiérrez Lazaga P. (2010), quien en su investigación titulada Factores de riesgo de la neumonía en el niño del Hospital Aballi- Cuba de enero a junio del año 2010, concluyó que la lactancia materna inadecuada presentó un $OR=3.12$, demostrando así el efecto protector de la LME; y que el factor niños menores de 5 años presentó un $OR=1.79$, validando que son el grupo etario más susceptible; el factor sexo masculino presentó un $OR=1.05$. 6

Torres Molina, A. (2009), realizó un estudio sobre Factores de riesgo asociados con las infecciones respiratorias bajas complicadas en la infancia, entre Enero 2008 a Diciembre de 2009, concluyendo que existe asociación en

los siguientes factores de riesgo; corta edad (OR =2,67), sexo masculino (OR =1,563), desnutrición (OR =1,939), lactancia materna inadecuada (OR =1,987); no así para el bajo peso al nacer (OR =0,632). La desnutrición condiciona a alteraciones inmunológicas, por lo cual constituye para la OMS, el segundo factor de riesgo más importante, agregando que siempre estuvo asociada al destete precoz. La prematuridad y el bajo peso al nacer determinan un mayor grado de inmadurez y una menor capacidad defensiva del sistema respiratorio al no recibir las inmunoglobulinas transmitidas

2.2 Bases teóricas

En los primeros meses el niño goza aún de las defensas que su madre le transfirió durante el embarazo y no tiene por qué “resfriarse” más que ella, sobre todo si los que lo cuidan tienen presente que la principal vía de contagio de las IRA no es el aire, sino las manos, por lo que no basta con evitar respirar y toser encima del niño, pues cualquier persona resfriada o que haya limpiado las mucosidades de un niño con catarro debe lavarse bien las manos antes de tocar un “bebé”.

Sin embargo, en el caso de los niños de menos edad existe mayor gravedad del episodio de infección respiratoria, ya que estos niños aún el mecanismos defensivos es insuficientes, tiene pobre respuesta al reflejo tusígeno, poco desarrollo mucociliar, los macrófagos alveolares son insuficientes, existe hipofunción del sistema de complemento y linfocitos, hay aumento a la predisposición de las infecciones por tendencia a la fatiga diafragmática, ya que existe respiración obligatoria por vía nasal, las vías aéreas centrales son mayores que las periféricas, la caja torácica es más rígida y más débil, la

elasticidad torácica está disminuida, no existe circulación colateral y hay respuesta intensa de los mecanismos receptores laríngeos –apnea 3-4

En el proceso salud–enfermedad están presentes las determinantes socioeconómicas, de ahí la importancia de la influencia que ejercen los factores sociales en la salud del niño. El bajo nivel socioeconómico, la baja escolaridad de los padres, las malas condiciones de vida, incluidas la vivienda, el hacinamiento; la contaminación ambiental y el hábito de fumar de los convivientes son factores de riesgos de las IRA. Pero el éxito del futuro está en el manejo y tratamiento adecuado de estos factores de riesgos que influyen sobre la población infantil.

Según estimación de la OPS, la mortalidad por IRA en menores de 5 años va desde 16 muertos por cada 100 000 niños en Canadá a más de 3 000 en Haití, donde esta afección aporta entre 20 y 25% del total de defunciones en esa edad. Entre los factores que determinan esta situación están el bajo peso al nacer, la mal nutrición, la polución atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización e insuficiente disponibilidad de antimicrobianos. De acuerdo con los estudios comunitarios realizados en la población infantil de diferentes países se ha demostrado que las IRA son frecuentes en estas edades 5.

Si se reflexiona sobre las complicaciones económicas, sociales e individuales que causan las IRA, nos percataremos de lo vital que resulta el control de estos episodios, tanto en el sentido propiamente humanístico como en los beneficios y ventajas económicas debido al ahorro de medicamentos, gastos hospitalarios y disminución de la repercusión que produce sobre la familia por ausentismo laboral, escolar y crisis familiares. En este sentido, el médico de la familia puede

ejercer una encomiable labor de promoción y prevención de salud dirigida al niño, la familia y al medio social. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen la causa más frecuente de consulta en la edad pediátrica, presentes a lo largo de todo el año y aumentando de manera muy importante durante los meses de invierno, manteniéndose con una alta morbilidad y baja mortalidad. Corresponden a la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización, con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. Estas afecciones, conjuntamente con las enfermedades diarreicas agudas y la malnutrición, encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados. (1)

Aunque no existe consenso en cuanto al sitio anatómico que separa las infecciones respiratorias agudas (IRA) en altas y bajas, se acepta como infección respiratoria aguda (IRA) alta toda aquella patología que afecta al aparato respiratorio de laringe a proximal (incluyendo región subglótica). Sin embargo, se debe tener presente que muchas patologías respiratorias afectan tanto el tracto superior como el inferior en forma concomitante o secuencial. (1)

Es difícil establecer la antigüedad de la enfermedad, ya que desde el año 412 A.C. Hipócrates y Livio describieron una epidemia que comenzó en diciembre después de un cambio climático y muchos enfermos tuvieron complicaciones con neumonía. En Europa hubo epidemias de tipo gripal en los siglos VI y IX. Sin embargo la primera epidemia de Influenza descrita como tal y generalmente aceptada ocurrió en diciembre de 1173. El historiador Kirsch ha reportado 299 epidemias entre 1173 y 1985. La primera pandemia (epidemia generalizada que afecta a poblaciones de varios países y durante el mismo período de tiempo) que afectó Europa, Asia y el norte de África ocurrió en 1580 y la primera de

América ocurrió en 1647. En el siglo XX se presentaron 5 pandemias: 1900, 1918 (la más devastadora causando más de 20 millones de muertes en todo el mundo, conocida como “Gripe Española”), 1957, 1968 y 1977. En este siglo se reportó en el año 2009, la pandemia de Influenza A H1N1, con un gran número de decesos en todos los países afectados. (2)

Históricamente las infecciones respiratorias agudas han sido el azote de la población infantil. Cada año mueren entre 10 y 12 millones de niños menores de 5 años, más del 90% de tales muertes se registran en países en desarrollo y de estos, 4.3 millones (el 21.3% de todas las muertes) se pueden atribuir a las infecciones respiratorias agudas. (3, 4)

Dentro de ellas se destaca la Neumonía; con una incidencia muy elevada en la infancia, con variaciones según la edad, 4 mil casos por 100 mil niños por años; siendo más frecuentes en los niños de 1 a 5 años. (5)

Los países más desarrollados de América si bien todavía consideran la Neumonía entre las primeras causas de muerte en el grupo de niños menores de 1 año de edad, sus tasas de mortalidad distan mucho de los países en desarrollo. (6)

En Perú, al igual que en el resto del mundo, constituyen uno de los principales problemas de salud llegando a constituir la primera causa de morbilidad y consultas en el menor de 15 años. La morbilidad se ha mantenido inalterable en todas las edades. Alrededor de 4 millones de atenciones médicas por infecciones respiratorias agudas (IRA) se reportan anualmente a pesar de que muchas por ser autolimitadas no acuden al médico. El 25% del total de consultas y al menos el 20% de las hospitalizaciones son por infecciones respiratorias agudas (IRA). (7)

En Guatemala, la neumonía es la primera causa de muerte en niños pequeños y ocasiona aproximadamente una tercera parte de las consultas ambulatorias a los servicios pediátricos. En un reporte realizado en el año 2001 se notificaron 1,509,069 casos de Infecciones Respiratorias Agudas en toda la república, clasificadas de la siguiente manera (resfriado común 57%, Neumonías 14%, faringoamigdalitis 7%, Otitis 6%, otras infecciones respiratorias agudas (IRA) 16%), afectando principalmente a la población menor de 5 años. Respecto a la tasa de incidencia nacional fue de 1,079 por 10,000 habitantes. (8)

A pesar que las infecciones respiratorias agudas (IRA) bajas concentran habitualmente la atención por su mayor complejidad, costo del tratamiento y complicaciones, son las infecciones respiratorias agudas (IRA) altas las que se presentan con mayor frecuencia en la consulta ambulatoria. Por este motivo, es fundamental conocer su etiología, patogenia y evolución para poder formular un diagnóstico correcto que permita, a su vez, un tratamiento concordante. Paradójicamente, a pesar de ser un motivo de consulta tan frecuente, existe una gran diversidad de tratamientos no acordes a su etiología y evolución, con uso y abuso de medicamentos, cuyos efectos no sólo son muy discutibles sino también potencialmente deletéreos.

El 80 a 90% de los cuadros de infecciones respiratorias agudas (IRA) son de etiología viral. La etiología bacteriana, de mucha menor frecuencia, está relacionada a algunos cuadros específicos de IRA alta, A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, las infecciones respiratorias agudas (IRA) de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en las épocas frías en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable. 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.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son más frecuentes en niños pequeños, especialmente en lactantes y preescolares que comienzan a concurrir a sala cuna o jardín infantil, pudiendo elevarse el número hasta 8 episodios por niño por año calendario entre el año y los 5 años de edad.

El período de incubación de las infecciones respiratorias agudas (IRA) es corto, de 1 a 3 días. Esto se debe principalmente a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada. El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de Pflügge 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 replicación viral en una puerta de entrada abierta hacia el exterior explicaría su alta contagiosidad. (9- 12)

Se han identificado un número de factores predisponentes o de riesgo, los que pueden agruparse de acuerdo a su relación con el huésped, el medio ambiente que lo rodea y el agente infeccioso. En la mayoría de los niños enfermos por infecciones respiratorias agudas (IRA) pueden encontrarse más de un factor de riesgo, siendo los factores socioeconómicos el denominador común que favorece el bajo peso al nacer, la desnutrición, la falta de inmunizaciones y las condiciones ambientales desfavorables.

En virtud de las características del problema y teniendo en cuenta la magnitud del mismo, se han desplegado grandes esfuerzos para poner en marcha actividades de control de las infecciones respiratorias agudas, donde la mayoría

de ellos persiguen 2 grandes fines: reducir el uso excesivo de antibióticos y su administración inadecuada.

La etiología de la IRA está dada por un grupo variado de diversos agentes, tanto bacterianos, como virales, que ocasionan enfermedad con sintomatología similar (8). Entre las bacterias que causan estas infecciones el *Streptococcus pneumoniae* se identifica como uno de los principales causantes de neumonía bacteriana en los países en desarrollo con cerca del 30 % de los casos, seguido por *Haemophilus influenzae* (Hi) con 10 a 30 % de los casos, le siguen *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* y *H. influenzae* no tipificable. Otros microorganismos, como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia* spp, *Pseudomonas* spp y *Escherichia coli* también puede causar neumonía.

Entre el 80 a 90 % de las infecciones del tracto respiratorio se consideran de etiología viral tanto en la población infantil, como en los adultos; son la principal causa de morbilidad en países desarrollados, y la mayor causa de muerte en los países en desarrollo (10).

Dentro de los virus respiratorios causantes de infección respiratoria aguda, se encuentran los llamados virus "clásicos": como influenza virus tipo A, B y C, parainfluenza tipo 1, 2, 3 y 4 (PIV-1,2,3 y 4), virus sincitial respiratorio humano (hVSR), coronavirus humano OC43 y 229E, adenovirus (AdV), rinovirus (hRV), y algunos enterovirus (EV). Además, en los últimos años se han incluido en este grupo de virus: el metapneumovirus humano (hMPV), bocavirus humano (HBoV), algunos mimivirus y nuevos coronavirus humanos como (HCoV-HKU1) (10). Estos virus tienen una distribución mundial y han estado asociados a episodios de morbilidad y mortalidad.

Aspecto	Descripc
Agente etiológico	Los principales agentes causales de infección respiratoria aguda son: influenza virus tipo A, B y C, parainfluenza tipo 1, 2, 3 y 4, virus sincitialrespiratorio, coronavirus, adenovirus, rinovirus, metapneumovirus, bocavirus, <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Modo de transmisión	El principal mecanismo de transmisión de todos los agentes etiológicos causantes de infección respiratoria es por vía aérea mediante gotas o aerosoles. Influenza: usualmente de 2 días pero puede variar de 1 a 5 días aproximadamente. Parainfluenza: de 2 a 6 días. Virus sincitialrespiratorio: de 3 a 6 días, pero puede variar en 2 ó 8 días Coronavirus: 14 días.
Período de incubación	Adenovirus: de 2 a 14 días Rinovirus: de 1 a 4 días Metapneumovirus: de 4 a 6 días Bocavirus: de 5 a 14 días <i>Streptococcus pneumoniae</i> : de 1 a 3 días <i>Haemophilus influenzae</i> : de 2 a 4 días
Susceptibilidad	Influenza: Pueden producir complicaciones graves e incluso la muerte, principalmente en ancianos, niños, y personas con enfermedades crónicas o inmunodepresión (por ejemplo, cardiopatías, hemoglobinopatías, enfermedades metabólicas, pulmonares y renales, SIDA y enfermedades respiratorias, entre ellas asma). Las embarazadas tienden más a

Comportamiento mundial y regional del evento

La infección respiratoria aguda se ubica entre las 10 principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras en los menores de cinco años (3). Las estimaciones actuales indican que cada año, la influenza estacional afecta alrededor del 10, 5 % de la población mundial produciendo entre 250 000 y 500 000 muertes (4).

Las condiciones socioeconómicas hacen que los países en desarrollo presenten una incidencia más alta con mayores cifras de morbilidad y mortalidad; más del 60 % de las muertes que se producen en todo el mundo ocurren en África y el sudeste de Asia. En la mayor parte de los países de África, la tasa de mortalidad infantil supera los 40 casos por cada 1 000 nacidos vivos. Se calcula que al año se producen 1,5 millones de defunciones por IRA, principalmente por neumonía (5).

En los países en desarrollo la neumonía adquirida en la comunidad, es la principal causa de mortalidad por enfermedad infecciosa, con una proporción global del 14 %; en los pacientes que son tratados de manera ambulatoria no supera el 2 %, sin embargo, en aquellos que requieren hospitalización se alcanza el 24 % y en los pacientes que deben ingresar a unidades de cuidado crítico la mortalidad alcanza el 40 % (6).

Su incidencia mundial varía entre 150 y 1 500 casos por cada 100 000 habitantes, con una tasa de mortalidad estimada de 20 casos por cada 100 000 habitantes. En Estados Unidos es la sexta causa de muerte en los adultos y la primera relacionada con etiología infecciosa, con aproximadamente 4,2 millones de consultas ambulatorias en el 2006; en el 2005 se presentaron más de 60 000 muertes por esta enfermedad en personas mayores de 15 años en ese país (7).

Se estima que se diagnostican aproximadamente 2,1 millones de casos de neumonía cada año en Argentina, Brasil y Chile; las infecciones respiratorias fueron la tercera causa más frecuente de muerte en adultos en 31 países de América Latina entre 2001 y 2003. En esta región más de 140 000 niños menores de cinco años mueren anualmente por neumonía, cada 8 segundos fallece un niño por algún tipo de infección respiratoria aguda y estas constituyen la primera causa de consulta y hospitalización en edades pediátricas (8). Aproximadamente el 90 % de las muertes se deben a neumonía; el 99 % se producen en los países en desarrollo de América Latina y el Caribe (5).

Las complicaciones económicas, sociales e individuales que causan IRA, incluyen gastos hospitalarios y de medicamentos, ausentismo laboral, escolar y crisis familiares. La carga económica asociada a esta enfermedad sigue siendo

considerable, alrededor de \$ 17 mil millones de dólares se invierten anualmente en los Estados Unidos para el manejo de los pacientes con esta patología (9).

En Colombia la notificación de consultas externas y urgencias por IRA en el 2015 fue mayor en comparación con la notificación de los años 2013 y 2014; a semana epidemiológica 48 de 2015 se notificaron 5 045 541 consultas externas y urgencias por este evento con una disminución del 16,1 % respecto al año 2014 en el cual se notificaron 6 015 440 y una disminución del 15,4 % respecto al año 2013 en el cual se notificaron 5 965 185 consultas.

Con respecto a las hospitalizaciones en sala general por IRAG, hasta la semana epidemiológica 48 de 2015 se notificaron 184 048 registros con una disminución del 2,9 % respecto al año 2014 en el cual se notificaron 189 568 y una disminución del 19,5 % respecto al año 2013 en el cual se notificaron 228 641 hospitalizaciones por este evento.

En el 2015 a semana epidemiológica 48 se notificaron 12 232 hospitalizaciones en UCI por IRAG con una disminución del 5,8 % comparado con el año 2014 en el cual se notificaron 12 989 y una disminución del 14,8 % respecto al año 2013 en el cual se notificaron 14 353 hospitalizaciones en UCI por IRAG.

La mortalidad en menores de cinco años por IRA en Colombia para el 2015 fue de 12,1 por cada 100 000 menores de cinco años, sin embargo entidades territoriales como Chocó, Vichada y La Guajira superan las 30 muertes por cada 100 000 menores.

Las IRA en el Perú

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando

así el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo edad. Los agentes etiológicos principales son: *Streptococcus pneumoniae*: la causa más común de neumonía bacteriana en niños; el *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib): la segunda causa más común de neumonía bacteriana; y el virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa más frecuente de neumomía vírica sobre todo en los niños más pequeños. En el año 2009 la pandemia de influenza agregó un agente etiológico mas a las causas de neumonía por virus. El virus A (H1N1) pdm2009 que ha continuado circulando desde entonces con una reducción progresiva de su incidencia los años 2010, 2011 y 2012; sin embargo en el año 2013 se observó en todo el hemisferio sur un incremanto de su incidencia llegando a niveles epidémicos nuevamente en varios países. Los síntomas de la neumonía viral y los de la bacteriana son similares, lo que requiere de un adecuado entrenamiento de los trabajadores de salud para poder brindar el tratamiento más adecuado. Los casos de neumonía víral son más numerosos que los de la bacteriana.

La neumonía puede prevenirse mediante intervenciones de salud pública y participación social que permitan una alta cobertura de inmunización, una alimentación adecuada y mediante el control de factores ambientales. La prevención de la neumonía infantil es un componente fundamental de toda estrategia para reducir la mortalidad infantil. La inmunización contra la Hib, neumococos, sarampión y tos ferina es la forma más eficaz de prevenir la neumonía. En los últimos años los programas nacionales de vacunación han incluido también a la vacuna contra la influenza como parte de los esquemas de vacunación regular. Una nutrición adecuada es clave para mejorar las defensas naturales del niño, comenzando con la alimentación exclusiva con leche

materna durante los seis primeros meses de vida; además de prevenir eficazmente la neumonía, reduce la duración de la enfermedad. También puede reducirse el número de niños que contraen neumonía corrigiendo factores ambientales como la contaminación del aire interior (por ejemplo, proporcionando cocinas de interior limpias a precios asequibles) y fomentando una higiene correcta en hogares hacinados. La mayoría de los niños sanos pueden combatir la infección mediante sus defensas naturales, pero los niños inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía. El sistema inmunitario del niño puede debilitarse por malnutrición o desnutrición, sobre todo en lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna.

En el Perú las neumonías son la primera causa de mortalidad general. Según el informe publicado en el 2013 por el instituto Health Metrics and Evaluation (IHME), que estudia las causas de muertes prematuras en 1990 y 2010, las infecciones respiratorias bajas, siguen siendo la primera causa de muerte prematura en el Perú. En 1990 eran responsables del 20.8% del total de la muerte prematura y en el año 2010 del 11.8%.

Debido a su mortalidad y morbilidad, las infecciones respiratorias agudas siguen siendo en los países en desarrollo y en el caso específico del Perú, un problema de salud que afecta principalmente a niños menores de cinco años, y a los adultos mayores. Con base en la información de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, cada año se registra en promedio 3 millones de episodios de IRAS en los niños menores de cinco años. En el año 2013, se presentaron 29 994 casos de neumonías en el referido grupo de edad, lo que representó una tasa de 103,4 por 10 mil menores de cinco años. La mayor cantidad de casos de neumonía se registra en los grupos de menores de 1 año y de 1 a 5, sumando

el 50% de los reportados. Un 10% del total de casos corresponden a los mayores de 65 años. 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. Las mayores tasas de incidencia se registran en los departamentos de Ucayali, Loreto, Pasco, Arequipa, Madre de Dios y Huánuco.

Entre los años 2009 a 2013, la tasa de mortalidad media por neumonía en menores de cinco años vario entre 2,8 a 48,3, siendo el promedio país de 13,9. Las mayores tasas correspondieron a los departamentos de Puno, Loreto, Pasco, Arequipa, Ucayali, Huancavelica, Cusco y Huánuco. Los departamentos de Loreto, Ucayali, Pasco, Huánuco se encuentran en el cuartil de mayor incidencia y de mayor mortalidad por neumonía. En el 2013, el 49% de las muertes en menores de cinco años ocurrieron en la sierra, 34% en la selva y 17% en la costa. Las muertes en la costa ocurren principalmente en los servicios de salud lo que se podría interpretar como que existe un mayor acceso a los servicios de salud, pero que por llegar muy tarde o por falta de capacidad de resolución del establecimiento los pacientes fallecen. En el caso de la Sierra, aproximadamente dos terceras partes son muertes extrahospitalarias lo que traduce dificultades en el acceso a los servicios de salud. En el caso de la selva la proporción de las muertes intrahospitalarias son más de la mitad. En el período de 2009 a 2013, los departamentos con mayor letalidad por neumonía han sido Puno, Huancavelica, Junín, Ayacucho, Cusco y Huánuco. El departamento de Loreto muestra una tendencia sostenida del incremento de la letalidad. Los departamentos de Puno, Huancavelica, y Cusco son departamentos en el mayor cuartil de mortalidad y letalidad, mientras que el

departamento de Huánuco está en el mayor cuartil de incidencia, mortalidad y letalidad.

En el año 2013, durante las temporadas de alerta por infecciones respiratorias agudas, las autoridades nacionales declararon algunas regiones en alerta amarilla o verde debido al importante aumento de casos de influenza y otras IRAs, expresando la necesidad de contar con cooperación técnica para enfrentar la respuesta y fortalecer capacidades en las regiones más afectadas por las infecciones respiratoria agudas graves (IRAG), La información epidemiológica correspondiente a la semana 31, señalaba a Loreto, Puno, Junín como las regiones con el mayor número de fallecidos por neumonías. Ello, en Loreto como Puno estaba además asociado a una mayor vulnerabilidad de la población debido a desnutrición, recurrencia de enfermedades y variabilidad climática. 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 las regiones de Junín, Loreto y Puno. El proyecto de respuesta de emergencia fue implementado por la Organización Panamericana de la Salud en coordinación con el Ministerio de Salud, y los gobiernos de las tres regiones seleccionadas. El Despacho Viceministerial del Ministerio de Salud determinó que la contra parte técnica nacional esté liderada por la Oficina General de Defensa Nacional, contando con la participación de los representantes de las direcciones de salud de las personas, promoción de la salud, epidemiología, la oficina de comunicaciones y el instituto nacional de salud. Este equipo coordinó permanentemente con la OPS/OMS, la realización

de las actividades del proyecto, y en forma periódica se tuvieron reuniones de trabajo para monitorear el avance de las actividades, y programar aquellas que están pendientes de realización. Estas actividades se complementaron con las misiones a terreno para coordinar con las autoridades regionales y articular el trabajo con la Sociedad Peruana de la Cruz Roja, institución que apoyó el trabajo en dos comunidades seleccionadas en las regiones de Loreto y Puno.

Como parte del proyecto, se propusieron cuatro resultados esperados, que fueron los siguientes: 1. Fortalecimiento de la capacidad de vigilancia epidemiológica en los niveles locales, lo cual incluyó la elaboración de una propuesta de plan nacional para la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas, el fortalecimiento de la capacidad de gestión de la información en redes locales de salud, y la capacitación del personal. 2. Mejoramiento de las capacidades para el diagnóstico y manejo de casos en los establecimientos de salud, que tenía como indicadores el equipamiento de establecimientos de salud, la capacitación del personal local y la elaboración de una guía de terreno para enfrentar brotes de infecciones respiratoria agudas. 3. Implementación de la estrategia de promoción de la salud y comunicación social en las comunidades afectadas, que incluyo el desarrollo de una estrategia de comunicación social, realización de campañas y estrategias de difusión de información, entrega de información sobre prácticas saludables a dos comunidades en Loreto y Puno, y la sistematización de buenas prácticas para enfrentar brotes de enfermedades respiratorias agudas.

En coordinación con la Oficina General de Defensa Nacional del MINSA, se elaboró un modelo de plan de contingencia para enfrentar la temporada de bajas temperaturas. El plan incluye 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 en Perú. Este documento tiene como finalidad la identificación, priorización e implementación de las acciones para minimizar los efectos sobre la salud de la población y estableciendo diversos escenarios según momentos, así como las responsabilidades de los diferentes actores del Ministerio de Salud (MINSA) y las instancias de salud de los Gobiernos Regionales. En las tres regiones seleccionadas, se apoyó a las redes de salud en la organización, integración y análisis de la información de vigilancia epidemiológica y de laboratorio sobre infecciones respiratorias agudas con énfasis en neumonías en menores de cinco años y adultos mayores.

Como parte del fortalecimiento de capacidades para la vigilancia epidemiológica, se organizaron y llevaron a cabo tres cursos talleres regionales entre los meses de enero a marzo de 2014. En estos talleres participaron 141 profesionales y técnicos de la salud de las regiones seleccionadas por el proyecto. Se otorgaron 127 certificados a quienes aprobaron los cursos. En estas actividades de capacitación, se contó con la participación de expertos de la Dirección General de Epidemiología y del Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud.

Como parte de este resultado esperado, se elaboró una guía de terreno para enfrentar infecciones respiratorias agudas, así como se colaboró con el MINSA en la revisión de las guías nacionales de manejo clínico de síndrome obstructivo bronquial, neumonía, otitis media aguda, rinofaringitis, faringoamigdalitis y asma para la población infantil. En coordinación con las autoridades regionales, se determinaron los establecimientos prioritarios en las provincias de Maynas

(Loreto), San Ramón (Puno) y Huancayo (Junín) que recibirían equipamiento biomédico y mobiliario clínico básico para mejorar su calidad de atención a los pacientes con IRAS. En total 12 establecimientos de salud recibieron algún tipo de bienes para la atención de pacientes, los cuales se distribuyeron en 5 para la DIRESA Loreto, 3 para Puno y 4 destinados a Junín.

Los equipos adquiridos fueron distribuidos en:

- Cinco (5) resucitadores manuales pediátricos para los centros de salud San Juan de Miraflores, Bellavista Nanay, 6 de octubre, San Antonio de Iquitos y Moronacocha en la DIRESA Loreto.
- Cuatro (4) aspiradoras eléctricas de secreciones para los centros de salud Cono Sur, Santa Adriana y Revolución en la DIRESA Puno, y el centro de salud Chilca en Junín.

Tres (3) pantoscopios para los centros de salud Chilca, La Libertad, y Justicia, Paz y Vida en la DIRESA Junín.

- Nueve (9) oxímetros de pulso portátiles para los centros de salud Cono Sur, Santa Adriana y Revolución (2) en la DIRESA Puno, y los centros de salud Chilca, La Libertad, y Justicia, Paz y Vida, y Juan Parra del Riego(2) en Junín.
- Nueve (8) laringoscopios para los centros de salud San Juan de Miraflores, Bellavista Nanay, Moronacocha, 6 de octubre y San Antonio de Iquitos en la DIRESA Loreto; Cono Sur, Santa Adriana y Revolución en Puno.
- Tres (3) camillas de transporte de pacientes, dos para el centro de salud Chilca y una para Juan Parra del Riego en Junín.
- Una (1) cama cuna para lactantes par el centro de salud La Libertad en Junín.

Otro componente importante también fue el de comunicación social y promoción de la salud, a través del cual se impulsaron planes de comunicación en las regiones de Loreto y Puno y se elaboraron cartillas informativas y guías para periodistas. En los planes de comunicación y promoción de la salud para

prevenir y responder a las IRAG de Loreto y Puno se identificaron las necesidades y brechas a trabajar en estas zonas con lo cual se programó: - Trabajar de manera articulada con actores clave (médicos tradicionales, agentes comunitarios, Juntas Vecinales) en la comunidad. - Mantener mensajes claves dirigidos a mejorar la nutrición e incentivar la lactancia materna, desde y con la comunidad, pero también en servicios de salud (mejorar la consejería en estos espacios). - Propiciar en las instituciones educativas la construcción de espacios formadores, incentivando desarrollo de habilidades y conductas saludables como lavado de manos, nutrición adecuada, y abrigarse en temporada de frío. - Incluir la participación del padre y/o cuidador en el cuidado de sus niños (enfoque de género).

Potenciar el trabajo con actores clave para fomentar la consejería a través de sus espacios comunitarios (Centros de Prevención y Vigilancia del Cuidado Integral de la Madre y el Niño, Juntas Vecinales, CUNAMAS, Vaso de Leche, etc.) - Capacitar a periodistas de medios de comunicación local para el manejo de la información, adecuado y oportuno, durante las alertas epidemiológicas. En coordinación con los equipos técnicos de Promoción de la Salud y Comunicaciones del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud se elaboraron y validaron los siguientes materiales comunicacionales: • Rotafolio “Previniendo la neumonía” para las regiones de sierra y selva. • Cartillas “Prácticas para mantener entornos Saludables en temporada de heladas y friajes” para los agentes comunitarios, las instituciones educativas y los gobiernos locales. • Guía para periodistas y comunicadores sociales “Cobertura ética de la información durante emergencias sanitarias...una labor que puede salvar vidas”. • Afiches y volantes para la prevención y respuesta

ante las IRAS. Los materiales educativos están ilustrados con dibujos especialmente elaborados para cada una de las regiones considerando los aspectos culturales de cada región, lo que permitirá una mejor identificación del público meta con estos materiales. Todos estos materiales fueron validados en Loreto y Puno.

Los casos de IRAS se registran a lo largo de todo del año en el territorio del país, sin embargo se hacen más notorios, 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. El abordaje según determinantes sociales en salud en la lucha contra las Infecciones Respiratorias Agudas 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. Las intervenciones para 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. El abordaje 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.

La planificación oportuna para responder a las Infecciones respiratorias agudas

La planificación para prevenir y responder ante el incremento de casos de infecciones respiratorias agudas es una acción importante para enfrentar un potencial brote epidémico especialmente durante la temporada de bajas temperaturas. 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. Durante el proyecto, la elaboración de un esquema de plan nacional de contingencia para enfrentar las IRAS, así como la formulación de las estrategias de comunicación social de las Diresas de Puno y Loreto, hicieron más fácil la adaptación del plan nacional al ámbito regional y local. El involucramiento del MINSA en las actividades de coordinación y planificación especialmente la fuerte articulación nacional y regional de las áreas de comunicaciones y promoción de la salud garantizaron que la ejecución de las actividades sea

efectiva. A ello, se suma la participación de los líderes comunitarios y medios de prensa en las actividades desarrollada, lo que fortaleció la planificación.

La mayor cantidad de material que utiliza el sector salud en los niveles nacional y regional para desarrollar las acciones de prevención de las infecciones respiratorias agudas como son los afiches, dípticos y volantes, están preparados para las regiones de sierra, las cuales han sido las más afectadas por estas enfermedades especialmente durante la temporada de bajas temperaturas (heladas) . Sin embargo, en los últimos años, el fenómeno de bajas temperaturas en zona de selva (friaaje) se ha presentado con mayor frecuencia, siendo los departamentos como Loreto y Ucayali, los más afectados, teniendo un número de casos y fallecidos por neumonía por encima del promedio nacional. La dirección de promoción de la salud y la oficina de comunicaciones del MINSA con la cooperación de la OPS/OMS identificaron los mensajes claves, se dibujaron las imágenes para la zona de la selva, se diseñó, y se validó el material mediante grupos focales con la población y en reuniones con el personal de salud local.

El material entregado incluyó rotafolios para los agentes comunitarios diferenciados para los de la sierra y selva, cartillas para los agentes comunitario, gobiernos locales e instituciones educativas con presentación y mensajes diferenciados para la sierra y selva. En las regiones de Loreto y Puno, se capacitación al personal de salud, agentes comunitarios, personal de las instituciones educativas y representantes de los gobiernos locales, en el manejo de las cartillas y rotafolios.

El fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los servicios de salud: La continua rotación del personal de salud en las regiones del país, el insuficiente

equipamiento de los establecimientos de salud, las limitaciones en la disponibilidad de medicamentos, y las limitaciones de las competencias del personal de salud para el manejo apropiado y oportuno de las infecciones respiratorias agudas especialmente las formas severas; son factores que limitan la respuesta de los servicios de salud. A lo que se suma que las familias no reconozcan oportunamente los signos de alarma y lleven a sus niños y niñas a los establecimientos de salud, lo que contribuye al incremento de la severidad y letalidad de estas enfermedades. Los pre test realizados en las capacitación reflejaron debilidades del personal en el manejo de caso, luego de los talleres se evidenció una mejora de los conocimientos en los pos test. Estos avances no serán sostenibles si los gobiernos regionales y locales no invierten más en la formación y capacitación en salud, haciendo permanentes las capacitaciones especialmente cuando se produce rotación de personal o las auditorias revelan problemas en el diagnóstico y tratamiento de pacientes en los diferentes niveles de atención.

Etiología de las enfermedades respiratorias:

Virus	Adultos				Niños				
	Catarro común	Faringitis	Traqueo bronquitis	Neumonía	Catarro común	Faringitis	Laringo Traqueo bronquitis	Neumonía	Bronquiolitis
Virus respiratorio	+	+	+	-	3+	2+	2+	4+	4
Virus parainfluenza 1	+	+	+	-	3+	2+	4+	2+	2
Virus parainfluenza 2	+	+	+	-	2+	+	+	+	+
Virus parainfluenza 3	+	+	+	-	3+	2+	2+	3+	3
Virus parainfluenza 4	+	+	+	-	2+	+	+	+	+
Virus influenza A	+	2+	3+	2+	2+	2+	2+	3+	3
Virus influenza B	+	2+	2+	+	2+	2+	+	+	+
Rinovirus	4	2+	+	+	2+	2+	+	+	+
Coronavirus	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Adenovirus	+	+	+	+	3+	2+	+	+	+

Metapneumovirus humano	+	+	+	-	2+	2+	+	+	3
Enterovirus	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bocavirus humano					2+	2+	+	2+	3

Factores relacionados con la infección respiratoria aguda

- Variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad ambiental. - Hacinamiento. - Desnutrición. - Contaminación del medio ambiente. - Uso inadecuado de antibióticos y autoformulación. - Factores intrínsecos del huésped. - Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones. - Falta de alimentación materna. El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración)

Los virus más implicados son: rinovirus, adenovirus, coronavirus, parainfluenza, sincicial respiratorio; influenza A y algunos echovirus como Coxsackie A. Sobresalen los siguientes aspectos: - Es una enfermedad universal. - Los resfriados son más frecuentes en los trópicos en épocas lluviosas. - Más frecuente en los preescolares. - Se presentan, con tres a nueve resfriados por año, uno cada seis semanas (3,) - Se incrementa a 12 episodios/año en guarderías y en programas de educación preescolar (3,4) - Es necesario el contacto personal estrecho entre los niños para la transmisión de los virus. - En la población infantil los niños tienden a padecer más resfriados que las niñas (4). - El periodo de incubación habitual de los resfriados es de dos a cinco días. - El resfriado común es más contagioso entre el tercer y quinto día que es también cuando es más sintomático.

Hay factores coadyuvantes como el hacinamiento, la aglomeración en sitios cerrados, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo) - La mayor parte

de los virus que el individuo infectado expulsa al ambiente es a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación por secreciones nasales coronavirus, parainfluenza, sincicial respiratorio; influenza A y algunos echovirus como Coxsackie . Sobresalen los siguientes aspectos: - Es una enfermedad universal. - Los resfriados son más frecuentes en los trópicos en épocas lluviosas. - Más frecuente en los preescolares. - Se presentan, con tres a nueve resfriados por año, uno cada seis semanas (3,4) - Se incrementa a 12 episodios/año en guarderías y en programas de educación preescolar Es necesario el contacto personal estrecho entre los niños para la transmisión de los virus. - En la poblaci ambiente es a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación por secreciones nasales.

FACTORES CAUSALES DE LAS IRA

Ambientales

- acción ambiental dentro o fuera del hogar.
- Tabaquismo pasivo.
- Deficiente ventilación de la vivienda.
- Cambios bruscos de temperatura.
- Asistencia a lugares de concentración o públicos.
- Contacto con personas enfermas de IRA.

Individuales

- Edad. La frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año.
- Bajo peso al nacimiento.

- Ausencia de lactancia materna.
- Desnutrición.
- Infecciones previas.
- Esquema incompleto de vacunación.
- Carencia de vitamina A.

Sociales

- Hacinamiento

CLASIFICACIÓN GENERAL.

- IRA sin neumonía Tos, rinorrea, exudado purulento en faringe, fiebre, Otagia, otorrea, disfonía y odinofagia.
- IRA con neumonía leve Se agrega: taquipnea (menores de 2 meses más de 60X', de 2 a 11 meses más de 50 x' y de 1 a 4 años más de 40 x')
- IRA con neumonía grave Se agrega: aumento de la dificultad respiratoria, tiraje, cianosis y en los menores de 2 meses hipotermia.

¿CÓMO CLASIFICAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? EXISTEN CUATRO POSIBLES CLASIFICACIONES PARA UNA NIÑA O UN NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR:

- Enfermedad muy grave.
- Neumonía grave.
- Neumonía.
- No neumonía: resfrió, gripe o bronquitis.

SIGNOS DE ALARMA

- Hipotermia en menores de 2 meses.
- Quejido respiratorio.
- Dificultad respiratoria
- Rechazo a los líquidos y alimentos.
- Respiración acelerada
- Hundimiento de espacios intercostales (tiraje).
- Somnolencia o insomnio
- Cianosis peribucal y distal
- Fiebre (más de tres días)
- Desnutrición grave
- Ante la presencia de un signo de alarma, el niño debe ser trasladado al hospital más cercano.
- Los rayos X apoyan al diagnóstico, siempre que se cuente con el recurso.

Siempre que atienda a una niña o un niño, pregunte si tiene tos o dificultad para respirar ya que son numerosos las niñas o los niños que acuden al Establecimiento de Salud con infección respiratoria aguda. Estas infecciones pueden estar en cualquier parte del aparato respiratorio, como la nariz, garganta, laringe, traquea, bronquios, parénquima pulmonar

2.3 Bases conceptuales

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. Definición Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como : tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo las infecciones respiratorias agudas la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años. El niño desarrolla entre tres a siete infecciones del aparato respiratorio superior cada año, que, dependiendo de la intensidad y el compromiso del estado general, pueden ser leves, moderados o graves, siendo estas últimas responsables de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años.(1)

CAPITULO III. MARCO METODOLOGÍCO

3.1 **Ámbito**

Esta investigación pertenece y se desarrolla en el ámbito de las Ciencias de la Salud, con particularidad en la Gestión. Su ámbito físico es la ciudad de Lima. Se realizará en el Hospital 2 de Mayo de Lima, se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados por infecciones respiratorias agudas en el niño menores de un año de edad por un periodo de tres meses.

3.2 **Población**

La población para la investigación estuvo conformada por 454 niños ingresados por manifestaciones respiratorias en el Hospital 2 de mayo de la ciudad de Lima durante el período de julio-diciembre de 2017.

3.3 **Muestra**

Para la determinación de la muestra de la investigación se procedió a la aplicación de la fórmula propuesta por Murray y Larry (2005) para poblaciones conocidas:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

En donde:

n: es el tamaño de la muestra poblacional a obtener.

N: es el tamaño de la población (número total de posibles encuestados).

k: nivel de confianza asignada.

e: es límite aceptable de error muestral.

p*q: varianza de la población en estudio.

Se consideró un límite de error (**e**) de 5% (0.5) y un nivel de confianza normal estándar (**k**) de 95% (0.95), donde la proporción (**p**)= 0,05 y el complemento de la proporción (**p**), $q= 0,95$.

De esta forma se determinó que la muestra seleccionada sería de 253 niños.

3.4 Nivel y tipo de estudio

Se realizó un estudio correlacional, para la valoración de las infecciones respiratorias en dicha institución ya que, aunque este tema ha sido abordado en diferentes momentos, todavía se mantienen las dificultades en cuanto al diagnóstico, tratamiento, y conducta a seguir en cuanto al tratamiento médico y cuidados de enfermería

3.5 Diseño de la investigación

La investigación se realizó siguiendo un enfoque cuantitativo y se aplicó un diseño no experimental ya que no se pretendió la manipulación de las variables.

3.6 Técnicas e instrumentos

Se tuvo en cuenta para la realización de este trabajo, los datos obtenidos de las historias clínicas, donde se recogen los datos del interrogatorio a las madres.

El análisis de los datos se realizó con procedimiento SPSS 22.0.

- 1. Encuesta:** se aplicó para diagnosticar el estado en que se encuentra la aplicación de acciones de tratamiento a los niños con IRA

- 2. Análisis documental:** esta técnica permitió recopilar datos a través de documentos que permiten conocer las posibles causas de logros y dificultades, para luego realizar un análisis de los datos y definir la influencia del diagnóstico clínico.

Instrumentos

- 1. Cuestionario:** para registrar los ítems que se les formularon a las enfermeras.
- 2. Cuadros estadísticos:** con la información obtenida de las técnicas aplicadas se hizo un análisis determinando estadísticas para posteriormente elaborar graficas que resalten los resultados obtenidos con la investigación.
- 3. Fichas de registro:** permitió analizar las acciones de control que se desarrollan.

3.7 Validación y confiabilidad del instrumento

De acuerdo al criterio de Hernández (2003), los instrumentos son confiables cuando cumplen con los requisitos de confiabilidad. Para verificar la confiabilidad del instrumento a usarse en la presente investigación se realizó una muestra piloto, a quienes se les aplicó el cuestionario para determinar la confiabilidad del instrumento. Una vez aplicado el cuestionario se utilizó la prueba Coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente desarrollado por J. L. Cronbach requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1, siendo la fórmula estadística la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Dónde:

K : número de ítems.

$\sum S_i^2$: sumatoria de varianzas de los ítems.

S_T^2 : varianza de la suma de los ítems.

α : coeficiente de alfa de Cronbach.

Procedimiento

Para hallar el coeficiente de confiabilidad se procedió de la siguiente manera:

- a. Se aplicó la prueba piloto a 20 usuarios enfermeras.
- b. Se codificaron las respuestas; transcripción de las respuestas en una matriz de tabulación de doble entrada con el apoyo del programa estadístico SPSS 22.
- c. Se calculó del Coeficiente de Alfa de Cronbach.
- d. Se interpretaron los valores tomando en cuenta la escala sugerida por Ruiz (1998):

RANGO	MAGNITUD
0.81 – 1.00	Muy alta
0.61 – 0.80	Alta
0.41 – 0.60	Moderada
0.21 – 0.40	Baja
0.001 – 0.20	Muy baja

En la presente investigación, al procesar los datos en el software SPSS 22, se obtuvo la siguiente información:

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	20	100,0

Estadística de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Número de elementos
,734	12

Estadísticas de escala			
Media	Varianza	Desviación estándar	No. de elementos
96,8000	59,886	7,73859	12

Como se puede apreciar, se ha obtenido el índice Alfa de Cronbach con un valor de 0,734, esto indica que nuestro instrumento tiene un alto grado de confiabilidad.

Validez del instrumento

Con respecto a la validez del instrumento, Hernández, Fernández y Baptista (2006), señalan que: un instrumento (o técnica) es válido si mide lo que en realidad pretende medir. La validez es una condición de los resultados y no del instrumento en sí. El instrumento no es válido de por sí, sino en función del propósito que persigue con un grupo de eventos o personas determinadas.

Para la presente investigación, una vez elaborado el instrumento, antes de su aplicabilidad también se sometió a una validación, a través de la técnica del juicio del experto, donde intervinieron profesionales en diseños de instrumentos, expertos en el campo laboral universitario y expertos en el área de salud.

Procedimiento:

Para la validación del respectivo instrumento se recurrió al procedimiento siguiente:

1. Selección de expertos (4 expertos)
2. Se envió una carta de presentación del instrumento el cual contenía:
 - El instrumento de investigación
 - La matriz de consistencia
 - Ficha de validación del instrumento
3. Se calcularon los resultados generales del juicio de expertos por aspecto.
4. Se elaboraron las gráficas porcentuales.
5. Se interpretaron los datos.

Esta parte del proceso de investigación consiste en procesar datos (dispersos, desordenados, individuales) obtenidos de la población objeto de estudio durante el trabajo de campo, y tiene como finalidad generar resultados (datos agrupados y ordenados), a partir de los cuales se realizará el análisis según los objetivos y las hipótesis o preguntas de la investigación realizada, o de ambos.

Para efectuar un procesamiento de datos se deben seguir los siguientes pasos:

- a. Obtener la información de la población o muestra objeto de la investigación.

- b.** Definir las variables o los criterios para ordenar los datos obtenidos del trabajo de campo.
- c.** Definir las herramientas estadísticas y el programa de cómputo que va a utilizarse para el procesamiento de datos.
- d.** Inducir los datos en la computadora y activar el programa para que procese la información.
- e.** Imprimir los resultados.

Las aplicaciones de la informática a la investigación son importantes teniendo en cuenta que cada vez más la cantidad de datos que se manejan y la variedad de análisis que se realizan rebasan la capacidad del cálculo simple manual.

Sin embargo, hemos de advertir que "disponer de un buen ordenador y de un potente programa informático no cubre las lagunas que el investigador posea acerca de las cuestiones metodológicas y estadísticas. La información que introducimos en un ordenador es solamente útil si se hace de forma significativa.

Los análisis que se hagan serán también útiles si responden al problema de investigación y a los objetivos e hipótesis planteadas. Un ordenador y un programa estadístico es útil, funcional, rápido, exacto, etc., pero no sustituye al investigador.

Si se dispone de un ordenador es interesante saber qué pasos seguir a la hora de crear la base de datos para su posterior análisis. En primer lugar se deberá familiarizar con el programa informático y seguidamente realizar las tareas siguientes:

- Diseño de la hoja de datos.

- Definición de las variables (numéricas y alfanuméricas).
- Introducción de los datos.
- Depuración de la base de datos para detectar fallos y corregirlos.
- Identificación del análisis que se debe realizar.
- Selección del módulo o los módulos necesarios.
- Grabación de los análisis.
- Realización de los análisis e interpretación.

Para el procesamiento de los datos se aplicó la estadística descriptiva e inferencial. Es decir, se describió las características del objeto del estudio, luego se clasificó, se estableció tablas y frecuencias.

3.8 Tabulación

Se detallarán las variables identificadas que serán objeto de estudio para ser analizadas. El proceso de tabulación de los datos que están contenidos en los cuestionarios, se encaminará a la obtención de resultados relativos al tema de estudio. El análisis se realizará mediante los conceptos y categorías que se identifiquen como resultado de la recolección de datos.

Se señalan las similares y contrarias para un análisis mayor. Los datos serán presentados en tablas que explican las relaciones existentes entre las variables identificadas.

El análisis de datos cuantitativos, se produce una vez que se ha obtenido la información como resultado de interacciones y situaciones recogidas durante la investigación. Da cuenta del proceso de sistematización lógica y coherente de los hallazgos encontrados. Aunque se le designe en el último lugar dentro de la presentación del estudio, dicho análisis está presente en todo el camino recorrido.

A lo largo del análisis se trata de obtener una comprensión más profunda de lo que se ha estudiado y se continúan refinando las interpretaciones; es además un proceso interactivo y cíclico, porque cuando se habla de análisis, también se alude a la utilización de una serie de procedimientos o pasos que intentan proporcionar sentido a los datos, como parte de una tarea analítica que debe conservar su condición textual.

Como refiere Rodríguez, el dato soporta una información sobre la realidad, implica una elaboración conceptual de esa información y un modo de expresarla que hace posible su conservación y comunicación.

Aunque no exista una estructura fija o lineal para acometer la tarea de Análisis y Presentación de los Datos engranaje que envuelve el análisis e interpretación de los datos recolectados, las distintas facetas realizadas en el proceso de análisis, inspirado en los planteamientos de Miles y Huberman (1994).

- Recolectar datos
- Organizar datos
- Reducir datos
- Extracción
- Verificación de conclusiones

El análisis preliminar de datos consistió en términos generales, en las tareas de depuración de datos, caracterización y exploración de la naturaleza de las variables originales, análisis de la fiabilidad y validez de las escalas utilizadas para la generación de las nuevas variables, y análisis de la correlación estadística entre las variables del modelo.

La reducción de datos se le conoce también como momento de generación de afirmaciones (Erickson, 1989), percepción en palabras de Goetz y LeCompte (1988), análisis especulativo (Woods, 1987) o descripción (Taylor y Bogdan, 1986). La segunda fase, también se reconoce como momento de establecimiento de evidencias (Erickson, 1986), codificación (Taylor y Bogdan, 1986), Análisis y Presentación de los Datos comparación, contrastación, agregación y ordenación (Goetz y LeCompte, 1988) y clasificación y categorización (Woods, 1986).

A partir de este proceso, hacemos visibles mecanismos de unión e interconexión en los que estas facetas se van progresivamente entremezclando para llegar a producir conclusiones, las cuales en algunas oportunidades no tienen fines de cierre o clausura sino que pueden ser el comienzo de nuevas investigaciones.

La entrevista que se realizó tanto a médicos como a enfermeras, permitió profundizar acerca de aspectos similares desde ópticas diferentes. Inicialmente se planteó un listado de temas que nos ayudara con el procesamiento de la entrevista. Este listado cumplió una función importante para su realización, pero en el proceso de la búsqueda de información recibió algunas modificaciones.

Cada una de las entrevistas se realizó explicando el propósito perseguido y solicitando a los informantes permiso para el uso de la grabadora, a lo cual no presentó ningún inconveniente. Una vez que finalizó esta etapa, el proceso de tratamiento analítico cumplió los siguientes pasos:

- Cada entrevista fue transcrita.
- Se leyó cada uno de los textos.

- De su transcripción se extrajeron unidades de significado surgidas del análisis; las cuales, emergieron con diferente grado de concreción toda vez que estaban influidas por la tipología del dato.

Estas unidades representaron frases, oraciones o párrafos y han sido la base para la creación de categorías. Teniendo claro el procedimiento, realizamos la respectiva codificación como primera tarea de análisis de un modo sistemático de manera que sirviera para refinar las interpretaciones.

Los códigos representaron ideas sobre las cuales giraba el discurso escrito. Básicamente, utilizamos códigos “descriptivos” como los denomina Miles y Huberman (1994), atribuyéndole un nombre a un contenido o fragmento de texto.

En todo este proceso de componer y recomponer la información registrada, hemos ido captando la concepción que manejan los enfermeros acerca algunos aspectos que le preocupa de manifiesto en sus expectativas con respecto al diagnóstico, en las rutinas que se asumen en las consultas, los sentimientos que afloran y las relaciones que establecen en su rol de enfermeras. Para facilitar el manejo de los datos y con el propósito de ubicar la presencia de las anteriores unidades de significado, buscamos aquellas que se superponían y debían ser suprimidas. (Taylor S. y Bogdan, R. 1986).

De esta manera, se inició el proceso de categorización de modo que indicara los aspectos más comunes del diagnóstico y a la vez, reflejara un proceso mayor en el cual estaban comprometidas un conjunto de acciones propias de la actividad de diagnóstico, por cuanto es durante ese trayecto cuando los enfermeros tienen las más variadas oportunidades que cumplir con los diagnósticos. Para finalizar registramos el sistema de creación de categorías,

el cual hemos ido ajustando y refinando tras sucesivos pasos inherentes al análisis deductivo-inductivo.

Una vez que realizamos el proceso de codificación pasamos a definir el sistema de categorías surgidas de las entrevistas. Es de suponer que la tarea descomposición –reconstrucción de los textos– representa un papel importante en relación con el guion de entrevista que realizáramos para orientarnos.

A efectos de lograr una línea coherente y observar otros elementos que surgieran y enriquecieran la entrevista, retomamos los puntos iniciales que sirvieron de orientación, conceptualización o definición del diagnóstico clínico. Estas ideas resultaron inseparables del proceso de categorización y nos han permitido en palabras de Martínez (2000), “clasificar las partes en relación al todo”. No obstante, en la medida que releímos estos puntos se han ido rediseñando y, en consecuencia, dando paso a la creación de categorías más globales que incluyeran los puntos anteriores y describieran con más amplitud los rasgos de las unidades de significado. Con base en la organización de los códigos y las unidades de significado, procedimos a configurar un cuadro que da cuenta de las categorías y la frecuencia con la cual aparecen.

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se escogieron diferentes categorías atendiendo los temas principales planteados en la investigación. En cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías respondiendo a indicadores aportados por los distintos informantes y vinculados directamente con los temas principales seleccionados de antemano, lo cual permitió hacer manejable el cúmulo de información

recogida durante la investigación y presentar los resultados en función de los objetivos propuestos.

La variable dependiente con la que se trabajó en la encuesta pudo ser valorada a través de una escala tipo Likert, las cuales cuentan con la bondad de ser tratadas como variables cualitativas dicotómicas las cuales pueden tomar dos valores posibles. Respecto a la variable independiente, se les realizó un análisis con el fin no sólo de tener un referente de los valores medios, máximos y mínimos de ocurrencias de las respuestas dadas por los participantes en el estudio, sino además, para conocer la naturaleza de su distribución.

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis descriptivo

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Grupo de edades (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de un año	79	56,0	61	54,5	140	55,3
1-2	52	36,9	42	37,5	94	37,2
3-4	10	7,1	9	8,0	19	7,5
Total	141	55,7	112	44,3	253	100,0

Análisis y descripción

En la serie (tabla 1), predominaron el sexo masculino (55,7 %) y los menores de un año (140, para 55,3%), seguidos por los de 1-2 años (37,2%).

Tabla 2. Pacientes según factores de riesgo asociados

Factores de riesgo	No.	%
Destete precoz de lactancia materna	19	7,5
Atopia	21	8,3
Desnutrición	8	3,2
Anemia	24	9,5
Enfermedades crónicas	5	1,9
Exposición al humo pasivo	191	75,5
Nivel socioeconómico familiar bajo	154	60,8
Hacinamiento	122	48,2

Análisis y descripción

Entre los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas (tabla 2) figuraron la exposición pasiva al humo (75,5 %), el nivel socioeconómico familiar bajo (60,8%) y el hacinamiento en el hogar (48,2%); solo 8 pacientes resultaron ser desnutridos (3,2 %).

Tabla 3. Pacientes según manifestaciones clínicas al ingreso

Manifestaciones clínicas al ingreso	No.	%
Fiebre	248	98,0
Tos	212	83,8
Anorexia	193	76,3
Disnea	146	57,7
Quejidos	12	4,7

Análisis y descripción

Como se muestra en la tabla 3, entre las manifestaciones clínicas al ingreso primaron la fiebre (98,0 %), la tos (83,8%) y la anorexia (76,3%); también se describen otros síntomas, aunque en menor porcentaje.

Tabla 4. Pacientes según diagnóstico y grupos de edades

Diagnóstico	Grupo de edades						Total	
	Menores de un año		1- 2		3- 4			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Neumonía y Bronconeumonía	124	88,6	93	98,8	18	94,7	235	92,9
Bronquiolitis	10	7,2					10	3,9
Otitis media aguda	2	1,4			1	5,3	3	1,2
Síndrome coqueluchoide	2	1,4					2	0,8
Herpangina	2	1,4					2	0,8
Traqueobronquitis			1	1,1			1	0,4
Total	140	55,3	94	37,2	19	7,5	253	100,0

Análisis y descripción

En la tabla 4 se aprecia el predominio de la neumonía y la bronconeumonía en los menores de un año y en los de 1-2 (88,6 y 98,9 %, respectivamente).

Tabla 5. Pacientes según diagnóstico y tratamiento antimicrobiano impuesto

Tratamiento antimicrobiano	Diagnóstico									
	Neumonía y bronconeum.		Otitis media		Síndrome coqueluchoide		Traqueob.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ceftriaxone	138	58,7	3	100,0			1	100,0	142	59,0
Ampicilina	61	25,9							61	25,3
Ampicilina y Gentamicina	34	14,5							34	14,1
Ceftriaxone y Vancomicina	2	0,8							2	0,8
Eritromicina	0				2	100,0			2	0,8
Total	235	97,6	3	1,2	2	0,8	1	0,4	241	100,0

Neumonía y bronconeumonía (neumonía y bronconeum.)
Traqueobronquitis (traqueob.)

Análisis y descripción

En la tabla 5 se observa la primacía del tratamiento con ceftriaxone en los niños con neumonía y bronconeumonía (58,7 %), seguido de la ampicilina (25,9%); asimismo, la combinación de ampicilina y gentamicina se empleó en 14,5 % de los afectados, lo cual representó 100,0 % de los menores de 2 meses de edad. La asociación ceftriaxone-vancomicina solo se indicó a pacientes con neumonía grave complicada con derrame pleural.

Como bien se conoce, a esta edad las barreras naturales son más vulnerables por inmadurez de la piel, el pulmón y el intestino, así como también por la afectación del sistema inmune: la transferencia placentaria materna de inmunoglobulina G (Ig G) comienza a las 32 semanas; la Ig A secretora está muy disminuida en los pulmones; disminuye la actividad de la vía alterna del complemento y hay déficit en la opsonización de los gérmenes con cápsula polisacárida. Por otra parte, existe un rápido agotamiento de los depósitos de neutrófilos maduros medulares cuando hay exposición MEDISAN 2014 a una infección y dichos neutrófilos tienen menos capacidad bactericida.

La inmunidad mediada por linfocitos T helper y natural killer está alterada y la memoria inmunológica es deficiente; mientras mayor sea esta, mayor será la frecuencia de infecciones.

Posteriormente, entre los 6 meses y los 3 años de vida, aparece el fenómeno de la hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia, pues disminuyen los anticuerpos transmitidos por la madre por vía transplacentaria y por la suspensión de la lactancia materna, lo cual los hace susceptibles a las infecciones.

4.2 Análisis inferencial y contrastación de hipótesis

Para contrastar las hipótesis planteadas se usará la distribución ji cuadrada, pues los datos para el análisis deben estar en forma de frecuencias. La estadística ji cuadrada es la más adecuada porque las pruebas son las evidencias muestrales.

Contrastación de hipótesis específica 1

- **H₁**. Los niños de sexo masculino y los menores de 1 año son los más afectados por infecciones respiratorias agudas.

Tabla 6: Sexo * Infecciones respiratorias agudas

			Infecciones respiratorias agudas			Total
			Leve	Moderado	Grave	
Sexo	Masculino	No.	26	74	41	141
		% del total	18,4%	52,5%	29,1%	55,7%
	Femenino	No	19	66	27	112
		% del total	17%	58,9%	24,1%	44,3%
Total	No	45	140	68	253	
	% del total	17,8%	55,3%	26,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,042 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	39,473	4	,000
N de casos válidos	253		

Tabla 6a: Grupo etáreo* Infecciones respiratorias agudas

			Infecciones respiratorias agudas			Total
			Leve	Moderado	Grave	
Grupo etáreo	Menores de un año	No.	47	52	41	140
		% del total	33,6%	37,1%	29,3%	55,3%
	1-2	No	26	34	34	94
		% del total	27,7%	36,2%	36,2%	37,2%
	3-4	No	7	5	7	19
		% del total	36,8%	26,3%	36,8%	7,51%
Total	No	80	91	82	253	
	% del total	31,6%	36%	32,4%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,625 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	18,894	4	,000
Asociación lineal por lineal	9,653	1	,000
N de casos válidos	253		

En las tablas 6 y 6a se observa que la significancia ($p=0,000<0,05$) y por lo tanto se acepta la hipótesis específica que: Los niños de sexo masculino y los menores de 1 año son los más afectados por infecciones respiratorias.

Contrastación de hipótesis específica 2

H₂. Los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas en la infancia son exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo y el hacinamiento en el hogar.

Tabla 7: Factores de riesgo* Infecciones respiratorias agudas

			Infecciones respiratorias agudas			Total
			Leve	Moderado	Grave	
Factores de riesgo	Exposición pasiva	No.	57	78	56	191
	al humo	% del total	29,8%	40,9%	29,3%	40,9%
	Nivel socioeconómico familiar bajo	No	41	66	47	154
		% del total	26,6%	42,9%	30,5%	33%
	Hacinamiento en el hogar	No	37	55	30	122
		% del total	30,3%	45,1%	24,6%	26,1%
Total	No	135	199	133	467	
	% del total	28,9%	42,6%	28,4%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,341 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	28,6245	4	,000
Asociación lineal por lineal	15,657	1	,000
N de casos válidos	319		

En la tabla 7 se observa que la significancia ($p=0,000<0,05$) y por lo tanto se acepta la hipótesis específica que: Los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas en la infancia son exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo y el hacinamiento en el hogar.

Contrastación de hipótesis específica 3

H₃. Las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia son la fiebre, la tos y la anorexia.

Tabla 8: Manifestaciones clínicas al ingreso* Infecciones respiratorias agudas

		Infecciones respiratorias agudas			Total	
		Leve	Moderado	Grave		
Manifestaciones clínicas al ingreso	Fiebre	No.	99	84	65	248
		% del total	33,6%	37,1%	29,3%	38%
	Tos	No	96	65	51	212
		% del total	27,7%	36,2%	36,2%	32,5%
	Anorexia	No	57	75	61	193
		% del total	36,8%	26,3%	36,8%	29,6%
Total	No	252	224	177	653	
	% del total	38,6%	34,3%	27,1%	100,0%	

Pruebas de chi Cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,341 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	28,6245	4	,000
Asociación lineal por lineal	15,657	1	,000
N de casos válidos	319		

En la tabla 8 se observa que la significancia ($p=0,000<0,05$) y por lo tanto se acepta la hipótesis específica que: Las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia son la fiebre, la tos y la anorexia.

Contrastación de hipótesis específica 4

H₄. Existe un predominio de la neumonía y la bronconeumonía en los pacientes con infecciones respiratorias agudas.

Tabla 9: Afección* Infecciones respiratorias agudas

		Infecciones respiratorias agudas			Total	
		Leve	Moderado	Grave		
Afección	Neumonía y	No.	84	51	100	235
	Bronconeumonía	% del total	35,7%	21,7%	42,6%	92,9%
	Otras	No	4	7	7	18
		% del total	22,2%	38,9%	38,9%	7,1%
Total		No	88	58	107	253
		% del total	34,8%	22,9%	42,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,625 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	18,894	4	,001
Asociación lineal por lineal	9,653	1	,001
N de casos válidos	253		

En la tabla 9 se observa que la significancia ($p=0,001 < 0,05$) y por lo tanto se acepta la hipótesis específica que: Existe un predominio de la neumonía y la bronconeumonía en los pacientes con infecciones respiratorias agudas.

H₅. Existe primacía del tratamiento antimicrobiano con ceftriaxone en los pacientes con infecciones respiratorias agudas.

Tabla 10: Factores de riesgo* Infecciones respiratorias agudas

			Infecciones respiratorias agudas			Total
			Leve	Moderado	Grave	
Tratamiento antimicrobiano	Ceftriaxone	No.	42	26	74	142
		% del total	29,6%	18,3%	52,1%	56,1%
	Ampicillina	No	21	16	24	61
		% del total	34,4%	26,2%	39,3%	24,1%
	Otros	No	15	21	14	50
		% del total	30%	42%	28%	19,8%
Total	No	108	63	112	253	
	% del total	42,7%	24,9%	44,3%	100%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,625 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	18,894	4	,001
Asociación lineal por lineal	9,653	1	,001
N de casos válidos	80		

En la tabla 10 se observa que la significancia ($p=0,000 < 0,05$) y por lo tanto se acepta la hipótesis específica que: Existe primacía del tratamiento antimicrobiano con ceftriaxone en los pacientes con infecciones respiratorias agudas

4.3 Discusión de resultados

Los resultados de este estudio coinciden con los de César y Robaina en cuanto al predominio de menores de un año y del sexo masculino; sin embargo, en investigaciones realizadas en Venezuela los más afectados resultaron ser los niños de 1-2 años.

En la mayoría de los menores con infecciones respiratorias agudas puede encontrarse más de un factor de riesgo, pero los de tipo socioeconómico constituyen el denominador común para la presencia de desnutrición y de situaciones ambientales desfavorables.

Se ha demostrado que las condiciones de vida inadecuadas favorecen las IRA graves, donde interactúan varios factores, a saber: condiciones pésimas de ventilación y hacinamiento, baja escolaridad de los padres, escasa per cápita familiar, cuidado y alimentación del niño deficientes, así como inestabilidad familiar, a lo cual se suman los problemas culturales, migratorios y la falta de acceso a los servicios de salud.

El hogar es el lugar donde el niño permanece la mayoría del tiempo, de manera que resulta muy irritante la presencia de contaminantes en este medio. Así, la aspiración pasiva de humo se asocia a la disminución de la tasa de crecimiento de la función pulmonar durante la niñez y a la mayor frecuencia de infecciones en las vías aéreas bajas, donde también resultan nocivos los gases y otros compuestos que se liberan por el combustible utilizado para cocinar, sobre todo cuando no hay una adecuada ventilación en la cocina o cuando los alimentos se elaboran en la misma habitación donde este duerme y realiza otras actividades.

Por otra parte, la desnutrición condiciona alteraciones inmunológicas y deprime las defensas locales, por lo cual constituye, según la Organización Mundial de la Salud, el segundo factor de riesgo más importante. Aunque la incidencia en este estudio fue baja, siempre estuvo asociada al destete precoz. En ese sentido, la lactancia materna asegura el crecimiento normal del niño pequeño y lo protege de infecciones, por lo cual el abandono de esta, unido a la desnutrición, incrementa el riesgo de adquirir infecciones respiratorias.

La atopia también tiene asociación causal, pues las reacciones de hipersensibilidad que se producen alteran la cascada enzimática de los procesos antiinflamatorios con una respuesta exagerada, que provocan alteraciones del complemento, de los leucotrienos y, por ende, de los leucocitos, de los linfocitos, de la fagocitosis y de la opsonización, de manera que tienen mayor riesgo de adquirir infecciones virales, que al hacerse frecuentes permiten la invasión bacteriana.

Por otro lado, la hipersecreción de mocos dificulta el aclaramiento mucociliar, disminuye el drenaje de secreciones y aumenta la posibilidad de desarrollar una IRA.² MEDISAN 2014. En un estudio similar, el hacinamiento estuvo presente en 54,4 % de los pacientes, las malas condiciones de vida en 32,6 % y la desnutrición en 37,0 %; hallazgos que también coinciden con lo referido en otras series.¹⁶⁻¹⁹ Las manifestaciones clínicas dependerán de la localización de la infección respiratoria, la edad del paciente y los factores de riesgo asociados, pero la fiebre es el síntoma más común en la mayoría de los afectados.

Por su parte, en un estudio llevado a cabo en Santiago de Cuba, en menores de 5 años con neumonía, las manifestaciones más frecuentes fueron la fiebre y la disnea (Casanova DA. Neumonía en menores de 5 años ingresados en el Hospital Infantil Norte Docente de Santiago de Cuba [tesis para optar por el título de Máster en Atención Integral al Niño]. 2009, Santiago de Cuba). Esto se debe a las condiciones anatomofisiológicas del aparato respiratorio, a las diversas causas que las producen y a las características inmunológicas a esta edad.

A diferencia de lo referido en el presente estudio, otros autores encontraron como causa más frecuente la rinoфарингитis aguda (46,3%), seguida de la otitis media (23,1%);¹⁴ sin embargo, Robaina et al ¹⁵ y Maceo ¹⁷ señalaron al catarro común en primer orden.

En esta casuística, más de la mitad de los pacientes fueron tratados con ceftriaxone (58,7%), debido fundamentalmente al diagnóstico de neumonía/bronconeumonía en niños menores de un año y como cumplimiento al protocolo de tratamiento establecido en dicho centro para esta afección, aunque en un número no despreciable la prescripción fue inadecuada. Los resultados de la presente investigación difieren de lo planteado en la bibliografía revisada, pues de 80-90 % de las infecciones respiratorias agudas son de causa viral y se ha demostrado que el tratamiento precoz con antibióticos no solo es ineficaz y que no previene las complicaciones, sino también que encarece el tratamiento, puede ser perjudicial en muchos casos y favorece la aparición del fenómeno de resistencia bacteriana.

Mundialmente, el elevado consumo de antimicrobianos, sobre todo en la atención primaria de salud, se ve favorecido por la alta prevalencia de enfermedades infecciosas, las expectativas del paciente a recibir antibióticos, la falta de conocimiento o de cumplimiento de las recomendaciones científicas, la automedicación, la prescripción inducida, la presión de la industria farmacéutica y la incertidumbre diagnóstico-patogenia.

Las IRA constituyen un importante problema de salud pública, pues tienen la morbilidad más alta en el mundo, por lo cual el diagnóstico precoz, la detección de factores de riesgo, así como el tratamiento adecuado y oportuno, minimizan las complicaciones y disminuyen la mortalidad.

4.4 Aporte de la investigación

La investigación aporta una sistematización teórica de los principales aportes realizados por los diferentes autores en relación con la temática de infecciones respiratoria agudas como factor de morbilidad en niños menores de 5 años.

Se establece la relación entre las IRA y la morbilidad de los niños menores de 5 años y se realiza una comparación con los estudios que han antecedido en la región de América Latina.

CONCLUSIONES

- Se determinó que existe una correlación significativa ($p=,000<0,05$), entre el sexo y el grupo etáreo de los menores de 5 años enfermos por IRA que acude a consultas e ingresos.
- Se evidenció con un nivel de significancia ($p=,000<0,05$) que la exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo y el hacinamiento en el hogar son los factores de riesgo que más favorecen las IRA en los infantes menores de 5 años.
- Se demostró con una significatividad de ($p=,000<0,05$) que la fiebre, la tos y la anorexia son las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia.
- Con un nivel de significatividad ($p=,001<0,05$), se constató que las principales infecciones respiratorias en la infancia son la neumonía y la bronconeumonía y es el ceftriaxone ($p=,000<0,05$), el tratamiento antimicrobiano que generalmente se utiliza para combatirlas y como cumplimiento al protocolo de tratamiento establecido.

RECOMENDACIONES

- Continuar profundizando en los estudios relacionados con los factores de riesgo en la morbilidad de las IRA en los niños menores de 5 años.
- Establecer mecanismos de seguimiento comunitario por parte del médico y trabajo social de los centros de atención primaria para evaluar la evolución del paciente tomando en cuenta su grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA SOBRE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. PROYECTO ISS – ASCOFAME. COLOMBIA
2. Problema de Salud Pública, Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú. Monografía.com
3. Nelson Tratado de Pediatría. Edición 18 Capitulo 397 Neumonía Pag1795 Theodore c Sectishy Charles G Prober. Edición 18
4. Monografias.com > Salud. DESCARGAS FEC ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD "INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS"- EXPERIENCIA FRENTE A LAS TEMPORADAS DE BAJAS TEMPERATURAS, 2013.
5. PERU- MINISTERIO DE SALUD – DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA – INFORME TÉCNICO 2012
6. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS – NOTICIAS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS – PERU 21, 13 ENERO DEL 2015
7. BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD DE MÉXICO EN MICROBIOLOGÍA 14 EDICIÓN
8. [HTTP://WWW.MONOGRAFIAS.COM/TRABAJOS72/INFECCIONES-RESPIRATORIAS-AGUDAS-NINOS/INFECCIONES-RESPIRATORIAS-AGUDAS-NINOS2.SHTML#IXZZ3PNBWFQN0](http://www.monografias.com/trabajos72/infecciones-respiratorias-agudas-ninos/infecciones-respiratorias-agudas-ninos2.shtml#IXZZ3PNBWFQN0)

9. Copyright © Organización Panamericana de la Salud 1992 ISBN 92 75 71033 3 http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol36_2_02/far08202.htm
DF]
10. Infecciones respiratorias virales - Asociación Española de Pediatría
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.p>
11. Infecciones respiratorias virales C. Calvo Rey, M.L. García García, I. Casas Flecha*, P. Pérez Br. [Ihttp://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tratamiento-las-infecciones-las-vias-X0212047X10875702](http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tratamiento-las-infecciones-las-vias-X0212047X10875702).



ANEXO 01 Matriz de consistencia



Problema General	Objetivos General	Hipótesis General	Metodología
¿Cuáles son las características de las infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?	Identificar las características de las infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017	H₁: Las infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017 se caracteriza por grupo etáreo, sexo y exposición a factores de riesgo.	Nivel: CORRELACIONAL Tipo: aplicada, enfoque cuantitativo, transversal. Diseño: no experimental
<p>1. ¿De qué manera se comporta las IRA en la infancia según sexo y grupo etario en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?</p> <p>2. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?</p> <p>3. ¿Cuáles son las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017?</p>	<p>1. Identificar el comportamiento las IRA en la infancia según sexo y grupo etario en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.</p> <p>2. Determinar los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.</p> <p>3. Evaluar las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.</p>	<p>1. Los niños de sexo masculino y los menores de 1 año son los más afectados por infecciones respiratorias agudas.</p> <p>2. Los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas en la infancia son exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo y el hacinamiento en el hogar.</p> <p>3. Las principales manifestaciones clínicas al ingreso por infecciones respiratorias agudas en la infancia son la fiebre, la tos y la anorexia.</p>	<p>Población: 454 niños ingresados por manifestaciones respiratorias en el Hospital 2 de mayo de la ciudad de Lima durante el período de julio-diciembre de 2017.</p> <p>Muestra: Muestreo aleatorio simple, De esta forma se determinó que la muestra seleccionada sería de 253 niños</p>



ANEXO 02
Consentimiento informado



ID: _____ **FECHA:** _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO EN EL PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2017

OBJETIVO: Identificar las características de las infecciones respiratorias agudas en la infancia en el Hospital Dos de Mayo en el periodo julio-diciembre 2017.

Consentimiento / Participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la intervención (tratamiento) sin que me afecte de ninguna manera.

Huella digital si el caso lo amerita:

Firma del participante:

Firma del investigador responsable:

ANEXO 03**Guía de entrevista aplicada a padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas**

Marque con una (X) y/o complete según la opción que considere correcta

1. ¿Qué edad y tiene su hijo?

1 año_____ 2 años_____ 3 años_____ 4 años _____ 5 años_____

2. ¿A qué tiempo de vida dejó de lactar a su bebé?

1-3 meses_____ 3-6 meses_____ 6-12 meses_____ Antes de los años_____

3. ¿Explique brevemente en qué se basa la alimentación de su hijo?

4. ¿Padece alguna enfermedad su hijo?

Sí_____ No_____Cuál (es) _los agentes

5. Refiérase a los agentes contaminantes a los que su hijo está expuesto.

6. ¿Cómo considera Ud. qué es su nivel económico?

Muy Alto_____ Alto_____ Medio_____ Bajo_____ Muy bajo_____

7. ¿Cuántas personas conviven en el hogar del niño?

1-3_____ 4-7_____ + de 8 _____

8. ¿Por qué causa ingresó su hijo?

Fiebre_____ Tos_____ Anorexia_____ Disnea_____ Quejidos_____

NOTA BIOGRÁFICA

Ysabel Yolanda Zarate Pastor, nace el 8 de Julio del año 1964 en el distrito de Santiago de Surco, cursando sus estudios primarios y secundarios en el colegio Madre Admirable del distrito de El Agustino Lima, comenzando sus estudios superiores el año 1982 en la Universidad Particular San Martin de Porres, obteniendo el grado de Bachiller en Enfermería el año 1988 obteniendo asimismo el grado de Licenciada en Enfermería el año 1990 en la misma Universidad mencionada. En el año 2007a 2008 en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, accediendo luego al programa de Promaster de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan para alcanzar el grado de Maestría. Asimismo ha obtenido el título de Especialista en Enfermería Pediátrica el Año 2000 en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Actualmente labora en el Instituto Nacional de Salud del Niño desde el año 1994, habiendo laborado también en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas entre los años 2015 al 2020.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio de la Escuela de Posgrado, Jr. Puno N° 248 – Lima - Cercado, siendo las **19:00h**, del día sábado **05 DE ENERO DE 2019**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
Mg. Ita TREJO LUGO	Secretaria
Mg. Margarita Encarnación RUIZ BLANCO	Vocal

Asesor de Tesis: Dra. Mireya BROOKS RODRIGUEZ (Resolución N° 02738-2018-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Administración y Gerencia en Salud, Doña, Ysabel Yolanda ZARATE PASTOR.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA INFANCIA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO EN EL PERÍODO DE JULIO – DICIEMBRE DE 2017".

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- Presentación personal.
- Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Catorce (14)
Equivalente a Buena, por lo que se declara Aprobado
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Lima, siendo las 19:55 horas del 05 de enero de 2019.

.....
PRESIDENTE
DNI N° 22.412.106

.....
SECRETARIO
DNI N° 22.484.278

.....
VOCAL
DNI N°

Leyenda:
19 a 20: Excelente
17 a 18: Muy Bueno
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 03667-2018-UNHEVAL/EPG-D)

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO**1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)**Apellidos y Nombres: **ZARATE PASTOR, Ysabel Yolanda**

DNI: 09071440

Correo electrónico: **@hotmail.com**

Teléfonos Casa:

Celular: 995034267

Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

Posgrado	
Maestría:	ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD
Mención:	_____

Grado Académico obtenido: MAESTRO**Título de la tesis:****LAS INFECCIONES RESPIRATORIA AGUDAS COMO FACTOR DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE LIMA EN EL PERÍODO 2015- 2017**

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: 23-09-2020



Firma del autor