



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

TEMA:

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA APLICADAS A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL BÁSICO DE PLAYAS PERIODO OCTUBRE 2019 – MARZO 2020.

AUTORES:

HÉCTOR ENRIQUE ORTEGA MORA

MILENA ISABEL MORALES MONTES

TUTOR:

LCDA. LORENA OTERO TOBAR

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2019

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	VII
DEDICATORIA.....	VIII
AGRADECIMIENTO.....	IX
AGRADECIMIENTO.....	X
TEMA.....	XI
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	5
1. EL PROBLEMA.....	5
1.1. Marco Contextual.....	5
1.1.1. Contexto Internacional.....	5
1.1.2. Contexto Nacional.....	5
1.1.3. Contexto Regional.....	5
1.1.4. Contexto Local y/o Institucional.....	6
1.2. Situación Problemática.....	6
1.3. Planteamiento del Problema.....	6
1.3.1. Problema General.....	7
1.3.2. Problema Derivados.....	7
1.4. Delimitación de la Investigación.....	7
1.6. Objetivos.....	9
1.6.1. Objetivo General.....	9
1.6.2. Objetivos Específicos.....	9
CAPITULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Marco Teórico.....	10

2.1.1.	Marco Conceptual	38
2.1.2.	Antecedentes Investigativos	39
2.2.	Hipótesis	40
2.2.1.	Hipótesis General	40
2.2.2.	Hipótesis Específicas.....	40
2.3.	Variables	40
2.3.1.	Variable Independiente.....	40
2.3.2.	Variable Dependiente	40
2.3.3.	Operacionalización de las Variables.....	41
CAPITULO III.....		43
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.1.	Método de Investigación	43
3.2.	Modalidad de Investigación.....	43
3.3.	Tipo de Investigación	43
3.4.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	44
3.4.1.	Técnicas	44
3.4.2.	Instrumentos.....	44
3.5.	Población y Muestra.....	44
3.6.	Cronograma del Proyecto	45
3.7.	Recursos	46
3.7.1.	Recursos Humanos	46
3.7.2.	Recursos Económicos.....	46
3.8.	Plan de Tabulación y Análisis	47
3.8.1.	Base de datos.....	47
3.8.2.	Procesamiento y análisis de datos	47
CAPITULO IV		48
4.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	48

4.1. Resultados Obtenidos de la Investigación	48
4.2. Análisis e Interpretación de Datos.....	54
4.3. Conclusiones.....	54
4.4. Recomendaciones	55
CAPITULO V	56
5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	56
5.1. Título de la Propuesta de Aplicación.....	56
5.2. Antecedentes	56
5.3. Justificación.....	56
5.4. Objetivos	57
5.4.1. Objetivo general	57
5.4.2. Objetivos específicos.....	57
5.5. Aspectos Básicos de la Propuesta de Aplicación.....	57
5.5.1. Estructura de la propuesta.....	58
5.5.2. Componentes	59
5.6. Resultados Esperados de la Propuesta de Aplicación	59
5.6.1. Alcance de la alternativa.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS.....	64
Anexo 1: Matriz de contingencia	65
Anexo 2: Encuesta	67
Anexo 3: Evidencias del proceso de investigación.....	68
Anexo 4: Guía de prevención de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 4 años.....	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de infecciones respiratorias agudas	14
Tabla 2: Agentes causales de infecciones respiratorias agudas	36
Tabla 3 Operacionalización de las variables	42
Tabla 4:Cronograma del proyecto	45
Tabla 5: Recursos humanos.....	46
Tabla 6: Recursos económicos	46
Tabla 7: En el establecimiento de salud ¿se ha socializado al personal de enfermería, los protocolos de atención de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años?	48
Tabla 8: Durante la valoración de las IRA en menores de 5 años ¿se realizan las siguientes acciones?	49
Tabla 9: ¿Usted realiza la planificación de los cuidados de menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas?	50
Tabla 10: ¿Cada día se revisan los registros y reportes de atención brindada por el personal de enfermería?.....	51
Tabla 11: ¿La atención de las pacientes se realiza de forma organizada y en equipo?.....	52
Tabla 12: ¿Se brinda información sobre infecciones respiratorias agudas a los padres sobre prácticas saludables para prevención de complicaciones?	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: En el establecimiento de salud ¿se ha socializado al personal de enfermería, los protocolos de atención de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años?	48
Gráfico 2: Durante la valoración de las IRA en menores de 5 años ¿se realizan las siguientes acciones?	49
Gráfico 3: ¿Usted realiza la planificación de los cuidados de menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas?	50
Gráfico 4: ¿Cada día se revisan los registros y reportes de atención brindada por el personal de enfermería?.....	51
Gráfico 5: ¿La atención de las pacientes se realiza de forma organizada y en equipo?.....	52
Gráfico 6: ¿Se brinda información sobre infecciones respiratorias agudas a los padres sobre prácticas saludables para prevención de complicaciones?	53

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Recolección de datos del personal de enfermería	69
---	----

DEDICATORIA

Héctor Enrique Ortega Mora

Lleno de regocijo, amor y esperanza, dedico este proyecto, a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mis pilares fundamentales para seguir adelante.

Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a ellos, que con mucho esfuerzo, esmero y trabajo me lo he ganado.

A mis padres Enrique Ortega y Marisol Mora, porque ellos a pesar que con ayuda de Dios me dieron la vida, son mi motivación y mi orgullo de ser lo que seré.

A mis hermanos Carlos y José, porque son la razón de sentirme tan orgulloso de culminar mi meta, gracias a ellos por confiar siempre en mí.

Y sin dejar atrás a toda mi familia por confiar en mí, a mis abuelitos, tíos y primos, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme a ser parte de su orgullo.

DEDICATORIA

Milena Isabel Morales Montes

El presente trabajo investigativo lo dedico a Dios principalmente, por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de mis sueños más anhelados.

A mi esposo por la ayuda que me ha brindado he sido muy importante. No fue sencillo culminar este proyecto sin embargo siempre fuiste muy motivador y me ayudaste hasta donde te era posible y más.

A mis padres, por su amor, y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Héctor Enrique Ortega Mora

Primeramente, agradezco a Dios por permitirme estar con vida y a mis padres por su apoyo incondicional tanto moral como económico para poder terminar esta etapa de mi vida y ser un profesional.

A la Universidad Técnica De Babahoyo por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mi Tutora la Licenciada Lorena Otero por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

AGRADECIMIENTO

Milena Isabel Morales Montes

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco padre, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

Gracias a mis padres, esposo y hermanos, por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mí.

Finalmente agradezco a quien lee este apartado y más de mi tesis.

TEMA

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA APLICADAS A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL BÁSICO DE PLAYAS PERIODO OCTUBRE 2019 – MARZO 2020.

RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas comprenden las patologías del aparato respiratorio desde la nariz hasta los alvéolos por un tiempo de 15 días. Son la causa del mayor número de muertes de niños menores de seis meses a causa de virus y bacterias. El objetivo del estudio será determinar el conocimiento del manejo de protocolos de las intervenciones de enfermería aplicadas a niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias agudas en el área de pediatría del Hospital Básico de Playas periodo octubre 2019 – marzo 2020. La metodología utilizada fue mixta por ser cualitativa y cuantitativa, la población está constituida por 11 personas constituido por Enfermeros/as e internos de Enfermería que laboran en el servicio de Pediatría del Hospital Básico Playas. El 73% del personal de enfermería afirma que en la institución si se ha socializado y se aplican los protocolos de IRA en niños menores de 5 años y realiza la planificación de los cuidados de los niños con infecciones respiratorias agudas. Como propuesta se plantea una guía de prevención de enfermedades respiratorias agudas dirigida a los padres de menores de cinco años del Hospital Básico de Playas.

Palabras claves: enfermedades respiratorias agudas, virus, bacterias, rinitis, faringitis.

SUMMARY

Acute respiratory infections include the pathologies of the respiratory system from the nose to the alveoli for a period of 15 days. They are the cause of the highest number of deaths of children under six months due to viruses and bacteria. The objective of the study will be to determine the knowledge of the management of protocols for nursing interventions applied to children under 5 years of age with acute respiratory diseases in the pediatric area of the Basic Hospital of Playas period October 2019 - March 2020. The methodology used was mixed Being qualitative and quantitative, the population is made up of 11 people made up of Nurses and Nurses who work in the Pediatrics service of the Playas Basic Hospital. 73% of the nursing staff affirm that in the institution if the IRA protocols have been socialized and applied in children under 5 years of age and they plan the care of children with acute respiratory infections. As a proposal, a guide for the prevention of acute respiratory diseases is proposed for parents of children under five years old at the Basic Beach Hospital.

Keywords: acute respiratory diseases, viruses, bacteria, rhinitis, pharyngitis.

INTRODUCCIÓN

Los pulmones son órganos del aparato respiratorio que permiten la absorción del oxígeno (O₂) y la salida del dióxido de carbono (CO₂) será una función de vital importancia para el cuerpo humano. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) conforman la principal causa de atención en servicios de salud.

La OMS reporta que a nivel mundial las enfermedades respiratorias agudas constituyen el factor más frecuente de morbi-mortalidad en niños y niñas menores de cinco años en especial de infección respiratoria aguda que representa cerca de 2 millones de muertes por año. Las tasas de mortalidad por IRA en países en vía de desarrollo se aproximan a 100 casos por 1000 niños menores de cinco años. Se reporta que la tasa de mortalidad en Ecuador por IRA es de 5,12 por 1000 habitantes.

La infección respiratoria aguda afecta la vida de los niños y la de sus padres que deben abandonar sus trabajos por dedicarse al cuidado de sus hijos y afecta en el estado económico de la familia.

La atención de enfermería en los niños debe no solo orientarse al cuidado inmediato sino también en la elaboración de un plan de cuidado y evaluación en base a las necesidades básicas o actividades vitales, etapas evolutivas del niño y acciones de autocuidado.

La finalidad será determinar el conocimiento del manejo de los protocolos de intervención de enfermería aplicados a niños menores de cinco años con enfermedad respiratoria aguda en el área de pediatría del Hospital Básico de Playas periodo octubre 2019-marzo 2020

El presente proyecto de investigación constará de:

Capítulo I: campo contextual, objetivos, el problema y la justificación.

Capítulo II: fundamentación teórica y el planteamiento de la hipótesis.

Capítulo III: consta de la metodología de investigación

Capítulo IV: Resultados, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo V: se explicará la propuesta de investigación para buscar solución al problema

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Marco Contextual

1.1.1. Contexto Internacional

Las enfermedades respiratorias afectan las vías respiratorias incluida las vías nasales, bronquios y pulmones abarca desde infecciones agudas como el resfriado común que representa un cuadro leve hasta enfermedades crónicas como el asma, neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (OMS, 2017)

La infección respiratoria aguda constituye 2 millones de muertes durante el año, los grupos prioritarios lo constituyen niños/as, adultos mayores y sistema inmunológico comprometido. En países en desarrollo 2 y 3% de niños/as menores de 2 años presentaron neumonía severa por lo que necesitarán hospitalización, las tasas de mortalidad por IRA en estos países van de 60 a 100 casos por 1000 niños menores de cinco años. (UAERAC, 2017)

1.1.2. Contexto Nacional

En Ecuador, el comportamiento de las enfermedades respiratorias agudas constituye la causa principal de atención ambulatoria reportada en el año 2016 seguida de diarreas y parasitosis intestinal. Dentro de las enfermedades de notificación obligatoria por el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVE-Alerta), las IRA ocupan el primer lugar en el reporte de casos de las enfermedades transmisibles notificadas. (OMS- Ecuador , 2018)

1.1.3. Contexto Regional

En la provincia del Guayas la influenza y la neumonía constituyen la tercera causa de mortalidad. El cantón Playas se encuentra en el suroeste de la provincia del Guayas, se localiza a 96 kilómetros de la Guayaquil que es la capital de la provincia. Cuenta con una población de 42000 habitantes; no se cuenta con una estadística de los casos de IRA totales en la población del cantón (Solano, 2017)

1.1.4. Contexto Local y/o Institucional

El Hospital Básico de Playas del distrito de salud 09D22 se encuentra ubicado en la avenida 15 de agosto Vía al Morro. Forma parte del segundo nivel de atención de salud pertenece a la red pública integral de salud (MSP), atiende en un horario de 24 horas. El estudio será realizado en el área de pediatría del establecimiento de salud (Ubica Ecuador, 2019)

1.2. Situación Problemática

El personal de enfermería se encargará de establecer un plan de cuidado de las patologías respiratorias, el mismo que debe ser preciso y en tiempo oportuno que permitirá el bienestar del niño/a y la prevención de complicaciones.

El estudio se orientará a evaluar las intervenciones de enfermería en niños menores de cinco años con enfermedades respiratorias agudas en el área de pediatría del Hospital Básico del Guayas.

1.3. Planteamiento del Problema

Las infecciones respiratorias agudas es la primera razón de búsqueda de atención pediátrica en los servicios de salud en países de desarrollo. En la mayoría de los países en desarrollo de América, las enfermedades respiratorias agudas se encuentran entre las tres primeras causas de mortalidad de menores de 1 año y entre las dos primeras en niños de 1 a 4 años. (OPS, 2015)

Los niños pueden presentar de seis a ocho infecciones respiratorias en un año, las que se presentan en el periodo lactante afecta a las vías respiratorias inferiores, generando un gran impacto social y económico por que se presenta en población de recursos económicos bajos que es la más afectada. La actual estrategia que se ha implementado es la educación del personal de salud y de los padres sobre medidas de prevención, consulta y manejo temprano de infección respiratoria; gracias a esto se ha disminuido la incidencia y mortalidad de los infantes. (Restrepo, 2016)

1.3.1. Problema General

Evaluar el conocimiento del manejo de los protocolos de intervención de enfermería aplicados a niños menores de cinco años con enfermedad respiratoria aguda en el área de pediatría del Hospital Básico de Playas periodo octubre 2019-marzo 2020

1.3.2. Problema Específicos

- ¿Cómo es el manejo de las enfermedades respiratorias de los padres y cuidadores de los niños ingresados?
- ¿Qué patologías respiratorias agudas son más frecuentes en el área de pediatría?
- ¿Cómo mejorar la atención a los niños y niñas que acceden a la sala de pediatría del Hospital Básico Playas?
- ¿Cómo concientizar a madres y cuidadores de los menores sobre el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)?

1.4. Delimitación de la Investigación

El proyecto de investigación se realizará en el Hospital Básico del cantón Playas, perteneciente a la provincia del Guayas en el periodo de octubre a marzo del 2020. El objeto de estudio estará conformado por 11 personas del personal de enfermería encargados del área de pediatría.

1.5. Justificación

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son un grupo de patologías del aparato respiratorio originadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Es una problemática de salud pública a nivel mundial. Presenta cuadro leve como un resfriado común, pero depende del estado de la persona y puede complicarse a una neumonía. Un 80% a 90% de las IRA son de causa viral. La mortalidad de la enfermedad respiratoria aguda se dará con más frecuencia en la infancia y sexo masculino con los factores que se asocian: inmadurez inmunológica, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y destete temprano.

En los factores de riesgo socioeconómicos encontramos el bajo ingreso familiar, nivel de educación de los padres y el lugar de residencia que son factores esenciales en el desarrollo de las infecciones respiratorias agudas por la extrema pobreza y falta de educación.

Los factores de riesgo ambientales más frecuentes en las enfermedades respiratorias agudas son: hacinamiento, la exposición al humo, la falta de condiciones higiénicas y la contaminación del aire. En niños menores de 5 años, la causa de la infección es de tipo viral con buen pronóstico, pero un pequeño porcentaje puede padecer complicaciones como otitis, sinusitis y neumonía.

El presente proyecto de investigación será de gran importancia en el área de la salud para evaluar la atención del personal de enfermería en el grupo prioritario de niños menores de cinco años que presentan infección respiratoria aguda, basándonos en fundamentos bibliográficos y servirá para trabajos que se realicen sobre el tema de estudio.

Por lo expuesto anteriormente, el estudio analizará la intervención de enfermería en la prevención de complicaciones de los pacientes, la adherencia al tratamiento prescrito y conseguir el bienestar del niño y su familia.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar el conocimiento del manejo de protocolos de las intervenciones de enfermería aplicadas a niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias agudas en el área de pediatría del Hospital Básico de Playas periodo octubre 2019 – marzo 2020.

1.6.2. Objetivos Específicos

- Conocer sobre el manejo de las enfermedades respiratorias de los padres y cuidadores de los niños ingresados.
- Definir las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) más frecuentes en la sala de pediatría.
- Brindar una mejor atención a los niños y niñas que acuden a la sala de pediatría del Hospital Básico Playas.
- Concientizar a las madres y cuidadores de los menores, mediante Charlas sobre el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Teórico

Sistema respiratorio

Este sistema está formado por las estructuras que mantienen la oxigenación del cuerpo y a la vez eliminación de desechos, posee dos partes estructurales, una de conducción de aire y otra que realiza el intercambio de gases entre la atmósfera y la sangre. De entre los gases de la atmosfera está el oxígeno que es introducido dentro del cuerpo para su posterior distribución a los tejidos y a la vez elimina dióxido de carbono que es producido por el metabolismo celular. (Reiriz Palacios, 2019)

Otras funciones que tiene el aparato respiratorio es la regulación del pH corporal, en la protección contra los agentes patógenos del aire y las sustancias irritantes que son inhalados. Además, realiza la vocalización, ya que, al moverse el aire a través de las cuerdas vocales. (CDT+, 2018)

Este sistema respiratorio lo podemos dividir en dos partes:

- Tracto respiratorio superior (o vías altas)
- Tracto respiratorio inferior (o vías bajas)

Tracto respiratorio superior (o vías altas)

Nariz: es la parte superior e inicial del sistema respiratorio y varía en tamaño y forma en diferentes personas. Se encuentra delante, en la cara, a la que está unida su raíz, ubicado por debajo de la frente, y su dorso se extiende desde la raíz hasta el vértice o punta. (Kliegman, 2016)

En su parte interna, la cual posee una pared externa de textura rugosa debido a la presencia de 3 elevaciones óseas longitudinales, dichas elevaciones se llaman cornetes nasales y son, superior, medio e inferior que se proyectan hacia el interior

de cada fosa nasal y se curvan hacia abajo formando canales de paso de aire que se llaman meatos. (Reiriz Palacios, 2019)

Debajo de cada cornete se encuentra su meato, siendo así que en el meato superior desembocan los senos etmoidales, en el meato medio desembocan los senos maxilar y frontal y en el meato inferior desemboca el conducto lácrimo-nasal. (Bayona, 2015)

Senos paranasales: son cavidades llenas de aire, que se originan cuando la mucosa de la cavidad nasal cubre los huesos anexos, con la particularidad de que esta es más delgada y menos vascularizada. En un recién nacido, la mayoría de los senos son primitivos o incluso ausentes y durante la infancia y la adolescencia crecen e invaden los huesos adyacentes. El crecimiento de los senos tiene un impacto importante ya que altera el tamaño y la forma de la cara y da resonancia a la voz. El moco secretado por las glándulas de la mucosa que los tapiza, pasa a las fosas nasales a través de los meatos. Existen algunos senos los cuales están distribuidos en parte de la cara y cráneo, los cuales son :

- Frontales
- Etmoidales
- Esfenoidales
- Maxilares

Faringe: tubo que continúa a la boca y constituye el extremo superior común de los tubos respiratorio y digestivo. En su parte superior desembocan las coanas, en su parte media desemboca el istmo de las fauces y en su parte inferior se continúa con el esófago, de modo que conduce alimentos hacia el esófago y aire hacia la laringe y los pulmones. Posee 3 segmentos:

- Nasofaringe: está recubierta de una mucosa similar a la mucosa nasal y tiene una función respiratoria. Posee varias colecciones de tejido linfoide llamadas amígdalas, así, en su techo y pared posterior la amígdala faríngea o adenoides. En su pared externa, desemboca la trompa de Eustaquio que comunica el oído medio y la nasofaringe y por último hay orificios de

desembocadura se encuentran las dos amígdalas tubáricas. (Reiriz Palacios, 2019)

- **Orofaringe:** tiene una función digestiva ya que es continuación de la boca a través del istmo de las fauces y está tapizada por una mucosa similar a la mucosa oral. Hay una colección de tejido linfoide llamada amígdala lingual, y por los lados por los pilares del paladar anteriores y posteriores, entre los cuales, en cada lado, se encuentra otra colección de tejido linfoide que constituye las amígdalas palatinas. Las amígdalas palatinas, lingual y faríngea constituyen una banda circular de tejido linfoide situada en el istmo de las fauces llamada anillo amigdalino o anillo de Waldeyer. (Bayona, 2015)
- **Laringofaringe:** está tapizada por una membrana mucosa con epitelio plano estratificado no queratinizado y se continúa con el esófago (Anaya, 2016)

Laringe: este órgano está especializado que se encarga de la fonación o emisión de sonidos con la ayuda de las cuerdas vocales. Tiene también la función esencial de las vías aéreas ya que actúa como una válvula que impide que los alimentos deglutidos y los cuerpos extraños entren en las vías respiratorias. Está tapizada por una membrana mucosa con epitelio estratificado escamoso no queratinizado y su esqueleto está formado por 9 cartílagos unidos entre sí por diversos ligamentos. (Esteban, 2019)

Tráquea: continua a la laringe y está tapizada por una mucosa con epitelio pseudoestratificado columnar ciliado. La luz o cavidad del tubo se mantiene abierta por medio de una serie de cartílagos hialinos en forma de C con la parte abierta hacia atrás. (Miyamoto, 2018)

Tracto respiratorio inferior (o vías bajas)

Bronquios: los principales son dos tubos formados por anillos completos de cartílago hialino y se dirigen hacia abajo y afuera desde el final de la tráquea. El bronquio principal derecho es más vertical, corto y ancho que el izquierdo lo que explica que sea más probable que un objeto aspirado entre en el bronquio principal derecho. Los bronquios se dividen continuamente, de modo que cada rama corresponde a un sector definido del pulmón. El epitelio de la mucosa va cambiando

conforme se ramifican los bronquios hasta terminar en los bronquiolos. En los bronquiolos más grandes pasa a tener epitelio columnar simple ciliado, en los bronquiolos más pequeños, epitelio cuboidal simple ciliado y en los bronquiolos terminales, epitelio cuboidal simple no ciliado. (Martinez Lopez, Perez Constantino, & Montelongo Meneses, 2013)

Pulmones: Los pulmones son los órganos esenciales de la respiración. Son ligeros, blandos, esponjosos y muy elásticos y pueden reducirse a la 1/3 parte de su tamaño cuando se abre la cavidad torácica. (Reiriz Palacios, 2019)

Infecciones respiratorias agudas

Se engloba a todas las infecciones del aparato respiratorio desde la nariz hasta los alveolos por un tiempo de 15 días. Conformadas por un conjunto de enfermedades del aparato respiratorio como la bronconeumonía, la epiglotitis, la laringitis, la bronquitis y la traqueítis (Ramirez, 2017).

Causan el mayor número de muertes, especialmente en niños menores de 6 meses, son causadas por virus y bacterias, se transmiten por vía aérea en las gotitas de saliva, cuando la persona enferma tose, estornuda o habla, aunque también por objetos y las manos contaminadas (Camps, 2015).

Clasificación de las infecciones respiratorias agudas

Por la localización pueden ser infecciones respiratorias altas e infecciones respiratorias bajas. De acuerdo con la etiología pueden ser de dos tipos: por un lado, las infecciones de tipo viral, bacteriana, parasitaria y fúngicas; por otro lado, se englobarán a las causadas por un agente particular. (Macedo, 2017)

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFECCIÓN DE VÍAS SUPERIORES	Rinitis Sinusitis Otitis Faringitis aguda o faringoamigdalitis Epiglotitis Laringitis
INFECCIÓN DE VÍAS INFERIORES	Bronquiolitis Neumonía

Tabla 1: Clasificación de infecciones respiratorias agudas

Fuente: Investigación (https://www.geosalud.com/enfermedades_infecciosas/ira.htm)

Rinitis

Se denomina rinitis a la inflamación de la mucosa nasal que se caracteriza por episodios de prurito, secreción tipo serosa, estornudos y bloqueo nasal. Está asociada a alergia, pero puede ser indicativo de asma. (Esteban, 2019)

Factores favorecedores

- Edad: el recién nacido está protegido contra los gérmenes del entorno por anticuerpos que la madre le aporta, los cuales desaparecen progresivamente mientras este desarrolla sus propias defensas inmunitarias.
- Carencias: deficiencia de vitamina C, deficiencia de interleucina-2 y deficiencia de hierro, todo esto disminuyen la estimulación linfocitaria y la actividad citotóxica.
- Clima y medioambiente: epidemias de rinovirus, virus gripales o los adenovirus, así como el tabaco y la contaminación también facilitan su aparición

- Factores anatómicos: como la atresia de coanas, desviaciones septales, hipertrofia adenoidea, son factores favorecedores de la infección (Rodríguez Perez, 2015)

Tipos de rinitis

- Rinitis infecciosa: La mayoría a causa de agentes virales, puede ser más aguda si existe un desvío del tabique nasal o vegetaciones.
- Rinitis alérgica estacional: Es la típica de alergia al polen. Se presenta en primavera y a inicios de verano. Entre los síntomas encontramos: estornudos, picazón de ojos y garganta, nariz enrojecida y conjuntivitis.
- Rinitis alérgica no estacional: La rinitis deja de estar relacionada con la estación de la primavera o principios del verano y se produce en cualquier época del año. Las causas más conocidas son agentes alérgenos (ácaros del polvo, la orina de los animales, etc.).
- Rinitis vasomotora: Se ocasiona cuando los vasos sanguíneos de la membrana mucosa de la nariz se dilatan. Entre los síntomas encontramos: estornudos y goteo nasal.
- Rinitis hormonal: Asociada a hipotiroidismo y la diabetes infantil. (Camps, 2015) (Reiriz Palacios, 2019)

Clínica

Se presenta generalmente con una fase prodrómica o de incubación de 1-3 días, en la que predominan astenia, sensación de enfriamiento y mialgias, junto a picores faríngeos e irritación nasal. Posteriormente se continúa de una fase de estado que comprende obstrucción nasal por la congestión, rinorrea acuosa profusa que se vuelve mucopurulenta con los días y crisis de estornudos en salvas. (Restrepo, 2016)

La tos es muy frecuente y aparece especialmente de noche. Pueden existir trastornos del gusto y el olfato. La fase de mejoría llega al séptimo día, con secreciones menos abundantes y más fluidas, con un ciclo nasal normalizado y, si

no se presentan complicaciones, con resolución espontánea hacia el décimo día. (Rodríguez Perez, 2015)

Durante la exploración podremos se puede notar la existencia de rinorrea anterior abundante. Así mismo, existirá un edema de cornetes inferiores, principalmente. (Martinez Lopez, Perez Constantino, & Montelongo Meneses, 2013)

Diagnostico

Principalmente a través de la historia clínica podemos establecer el diagnóstico. No se puede saber la etiología bacteriana o vírica sólo con la historia. (Miyamoto, 2018)

Tratamiento de la rinitis infantil

El primer paso del tratamiento será determinar el tipo de rinitis para poder establecer su manejo. En el caso de rinitis alérgica una vez localizado el agente alergeno, se debe evitar el contacto con él.

Aparte de intentar alejar el agente alergeno del niño, seguramente el alergólogo le recete un medicamento antihistamínico o corticoesteroide nasal. En casos más graves, existen vacunas específicas para tratar la alergia. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2017)

Sinusitis

La sinusitis bacteriana aguda es una complicación frecuente de las infecciones virales de las vías respiratorias superiores (IRS) o de la inflamación alérgica. (Wald, 2017)

Tipos de sinusitis

- De corta duración (aguda). Los síntomas de este tipo de infección duran menos de 12 semanas y mejoran con el tratamiento adecuado.
- De larga duración (crónica). Estos síntomas duran más de 12 semanas.
- Recurrente. Esto significa que la infección es de tipo recurrente. Significa 3 o más episodios de sinusitis aguda en un año. (Goñi, 2016)

Fisiopatología

Existen tres elementos importantes en la fisiología de los senos paranasales: permeabilidad de orificio de drenaje, funcionamiento de cilios y calidad de secreciones.

La obstrucción del orificio o el aumento de la cantidad de secreciones provocará retención de secreciones mucosas en el interior de los senos lo que causará infección bacteriana. Los principales factores que llevan a la obstrucción del drenaje encontramos: infecciones víricas, inflamación alérgica o problemas anatómicos locales. (Mancilla G. , 2015)

Etiología

Los principales agentes responsables:

- *Streptococcus pneumoniae* (30-40% de los casos)
- *Haemophilus influenzae* (20% de los casos)
- *Streptococcus pyogenes*. (Gonzalo, 2015)

Diagnostico

En el caso de sinusitis bacteriana aguda, el diagnóstico es complejo por la naturaleza inespecífica de los síntomas asociados, además de las limitaciones del estudio radiológico paranasal convencional o las tomografías de mayor resolución. Actualmente se reconoce que el patrón de oro o gold standard para el diagnóstico es la punción sinusal con aspiración y cultivo, técnica invasora e impráctica que impide su utilización universal. (Fica, 2018)

Deben existir al menos 10.0000 bacterias patógenas respiratorias por ml en el recuento. En este momento se reserva este procedimiento a circunstancias que requieren un diagnóstico microbiológico preciso. El diagnóstico de sinusitis aguda bacteriana puede plantearse alternativamente mediante un conjunto de síntomas y signos sugerentes, la radiografía de cavidades paranasales, la ecografía o la TAC. (Bastidas Benalcazar & Garcia Lopez, 2015)

Tratamiento

Según la susceptibilidad de los agentes causales, el tratamiento de elección es la amoxicilina a dosis altas (70-80 mg/kg/día, en 3 dosis), asociada o no a ácido clavulánico (8-10 mg/kg/día).

Otros antibióticos como cefuroxima axetil, cefpodoximo proxetil, cefprozil, azitromicina y claritromicina también han resultado eficaces en diversos estudios, pero cabe recordar que el 40% de pacientes con sinusitis presentan una curación espontánea, lo que dificulta el análisis de los estudios terapéuticos.

Los pacientes con aspecto tóxico o que requieren hospitalización por otro motivo se tratan por vía parenteral con cefuroxima (150-200 mg/kg/día), amoxicilina-clavulánico (100-150 mg/kg/día), cefotaxima (150-200 mg/kg/día) o ceftriaxona (50-75 mg/kg/día).

Cuando el tratamiento es adecuado, la mejoría clínica se da en 48 horas. Si a los dos días el enfermo no ha mejorado, hay que replantearse el diagnóstico y el tratamiento; en esta situación hay que considerar la conveniencia de practicar una TAC o una aspiración del seno.

La duración del tratamiento en condiciones normales es de unos 10 días. Pero en determinados debe prolongarse hasta 2 ó 3 semanas. (Gonzalo, 2015)

Otitis

Se define otitis media como la presencia de exudado de tipo seroso, mucoso, purulento o mixto en la cavidad media del oído.

Tipos de otitis

Por la duración del exudado y la presencia de síntomas se puede clasificar la otitis media:

- Otitis media con exudado u otitis media subaguda: conocida como otitis media serosa, se presenta en la cavidad del oído medio de forma asintomática o sintomatología leve.

- Otitis media aguda: se considera a la presencia sintomática de exudado purulento en el oído medio. Existen dos formas clínicas: otitis media esporádica y otitis media de repetición.
- Otitis media crónica (OMC): se divide en dos grupos: otitis media con exudado mayor a 3 meses, otitis media supurada por más de tres meses. (SEMI, 2020)

Etiología

- Streptococcus pneumoniae, 30% de los casos
- Haemophilus influenzae, 20-25%
- Moraxella catarrhalis 10-15%
- Otros patógenos menos habituales son Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, bacilos anaerobios y Gram negativos como E. coli y Pseudomonas aeruginosa. (Bayona, 2015)

Factores de riesgo

La otitis media es una enfermedad propia de infantes y lactantes.

- Factores epidemiológicos personales: antecedentes familiares, sexo representa más frecuencia en hombres, alimentación con fórmula en los primeros meses de vida,
- Factores epidemiológicos externos: asistencia a guardería, fumadores en el entorno familiar. (OPS, 2015)

Diagnóstico

- Examen otoscópico: valoración del color, posición y translucidez del tímpano. Signos diagnósticos: otorrea sugestiva de perforación, el abombamiento acompañado de un marcado enrojecimiento del tímpano, y el abombamiento tras el que se objetiva un contenido turbio u amarillento.
- Sintomatología: otalgia, irritabilidad, insomnio, dificultad para la alimentación en el lactante. (Restrepo, 2016)

Tratamiento

El tratamiento pasa por dos fases, la primera es la resolución de los síntomas (dolor es el síntoma más relevante), y la segunda, la reducción de las recurrencias. La mayoría de los pacientes tienen resolución espontánea en un periodo de una o dos semanas, sin embargo, los antibióticos no se deben prescribir rutinariamente, ya que sólo se justifica su uso en niños menores de 2 años con compromiso bilateral y en pacientes con otorrea. El paracetamol y el ibuprofeno son los más utilizados para el tratamiento del dolor. (Ramirez J. , 2018)

Los antibióticos son recomendados para todos los pacientes menores de 6 meses de edad; en pacientes de 6 meses a 2 años cuando se tiene diagnóstico de certeza y en niños mayores de 2 años con diagnóstico de certeza en enfermedad grave. La combinación amoxicilina con ácido clavulánico ha demostrado que disminuye los síntomas a los 7 días en un 80%, sin asociación de colonización nasofaríngea por *S. pneumoniae* resistente. (Anaya, 2016)

Otras alternativas de tratamiento en pacientes alérgicos a la penicilina son la claritromicina, clindamicina y azitromicina, ya que alcanzan una adecuada concentración en el oído medio. La ceftriaxona a dosis única (50 mg/kg) se puede usar en niños con vómito y en aquellos pacientes que han presentado falla terapéutica con amoxicilina y otro antimicrobiano, donde la complicación es una preocupación. El uso de otros tratamientos como descongestionantes, esteroides y antihistamínicos en conjunto con antibióticos no está recomendado. (Ramirez J. , 2018)

Faringoamigdalitis

Será la inflamación de la orofaringe y amígdalas caracterizado por odinofagia, corresponde a las consultas más frecuentes de pediatría en el primer nivel de atención. Es de tipo infecciosa por lo tanto adquirida por contagio a través del aire o contacto directo. (Arroba, 2015)

Causas

El 80% de las faringoamigdalitis son de tipo viral y el resto de tipo bacteriana, como principal productor el estreptococo beta hemolítico del grupo A o

Streptococcus pyogenes constituye 15 a 30% de los casos. Esta patología de mayor prevalencia en menores de tres años cuando es vírica y tiene mayor incidencia en niños de entre 5 y 15 años cuando es bacteriana, aunque también puede aparecer entre los 15 y los 35 años. (Asociación Española de Pediatría, 2016)

Cuadro clínico

En caso de amigdalitis a causa de virus, los síntomas suelen ser de inicio gradual, con fiebre moderada, síntomas catarrales de intensidad variable y escasa afectación del estado general. (Bhatia, 2018)

La exploración de la faringe debería mostrar hiperemia variable en ocasiones inflamada y, otras veces, vesículas, úlceras o nódulos blanquecinos. Los síntomas y signos que sugerirían un origen bacteriano serían fiebre alta (entre 38 y 39 grados), dolor de la faringe intenso y ganglios dolorosos de gran tamaño en el cuello; acompañado de otros síntomas como exudado amigdalar o masas rojas en el paladar blando y úvula. (Kliegman, 2016)

Tipos

- Faringoamigdalitis por EBHGA: Se caracteriza por dolor de garganta repentinamente, fiebre, presencia de exudado y un aumento del tamaño de las amígdalas. No se encuentra tos ni moqueo
- Faringoamigdalitis por el virus de la gripe: El dolor de garganta viene acompañado de fiebre y dolores musculares.
- Faringoamigdalitis asociada a mononucleosis infecciosa: Afecta con más frecuencia a adolescentes y adultos jóvenes, en los que la faringitis se prolonga más de una semana, con fiebre elevada y ganglios en el cuello de gran tamaño y dolorosos.
- Faringoamigdalitis como forma de presentación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y en pacientes con inmunodepresión: El síndrome agudo se puede presentar como una mononucleosis infecciosa, con fiebre, pérdida de peso, ganglios y aumento del tamaño del bazo. (Organización Mundial De La Salud, 2019)

Diagnóstico

El diagnóstico se hace por los síntomas y la exploración de la garganta. Muchas veces no es fácil distinguir una faringoamigdalitis vírica de una bacteriana. En la mayoría de los casos se debe realizar un análisis microbiológico para diferenciar. (Organización Mundial De La Salud, 2019)

Se pueden cultivar las secreciones faríngeas para obtener un diagnóstico definitivo, aunque a veces resulta innecesario, o incluso imposible, por no poderse obtener suficiente muestra. El resultado de esta prueba tarda 24 horas en conocerse. No es necesario practicar cultivos a familiares del paciente si no presentan síntomas. (Kliegman, 2016)

Tratamiento

En las faringitis estreptocócicas el tratamiento de elección es la penicilina oral, cada ocho o diez horas, durante diez días. En caso de pacientes que presenta alergia al medicamento, se recomiendan antibióticos del grupo de los macrólidos. En los casos de pacientes con faringoamigdalitis vírica, no hay tratamientos específicos, este se remite solo a medidas de cuidados personales en las cuales comprenden: hacer gárgaras con agua tibia y sal, varias veces al día; y tomar antiinflamatorios o antipiréticos como paracetamol. Hay que tener en cuenta que el uso exagerado de pastillas o aerosoles de medicamentos antiinflamatorios puede agravar la odinofagia. El uso de antibióticos cuando la infección es viral, ya que éstos obviamente no son eficaces contra los virus y el hecho de usarlos ayuda a fortalecer las bacterias, dándoles resistencia a los antibióticos. (Asociación Española de Pediatría, 2016)

Epiglotitis

La epiglotitis es una infección de vías respiratorias altas, que puede ser de origen bacteriana o viral, de características agudas y que produce la hinchazón e inflamación de la epiglotis. La epiglotis es una estructura cartilaginosa y de textura elástica. Está ubicada en la base de la lengua y evita que los alimentos pasen a la vía aérea al tragar. (Bhatia, 2018)

En la epiglotitis se generan problemas respiratorios que progresan rápidamente y si no se trata, puede comprometerla, ya que dicha inflamación no permite la entrada y salida de aire a los pulmones. (Arroba, 2015)

Etiología

La causa más frecuente de la epiglotitis es de origen bacteriana, que se propaga a través de las vías respiratorias superiores. Las bacterias que generalmente afectan, es la *Haemophilus influenzae* tipo B (HIB) y, en segundo lugar, el estreptococo betahemolítico del grupo A. La razón por la cual algunos niños desarrollan la enfermedad y otros no aún no está determinada. Existen vacunas para prevenir la epiglotitis a los niños a partir de los 2 meses de vida. (Kliegman, 2016)

Presentación clínica

Cada niño puede experimentar síntomas de manera distinta. Algunos niños comienzan con síntomas de una infección en las vías respiratorias superiores. Entre los síntomas más frecuentes están:

- Rápida aparición de dolor de garganta agudo
- Fiebre
- Salivación
- Dificultad para tragar
- Disfonía
- Ausencia de tos
- Cianosis
- Estridor laríngeo (Organización Mundial De La Salud, 2019)

Los síntomas que representa un agravamiento de la enfermedad son:

- Dificultad para respirar
- Incapacidad de hablar
- Posición de trípode

- El paciente mantiene la boca abierta (Sociedad Argentina de Pediatría, 2017)

Diagnostico

Esta patología se presenta generalmente como una emergencia, con la principal preocupación de que el niño no pueda respirar. Es probable que el paciente tenga que ser hospitalizado para poder manejar la situación de su respiración. Una vez que la vía aérea está estable, el médico visualizará las vías respiratorias y confirmar la epiglotitis. En algunos casos, se puede realizar una laringoscopia o radiografía. (Anaya, 2016)

Tratamiento

La epiglotis progresa rápidamente por lo que el tratamiento requiere atención médica de emergencia para así evitar la oclusión total de las vías respiratorias. Se debe colocar al paciente un tubo de respiración de inmediato y se le examinarán atentamente las vías respiratorias. De ser necesario, se lo acudirá con máquinas. Los antibióticos se administran por vía intravenosa. El tratamiento también puede incluir:

- Medicamentos esteroides
- Líquidos por vía intravenosa, hasta que el niño pueda tragar nuevamente (Bhatia, 2018)

La recuperación se relaciona con la urgencia con la que se comience el tratamiento, la cual se detiene a 24 horas después de que se ha intervenido medicamente, sus vías respiratorias están seguras y se inicia el suministro de antibióticos. La recuperación completa lleva más tiempo y depende del estado de cada niño.

Prevención

Cuando la epiglotitis se produce por *Haemophilus influenzae* tipo B puede evitarse aplicando las vacunas a partir de los 2 meses de vida. La epiglotitis causada por otros organismos no puede prevenirse, pero es mucho menos frecuente. Cuando un paciente es diagnosticado con epiglotitis, la familia y las personas que estuvieron en contacto directo con él, generalmente, son tratados con

rifampicina, para evitar el contagio de la enfermedad en aquellos que hayan podido estar expuestos. (Mancilla E. , 2018)

Laringitis o crup

El crup es una patología frecuente, que produce obstrucción aguda de las vías aéreas superiores y es de mucha frecuencia en la infancia, representando el 15 al 20 % de las enfermedades respiratorias a esta edad. Ese caracteriza por la presencia de un grado variable de tos perruna, afonía, estridor y dificultad respiratoria. (CLACSO, 2016)

Existen dos formas que son las más frecuentes y que provocan este síndrome son la laringotraqueítis aguda (LA) y el crup espasmódico. Ambas presentan características clínicas comunes, y la diferencia se establece, a veces, por el tiempo de resolución. El diagnóstico diferencial tiene poco valor para decidir el tratamiento, pero para el pediatra es importante diferenciar ambas de la epiglotitis y la traqueítis bacteriana. El trastorno de base es un edema subglótico que provoca disfonía y compromiso de la vía aérea, causando la tos perruna, estridor y dificultad respiratoria. (Bhatia, 2018)

Etiología

Laringotraqueítis aguda

Es una infección que afecta la región subglótica de la laringe, habitualmente viral, que ocasiona una obstrucción de la vía aérea superior de intensidad variable. Los agentes causales suelen ser virus parainfluenza tipos 1 (75 %), 2 y 3, virus respiratorio sincitial (VRS), virus influenza A y B, adenovirus y sarampión. La causa bacteriana es poco frecuente, pero el *Mycoplasma pneumoniae* es el más frecuente en cuando bacterias. Las formas más graves están relacionadas con la infección por virus influenza. (Arroba, 2015)

Crup espasmódico

No se conoce la etiología de esta, aunque se ha relacionado con una hiperreactividad de las vías aéreas de inicio repentino o con infecciones virales de baja intensidad, pero no existen estudios que lo demuestren. Tiene carácter recidivante y una incidencia familiar. (Anaya, 2016)

Patogenia

Se transmite por contacto de persona a persona o por secreciones infectadas. La infección comienza en la nasofaringe de origen viral y se disemina hacia el epitelio respiratorio de la laringe y la tráquea, donde puede detenerse o continuar, ocasionando una inflamación difusa, eritema y edema en las paredes de la tráquea deteriorando la movilidad de las cuerdas vocales. (Mancilla E. , 2018)

La razón por la que esta patología se presente en esta edad frecuentemente, se debe, en parte, por la anatomía de la vía aérea, pues el diámetro es mucho más pequeño; por tanto, ante un mismo grado de inflamación, la obstrucción al flujo aéreo será mayor. La región subglótica es la parte más estrecha y por ende la más afectada, además, esta zona está rodeada por un cartílago que facilita que pequeños grados de inflamación cursen con obstrucción. La congestión nasal acompañante también compromete la ventilación del niño, así mismo por un aumento de la velocidad respiratoria durante el llanto. (Goñi, 2016)

La dificultad respiratoria se produce por el estrechamiento de la laringe, lo que da lugar a un ruido ronco inspiratorio que se llama estridor. La inflamación y la paresia de las cuerdas vocales provocan la afonía característica de la enfermedad. El edema junto con un aumento de secreción de moco y viscosidad disminuyen aún más la luz traqueal. Al inicio se presenta con una taquipnea la cual ira progresando, comprometiendo el trabajo respiratorio, el cual será mayor y puede llegar a agotar al paciente. En esta fase de insuficiencia respiratoria aparece hipoxemia. (Macedo, 2017)

Presentación clínica

Aparece como una infección respiratoria de las vías altas que evoluciona en 1 a 3 días hacia el cuadro típico de crup laríngeo, el cual se caracteriza por tos ronca, estridor de predominio inspiratorio, afonía y dificultad respiratoria con tiraje intercostal de intensidad variable y que empeora en la noche. La agitación, el llanto y la posición horizontal empeoran los síntomas, por lo que el paciente prefiere estar sentado o de pie. El crup tiene una evolución fluctuante, mejorando o empeorando en cuestión de horas. El cuadro típico dura 2 a 7 días, aunque la tos y el catarro pueden persistir durante más tiempo. (Bhatia, 2018)

Al examen físico se observa al paciente con voz ronca, coriza, faringe normal o levemente inflamada y una frecuencia respiratoria ligeramente aumentada. La velocidad de progresión y el grado de dificultad respiratoria pueden variar bastante. La mayoría de los casos presentan sólo ronquera y tos perruna y sin ningún otro signo de obstrucción. Así mismo, hay un grado de obstrucción, que se manifiesta con aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria, aleteo nasal y cianosis con tiraje costal. Los niños afectados se vuelven inquietos y ansiosos ante la hipoxia progresiva. (Flores, 2015)

Diagnóstico

El diagnóstico es de base clínico, tomando en cuenta la anamnesis y la exploración física detallada, siendo innecesarias pruebas complementarias. El estridor es un indicativo de obstrucción de la vía aérea desde la nasoorofaringe hasta la tráquea; por tanto, no es específico de la laringitis aguda ni exclusivo de los procesos infecciosos. Es necesario establecer el diagnóstico diferencial con todos los procesos que producen obstrucción de las vías respiratorias altas. (Miyamoto, 2018)

Es de fundamental conocimiento la fase respiratoria en la que se escucha el estridor y así localizar el nivel de la obstrucción. Cuando ésta se escucha en las zonas superiores a la tráquea, el estridor es inspiratorio, mientras que, si se escucha a una altura bronquial, lo más probable es que el ruido es espiratorio; en estos casos este estridor se lo conoce como sibilancias o roncus. Por último, si la obstrucción se sitúa en la tráquea, el estridor puede escucharse tanto en la fase inspiratoria como espiratoria. Los recién nacidos pueden presentar estridor y, en estos casos, se debe descartar la existencia de malformaciones congénitas que afecten a la vía aérea. (Martinez Lopez, Perez Constantino, & Montelongo Meneses, 2013)

Tratamiento

Se consideran procesos benignos, que, en muchas ocasiones, no requieren medidas terapéuticas. La mayoría de los pacientes no requieren exploraciones complementarias ni hospitalización, por lo que pueden ser tratados en atención primaria. En el domicilio, se debe estimular la ingesta de líquidos y administrar antipiréticos presenta estado febril. (Bayona, 2015)

Se debe evitar irritar al niño, la exploración física y las medidas terapéuticas que se vayan a tomar, pues debe realizarse con el niño en brazos de sus padres, ya que el llanto y los gritos empeoran significativamente la obstrucción respiratoria. En caso de la existencia de hipoxemia, se debe administrar oxígeno de la forma que mejor sea tolerada. (Anaya, 2016)

Los fármacos que se pueden medicar al crup son los corticoides y la adrenalina, pero las distintas medidas terapéuticas son objeto de debate en relación con las indicaciones, las dosis, la posología y la vía de administración. La nebulización de fármacos precisa flujos de oxígeno o aire de 5 l/min y así las partículas del fármaco nebulizado se depositan en la laringe. (García, 2017)

- Humidificación (humedad ambiental): pesar de que no existe evidencia científica que demuestre su uso, ha sido una medida terapéutica clásica, bien como vapor caliente o nebulización ultrasónica en el domicilio, o en forma de carpa de humedad fría en el hospital.
- Adrenalina nebulizada: se usa en los casos moderados y graves, tanto en su forma racémica como estándar. Su mecanismo de acción es la vasoconstricción de las arteriolas precapilares, disminuyendo la presión hidrostática y, por tanto, el edema de la mucosa laríngea. Su efecto es rápido, comenzando a los 10 min, con un pico máximo de acción a los 30 min y una duración de 2 h.
- Corticoides: mejoran los parámetros clínicos, disminuye la estancia hospitalaria en caso de que lo este, reducen la necesidad de tratamientos ulteriores con adrenalina, disminuyen el número de pacientes trasladados a unidades de CIP y el número de niños que precisan intubación.
- Corticoides inhalados: se usa budesonida en el tratamiento de grave leve y moderada, así como su apoyo en las graves. No son útiles la fluticasona o la budesonida administradas mediante otros sistemas de inhalación, ya que están diseñados para llegar a los bronquios, no a la laringe.
- Corticoides sistémicos: la dexametasona se usa para el tratamiento del crup moderado y grave. Disminuye la gravedad de los síntomas, la necesidad de

adrenalina nebulizada, los ingresos hospitalarios, la necesidad de intubación y la estancia en observación en urgencias. (OMS, 2017)

Bronquiolitis

Infección de origen viral, de características aguda que afecta las vías respiratorias inferiores en niños menores de 24 meses. Es caracterizada por dificultad respiratoria, sibilancias y estertores crepitantes. El diagnóstico se sospecha por la anamnesis, incluida la presentación durante una epidemia identificada; la causa principal, el virus sincitial respiratorio, puede detectarse mediante una prueba rápida. El tratamiento es de sostén, con oxígeno e hidratación. Afecta en su mayoría a niños menores de 24 meses, con una mayor incidencia entre los 2 y los 6 meses. La incidencia anual en el primer año de vida es de alrededor de 11 casos/100 niños. (Martinez Lopez, Perez Constantino, & Montelongo Meneses, 2013)

Etiología

La mayoría de los casos de bronquiolitis son causados por

- Virus sincitial respiratorio (RSV)
- Rinovirus
- Virus parainfluenza tipo 3
- Las causas menos frecuentes son los virus influenza A y B, los virus parainfluenza 1 y 2, metapneumovirus, adenovirus y *Mycoplasma pneumoniae*. (Gonzalo, 2015)

Fisiopatología

El virus se irradia desde las vías respiratorias superiores y desciende a los bronquios de mediano y pequeño calibre y a los bronquiolos, provocando necrosis epitelial y desencadenando una respuesta inflamatoria. Se acompaña de edema y la exudación, lo que conlleva a una obstrucción parcial, que es más pronunciada durante la espiración, e induce atrapamiento aéreo. La obstrucción completa y la absorción del aire atrapado pueden provocar múltiples zonas de atelectasia, que pueden ser exacerbadas al respirar altas concentraciones de oxígeno inspirado. (Bhatia, 2018)

Signos y síntomas

Se presentan síntomas de infección de las vías respiratorias superiores con dificultad respiratoria progresiva caracteriza por taquipnea, tiraje y tos sibilante o perruna. Los lactantes pequeños y los recién nacidos prematuros pueden presentar episodios de apnea recurrentes. Los signos de dificultad respiratoria son cianosis perioral, tiraje cada vez más marcado y sibilancias audibles. Suele haber fiebre, aunque no siempre. (Arroba, 2015)

Los vómitos y la disminución de la ingesta oral pueden llevar a una deshidratación. Debido al cansancio que puede experimentar el paciente, las respiraciones pueden volverse superficiales e ineficaces, lo que lleva a la acidosis respiratoria. En la auscultación se escuchan sibilancias, espiración prolongada y, a menudo, estertores finos. Muchos niños presentan otitis media aguda asociada. (Calvo, 2016)

Diagnóstico

- Evaluación clínica
- Oximetría de pulso
- Radiografía de tórax para los casos más graves
- Prueba de antígeno de RSV en material de lavado o aspirado nasal en niños con compromiso grave (Restrepo, 2016)

El diagnóstico de la bronquiolitis se realiza en base a la anamnesis, el examen físico y la aparición de la enfermedad como parte de una epidemia. Una exacerbación del asma, generalmente puede aparecer por virus respiratorios, puede causar síntomas similares a la bronquiolitis, pero es más probable en un niño mayor 18 meses, en especial si se han documentado episodios previos de sibilancias y antecedentes familiares que padecen asma. También esta el caso del reflujo gástrico con broncoaspiración de contenido gástrico también puede provocar un cuadro clínico muy similar a la bronquiolitis. Por último, en ocasiones, la aspiración de un cuerpo extraño causa sibilancias y debe ser considerada si el comienzo es repentino y no se asocia con manifestaciones de infección de las vías respiratorias superiores. (Organizacion Mundial De La Salud, 2019)

La presencia de insuficiencia cardíaca asociada con cortocircuito izquierda a derecha, que frecuentemente se manifiesta a los 2 a 3 meses, también puede confundirse con bronquiolitis. Es necesario evaluar la saturación de oxígeno. No es necesario los exámenes complementarios en casos leves con concentraciones normales de oxígeno, pero en el caso de hipoxemia y dificultad respiratoria grave, una radiografía de tórax, que suele mostrar hiperinsuflación pulmonar, depresión del diafragma y trama hilar prominente, avala el diagnóstico. (Bayona, 2015)

Tratamiento

El tratamiento de la bronquiolitis es sintomático, y puede ser tratado en casa con hidratación y medidas generales.

Las indicaciones de hospitalización son:

- Aceleración de la dificultad respiratoria
- Aspecto comprometido
- Apnea
- Hipoxemia
- Ingesta oral inadecuada.
- Trastornos de base
- Enfermedad cardíaca
- Inmunodeficiencia
- Displasia broncopulmonar (Calvo, 2016)

El oxígeno al 30 a 40% se recomienda en niños hospitalizados, y se debe administrar por cánula nasal, tienda (tent) de oxígeno o mascarilla facial. La intubación se reserva para la apnea grave recurrente, la hipoxemia que no responde a la oxigenoterapia o en caso de retención de CO₂, así como cuando el paciente no puede eliminar las secreciones bronquiales. (Gonzalo, 2015)

La hidratación puede mantenerse con tomas pequeñas y frecuentes de líquidos puros. La administración inicial de líquidos debe realizarse por vía intravenosa, y es

preciso controlar la diuresis y la densidad urinaria y por determinaciones de electrolitos séricos para así mismo evaluar la hidratación. (Mancilla E. , 2018)

El uso de antibióticos se reserva cuando el paciente presenta una sobrevena una infección bacteriana secundaria. La ribavirina se usa contra RSV, virus de la gripe y virus del sarampión, probablemente no es clínicamente eficaz y ya no se recomienda excepto para los niños inmunodeficientes con una infección grave por RSV; asimismo, conlleva toxicidad potencial para el personal del hospital. Se ha probado una inmunoglobulina anti-RSV, pero es ineficaz. (Kliegman, 2016)

Neumonía

La neumonía es responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años, con aproximadamente 920 136 niños fallecidos registrados en 2015. La neumonía posee una etiología diversa, estando involucrados en ella, virus, bacterias u hongos. La prevención de esta se base en la inmunización, una alimentación adecuada y mediante el control de factores ambientales. (CDT+, 2018)

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno y además dan un sonido característico a la auscultación. (Mancilla G. , 2015)

Etiología

Los agentes más frecuentes que producen neumonía son:

- Streptococcus pneumoniae (más frecuente)
- Haemophilus influenzae de tipo b (Hib)
- Virus sincitial respiratorio
- Pneumocystis jiroveci es una causa importante de neumonía en niños menores de seis meses con VIH/SIDA (Organizacion Mundial De La Salud, 2019)

Transmisión y patología

La neumonía se propaga por diversas vías. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta, pueden infectar los pulmones al ser inhalados. También pueden propagarse por vía aérea, en gotículas producidas durante la tos o durante el estornudo. Además, la neumonía puede propagarse por medio de la sangre, siendo de especial importancia en el parto y en el período inmediatamente posterior. Es de vital importancia el estudio del agente causal y el método de contagio, así como la forma de producción de la neumonía, pues de esta manera se determinará el tratamiento y el pronóstico del paciente. (OMS- Ecuador , 2018)

Clínica

Los síntomas de la neumonía vírica y los de la bacteriana son similares, si bien los de la neumonía vírica pueden ser más numerosos que los de la bacteriana. Los lactantes con afectación muy grave pueden ser incapaces de comer o beber, y pueden presentar pérdida de consciencia, hipotermia y convulsiones. (Solano, 2017)

En menores de 5 años con tos y/o dificultad para respirar, acompañadas o no de fiebre, la neumonía se diagnostica por la presencia de taquipnea (respiración rápida) o tiraje subcostal (depresión o retracción de la parte inferior del tórax durante la inspiración, cuando en las personas sanas el tórax se produce una expansión). Las sibilancias son más frecuentes en las infecciones víricas. (Bastidas Benalcazar & Garcia Lopez, 2015)

Factores de riesgo

Es una infección que, en niños sanos, mediante las defensas naturales, son capaces de retener, mientras que los niños inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía. Los factores de riesgo para presentar algún tipo de neumonía son:

- El sistema inmunitario del niño puede debilitarse por malnutrición o desnutrición, sobre todo en lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna.

- La presencia patologías previas o de fondo como sarampión o infecciones de VIH asintomáticas también aumentan el riesgo de que un niño contraiga neumonía.
- Los factores ambientales (contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa como leña o excrementos, combustible para cocinar o calentar el hogar, vivir en hogares hacinados, el consumo de tabaco por los padres (Organizacion Mundial De La Salud, 2019)

Tratamiento

La neumonía bacteriana puede tratarse con antibióticos (generalmente amoxicilina). Y se suelen administrar por vía oral. Estos casos también pueden ser diagnosticados y tratados con antibióticos orales baratos a nivel comunitario por los trabajadores de salud comunitarios capacitados. Se recomienda la hospitalización solamente en los casos graves. (Esteban, 2019)

Prevención

Es una estrategia de vital importancia para reducir la mortalidad infantil. La inmunización contra la HIB, neumococos, sarampión y tos ferina es la forma más eficaz de prevenir la neumonía. (Gómez, 2018)

La nutrición adecuada es un paso clave para mejorar las defensas naturales del niño, comenzando con la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida, de esta forma se puede prevenir de forma eficaz la neumonía y además reduce la duración de la enfermedad. (Martinez Lopez, Perez Constantino, & Montelongo Meneses, 2013)

El número de pacientes infectados se da por los factores ambientales ya mencionados, por ende, corregir factores como la contaminación del aire interior y fomentando una higiene correcta en hogares hacinados. A los niños infectados con el VIH se les administra cotrimoxazol diariamente para reducir el riesgo de que contraigan neumonía. (OMS- Ecuador , 2018)

Factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas

Factores de riesgo no modificables

- Sexo: más comunes en el sexo masculino

- Enfermedades crónicas: ser asmático, diabético, presentar cardiopatías congénitas, enfermedades renales, entre otras; influyen en la aparición de infecciones respiratorias por el estado de su sistema inmunológico.
- Bajo peso al nacer: un neonato con un peso menor a 2500g, presenta mayor morbimortalidad neonatal, facilitando aparición de problemas perinatales. Entre las causas puede ser socioeconómica y personal de la madre.
- Edad: el sistema inmune se va desarrollando al igual que el respiratorio, su maduración en los primeros años de vida será vulnerable a infecciones respiratorias.
- Cambios climáticos: influyen en la aparición de infecciones respiratorias, en el tiempo de lluvia son mayores sus consultas. (Forero, 2019)

Factores de riesgo modificables

- Falta de lactancia materna: se considera que debe ser exclusiva hasta los 6 meses de edad y contiene anticuerpos para evitar infecciones por virus, bacterias o parásitos.
- Factores ambientales: contaminación, partículas de polvo-cemento-carbón y ladrillo, humo por quema de desechos y exposición a humo de cigarrillo.
- Baja escolaridad y la edad de los padres: se relaciona con la incapacidad de prevención de enfermedades especialmente las de tipo respiratorio por no poder identificar signos de alarma.
- Condiciones de vivienda: las condiciones del lugar en que habitan los menores pueden ser fuente de origen de las enfermedades respiratorias agudas. Problemas de hacinamiento, manejo de desechos, poca ventilación, ausencia de servicios públicos y convivencia con animales tendrán efectos negativos en toda la familia.
- Falta de acceso a los servicios de salud.
- Vacunación: esquema de vacunación de niños incompleta, los hace vulnerables.

- Contacto con personas infectadas: cuando una persona tiene infección respiratoria aguda puede contagiar a la gente de su alrededor. Por estornudos, tos, compartir alimentos o manejo de secreciones. Se deben tomar medidas de aislamiento. (Gómez, 2018)

Causas de las IRA

Las infecciones respiratorias agudas pueden ser causada por virus, bacterias, hongos o parásitos, siendo los de mayor frecuencia virus y bacterias. Se estima que un 45 a 77% de casos tienen etiología viral. Se considera que el Virus sincitial respiratorio es el patógeno más importante, se estima una mortalidad de 66000 a 199000 niños a nivel mundial principalmente en países en vía de desarrollo. (Bayona, 2015)

VIRUS	BACTERIAS	HONGOS
Rinovirus	Streptococcus pneumoniae	Aspergillus fumigatus
Adenovirus	Chlamidia pneumoniae	Hystoplasma capsulatum
Virus respiratorio sincitial	Haemophilus influenzae	Coccidioides
Virus influenza	Legionela pneumophilia	Paracoccidioides
Virus parainfluenza	Mycobacterium tuberculosis	

Tabla 2: Agentes causales de infecciones respiratorias agudas

Fuente: investigación (Sánchez, Marcela; Microbiología Integral-Enfermería)

Signos y síntomas de las IRA

- Tos
- Dificultad de respiración (nariz obstruida)
- Catarro
- Dolor y enrojecimiento de la garganta

- Ronquera
- Respiración rápida o difícil.
- Piel morada (cianosis)
- Sonido áspero que produce el niño cuando inspira
- El niño al respirar presenta tiraje subcostal
- Al exhalar se produce sibilancia
- Aleteo nasal
- Fiebre puede o no existir.
- Si no se presenta ninguno de estos signos o síntomas, es poco probable que sea infección respiratoria. aguda. (Calvo, 2016)

Rol de enfermería en prevención de infección respiratoria aguda

- En la rehabilitación: los cuidados del personal de enfermería se basarán en el manejo de protocolos direccionados a seguimiento de signos como aleteo nasal, fracción de la alimentación, control de signos vitales y apetito – que la saturación será mayor a 95%. Tomar precauciones si la temperatura es mayor a 38° por más de 2 días, tos frecuente, pausas respiratorias, quejido y rechazo de alimentación. (Catalan, 2017)
- En la prevención: la enfermera en el primer nivel debe utilizar la educación sanitaria como elemento para crear en el usuario la cultura de salud que le permite para que se cuide el mismo y a toda su familia, explicando cada uno de los signos de alarma. La participación del personal de enfermería en programas de prevención y control de enfermedades evitará el aumento de morbi-mortalidad infantil. Instruirá a las madres para el tratamiento oportuno de infecciones respiratorias agudas en el hogar o en el establecimiento de salud. (Anaya, 2016)

Tratamiento de infecciones respiratorias agudas

- Medidas generales: además de recomendaciones de higiene y alimentación, se debe recalcar que no están indicados los descongestionantes por vía oral o

tópica ya que puede ocasionar otros problemas en el paciente. La recomendación para la obstrucción nasal es aplicación local de solución salina o vaporización que facilitará la eliminación de secreciones. Para la tos no uso de antitusivos, expectorantes, histamínicos ni mucolíticos. Se debe educar a la madre sobre los signos de alarma.

- IRA virales: no se recomienda uso de antibióticos para prevención de infección secundaria por bacterias.
- Faringoamigdalitis: la penicilina es el antibiótico de primera elección ya que *Streptococcus pyogenes* no muestra resistencia o tolerancia.
- Otitis media y sinusitis: el trimetropin-sulfametoxazol es el antibiótico de elección presenta mayor porcentaje de curación (80%) y menos efectos secundarios. La ampicilina es otra opción terapéutica. Ambos medicamentos han presentado eficacia reduciendo la probabilidad de persistencia del padecimiento en el corto a mediano plazo. (Flores, 2015)

2.1.1. Marco Conceptual

Infecciones respiratorias agudas: Afección que compromete una o más partes del aparato respiratorio por un lapso no mayor de 15 días. Su principal origen es viral. (Valero, 2016)

Rinitis: Inflamación de la mucosa nasal que puede ser de causa alérgica, vascular o infecciosa. Causa estornudos, picor de garganta y ojos, obstrucción nasal e incluso pérdida del olfato. (Esteban, 2019)

Sinusitis: inflamación de los senos paranasales que puede ser por un hongo, una bacteria o un virus. (CDT+, 2018)

Faringitis: Inflamación de la orofaringe que se identifica por existencia de dolor de garganta (odinofagia). (FISTERRA, 2016)

Otitis: Inflamación del oído causada usualmente por una infección. El tipo más común es la denominada otitis media, que está provocada por la inflamación del oído medio, que se encuentra en la parte posterior del tímpano. (Miyamoto, 2018)

Bronquiolitis: Infección pulmonar común en bebés y niño. Se presentará con inflamación y congestión en las vías respiratorias pequeñas (bronquiolos). (García, 2017)

Neumonía: responsable del 15% de todas las muertes menores de cinco años, puede estar causada por virus, bacterias u hongos. El principal agente causal es *Streptococcus pneumoniae*. (OMS, 2019)

Hacinamiento: Excesiva acumulación de cosas o personas. (CLACSO, 2016)

2.1.2. Antecedentes Investigativos

En la investigación realizada por Jessica Bastidas y Verónica García se puso desarrollo un protocolo de atención de enfermería para pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda, el cual se desarrolló en el Hospital Eugenio Espejo en la ciudad de Quito en el año 2014. Dicho hospital carecía de un protocolo para actuar. En conclusión, se valoró la atención en enfermería mediante la aplicación de la encuesta que categorizó la frecuencia de valoración de patrones funcionales, resultando con que nadie cumple con las expectativas. (Bastidas Benalcazar & Garcia Lopez, 2015)

Guevara Alex en octubre del 2018 realiza un estudio en el Centro Comunitario Infantil “Solidaridad y Ayuda a la Niñez” de Ibarra-Ecuador con la finalidad de evaluar el conocimiento de las madres sobre el manejo ambulatorio de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Obteniendo como resultado que los factores predisponentes al desarrollo de IRA son el desconocimiento de las madres sobre el tema, bajo nivel de educación, ocupación materna, falta de recursos económico, automedicación a sus hijos. (Guevara, 2018)

2.2. Hipótesis

2.2.1. Hipótesis General

¿El desconocimiento sobre el manejo de los protocolos en el proceso de atención de intervenciones de enfermería en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas influyen en el nivel de gravedad de estas?

2.2.2. Hipótesis Especificas

- La ausencia de lactancia materna y el sexo masculino son factores de riesgo en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas influyen en el nivel de gravedad de estas.
- La intervención de enfermería es importante para evitar complicaciones en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas.

2.3. Variables

2.3.1. Variable Independiente

Infección respiratoria aguda

2.3.2. Variable Dependiente

Intervención de enfermería

2.3.3. Operacionalización de las Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORÍA	INDICADOR	INDICE
ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	Padecimientos infecciosos de las vías respiratorias, usualmente de origen viral con evolución menor a 15 días	Clasificación	Infeccion vias respiratorias altas	Rinitis Sinusitis Faringoamigdalitis Otitis
			Infeccion vias respiratorias bajas	Bronquiolitis Neumonia
		Cuadro clínico	Signos y sintomas	Tos Obstrucción nasal Dolor en garganta Ronquera Respiracion rapida o dificil Cianosis Aleteo nasal Fiebre Tiraje subcostal
		Factores de riesgo	Factores modificables	Falta de lactancia materna Baja escolaridad y la edad de los padres Condiciones de vivienda

				Vacunación Contacto con personas infectadas
			Factores no modificables	Sexo Bajo peso al nacer Enfermedades crónicas Cambios climáticos
INTERVENCION DE ENFERMERIA	Todo procedimiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermería para favorecer la rehabilitación del paciente	Prevención	<ul style="list-style-type: none"> Promoción 	Educación sanitaria Programa de control de enfermedades Tratamiento oportuno
		Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> Atención de enfermería 	Vigilancia de signos vitales Cumplimiento de medicación Medidas generales

Tabla 3 Operacionalización de las variables

Fuente: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método de Investigación

En el trabajo de investigación utilizaremos el método inductivo, que se empezara con la fundamentación teórica correspondiente, la observación directa de los casos presentes en el establecimiento de salud , se realizará la recolección de datos con el instrumento , mediante el análisis que permitirá evaluar el conocimiento de los protocolos de intervención de enfermería aplicados a niños menores de cinco años con enfermedad respiratoria aguda en el área de pediatría del Hospital Básico de Playas , que permitirá determinar si se está realizando la intervención correcta del personal de enfermería para la prevención y rehabilitación de casos de IRA para evitar el desarrollo de complicaciones.

3.2. Modalidad de Investigación

La presente investigación será de tipo mixta; cualitativa que permite describir el manejo de los protocolos en el establecimiento de salud en casos de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años mediante la interacción directa en el establecimiento de salud que se realizará el estudio.

Se considera de tipo cuantitativa porque se obtendrán datos numéricos mediante la aplicación de la encuesta al personal de enfermería que nos permitirá evaluar el nivel de conocimiento y aplicación de los protocolos disponibles sobre infecciones respiratorias agudas en niños.

3.3. Tipo de Investigación

Mediante un estudio transversal, descriptivo, correlacional se pretende determinar la intervención del personal de enfermería en niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias agudas ya sea por los diversos factores por lo que se adquirió dicha patología. El resultado del presente trabajo se socializará con las autoridades de la institución y la universidad para poder adoptar medidas de la calidad de vida de la población infantil y se podrá minimizar el ingreso hospitalario,

la reducción de gastos de medicamentos, reducir el ausentismo escolar y laboral de padres o tutores y reducir la morbilidad por enfermedades prevenibles en un plazo inmediato.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

3.4.1. Técnicas

- Observación: será la base fundamental para la recolección de datos, se tomará la información directamente en el lugar de estudio, que en nuestro proyecto es el Hospital Básico de Playas.
- Encuesta: el instrumento elaborado se aplicará al personal de enfermería para recoger opinión o información de los evaluados, que permitirá analizar los resultados obtenidos para buscar una solución a beneficio de los menores de cinco años que son vulnerables a infecciones respiratorias agudas.

3.4.2. Instrumentos

- Ficha de observación
- Cuestionario de preguntas: será elaborado por los autores de la investigación para la elaboración de la encuesta dirigida al personal de enfermería.

3.5. Población y Muestra

El Universo lo constituirán 11 personas; Enfermeros e internos de Enfermería que laboran en el servicio de Pediatría del Hospital Básico Playas. Para generalizar los resultados, se trabajará con todo el universo, considerando que muchas de las responsabilidades de atención a niños/as y adolescentes son compartidas por todo el personal de enfermería. Se aplicarán las encuestas a 8 enfermeros y 3 internos de enfermería, incluido, al Enfermero Líder del Servicio ya que a pesar de tener responsabilidades administrativas también recibe los turnos y esta en contacto con los niños/as, se excluye de grupo de estudio a un enfermero que no labora por estar en uso de sus vacaciones.

3.6. Cronograma del Proyecto

Nº	Meses	OCTUBRE				NOVIEMBR E				DICIEMBR E				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Actividades																								
1	Selección de tema				X																				
2	Aprobación del tema								X																
3	Recopilación de la información										X														
4	Desarrollo del capítulo I												X												
5	Desarrollo del capítulo II													X											
6	Desarrollo del capítulo III																X								
7	Elaboración de encuestas																X								
8	Aplicación de encuestas																	X							
9	Tamización de la información																	X							
10	Desarrollo del capítulo IV																	X							
11	Elaboración de conclusiones																		X						
12	Presentación de la tesis																			X					
13	Sustentación de la previa															X									
14	Sustentación																								X

Tabla 4: Cronograma del proyecto

Fuente: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

3.7. Recursos

3.7.1. Recursos Humanos

Recursos Humanos	Nombres
Investigadores	ORTEGA MORA HÉCTOR ENRIQUE
	MORALES MONTES MILENA ISABEL
Asesora del Proyecto de Investigación	LCDA. LORENA OTERO TOBAR

Tabla 5: Recursos humanos

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

3.7.2. Recursos Económicos

Insumos	Inversión
Seminarios de tesis	\$ 80.00
Internet	\$ 15.00
Primer material escrito en borrador	\$ 7.00
Material bibliográfico	\$ 4.00
Copias a colores	\$ 25.00
Fotocopia final	\$ 15.00
Fotografías	\$ 2.00
Empastada	\$ 30.00
Material de escritorio	\$ 2.00
Alimentación	\$ 40.00
Movilización y transporte	\$ 30.00
TOTAL	\$250.00

Tabla 6: Recursos económicos

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

3.8. Plan de Tabulación y Análisis

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de encuesta al personal de enfermería a cargo del servicio de Pediatría del Hospital Básico Playas, luego se realizará la respectiva tabulación e interpretación de los resultados para comprobar la hipótesis planteada, la información se procesará con el programa estadístico Microsoft Excel.

3.8.1. Base de datos

La base de datos de 11 integrantes del personal de enfermería a cargo del servicio de pediatría del Hospital Básico de Playas que colaboraron voluntariamente en la realización de la encuesta.

3.8.2. Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos de las encuestas realizadas al personal de enfermería fueron analizados y con el uso del programa estadístico Microsoft Excel se los mostrará de forma cuantitativa y se proyectará con un gráfico cada enunciado para mejorar la comprensión de los resultados.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados Obtenidos de la Investigación

Pregunta N°1

En el establecimiento de salud ¿Se ha socializado al personal de enfermería, los protocolos de atención de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años?		
Opción	Respuesta	Porcentaje
Si	8	73%
No	3	7%
Total	11	100%

Tabla 7: En el establecimiento de salud ¿Se ha socializado al personal de enfermería, los protocolos de atención de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes



Gráfico 1: En el establecimiento de salud ¿se ha socializado al personal de enfermería, los protocolos de atención de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

Análisis: El presente gráfico nos muestra que un 73% afirma que en la institución si se ha socializado al personal de enfermería los protocolos de IRA en niños menores de 5 años.

Pregunta N°2

Durante la valoración de las IRA en menores de 5 años ¿Se realizan las siguientes acciones?		
Opción	Respuesta	Porcentaje
Revisión de historia clínica	10	46%
Examen físico general y segmentario	8	36%
Identificación de riesgos y necesidades	1	5%
Prioriza problemas	3	13%
Total	22	100%

Tabla 8: Durante la valoración de las IRA en menores de 5 años ¿se realizan las siguientes acciones?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes



Gráfico 2: Durante la valoración de las IRA en menores de 5 años ¿se realizan las siguientes acciones?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

Análisis: En el segundo gráfico se puede identificar las acciones que se cumplen en la valoración de IRA en menores de 5 años : 46% del personal de enfermería revisan historias clínicas, 36% el examen físico general y segmentario, 13% prioriza problemas y 5% identifica riesgos.

Pregunta N°3

¿Usted realiza la planificación de los cuidados de menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas?		
Opción	Respuesta	Porcentaje
Siempre	5	46%
Frecuente	5	46%
Rara vez	1	8%
Total	11	100%

Tabla 9: ¿Usted realiza la planificación de los cuidados de menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

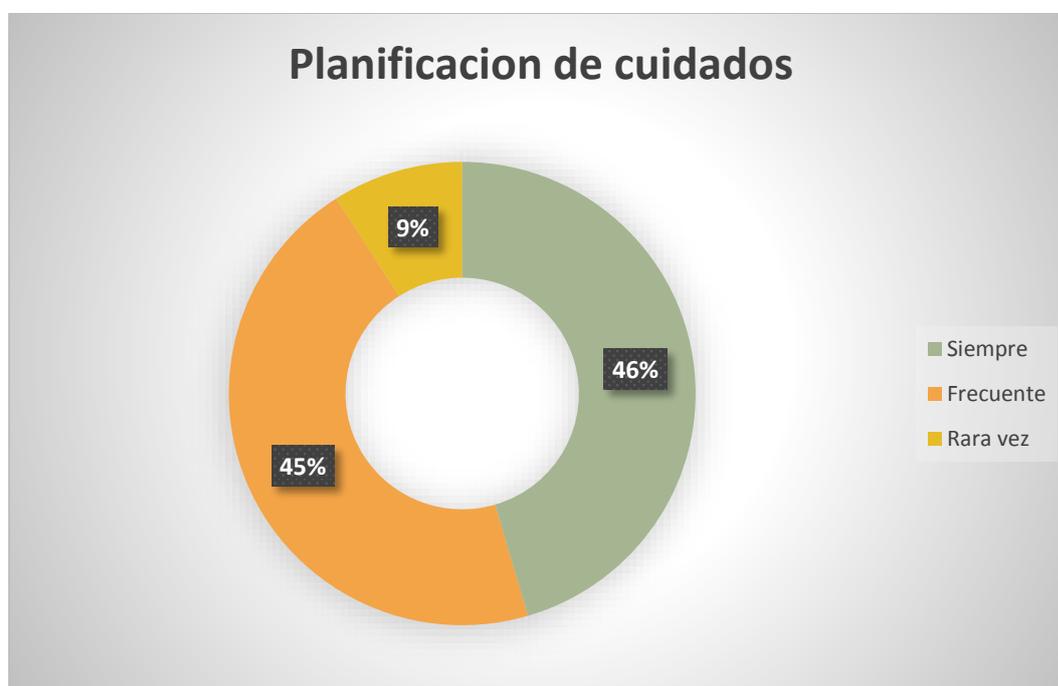


Gráfico 3: ¿Usted realiza la planificación de los cuidados de menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

Análisis: Se visualiza que la mayoría del personal de enfermería realiza la planificación de los cuidados de los pacientes menores de 5 años que sufren de infecciones respiratorias agudas.

Pregunta N°4

¿Cada día se revisan los registros y reportes de atención brindada por el personal de enfermería?		
Opción	Respuesta	Porcentaje
Si	11	100%
No	0	0%
Total	11	100%

Tabla 10: ¿Cada día se revisan los registros y reportes de atención brindada por el personal de enfermería?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes



Gráfico 4: ¿Cada día se revisan los registros y reportes de atención brindada por el personal de enfermería?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

Análisis: El 100% la atención y acciones brindadas por el personal de enfermería se someten a la revisión de sus registros y reportes diarios por sus superiores.

Pregunta N°5

¿La atención de los pacientes se realiza de forma organizada y en equipo?		
Opción	Respuesta	Porcentaje
Si	10	91%
No	1	9%
Total	11	100%

Tabla 11: ¿La atención de los pacientes se realiza de forma organizada y en equipo?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes



Gráfico 5: ¿La atención de las pacientes se realiza de forma organizada y en equipo?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

Análisis: El 91% del personal de enfermería menciona que el trabajo de atender pacientes menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas, se realizan de manera organizada y en conjunto.

Pregunta N°6

¿Se brinda información sobre infecciones respiratorias agudas a los padres sobre prácticas saludables para prevención de complicaciones?		
Opción	Respuesta	Porcentaje
Si	10	91%
No	1	9%
Total	11	100%

Tabla 12: ¿Se brinda información sobre infecciones respiratorias agudas a los padres sobre prácticas saludables para prevención de complicaciones?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

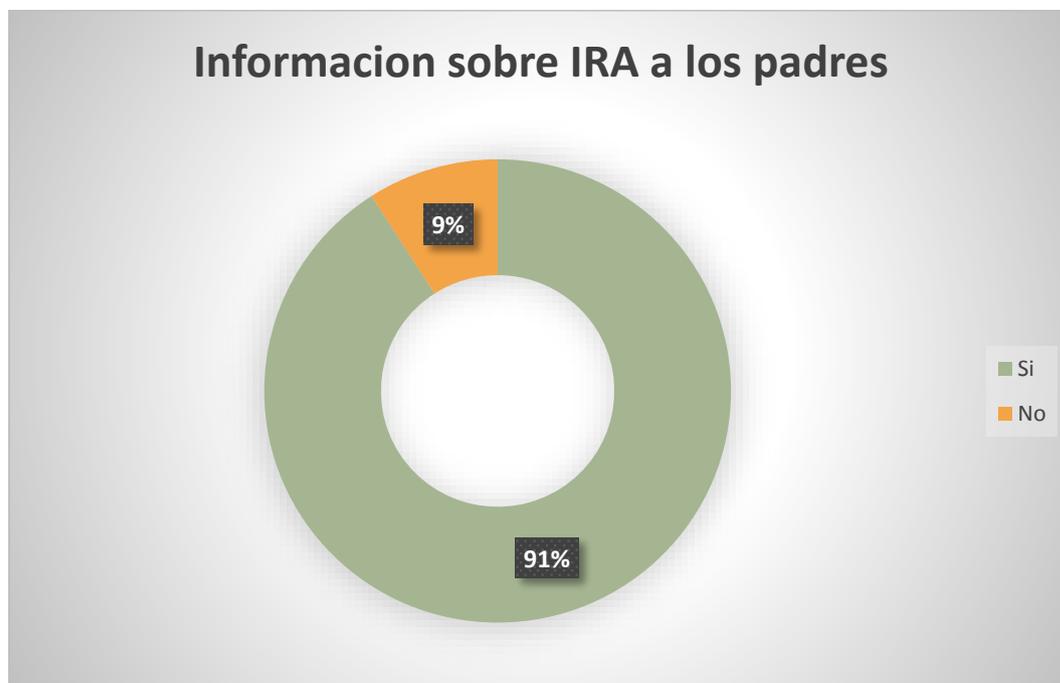


Gráfico 6: ¿Se brinda información sobre infecciones respiratorias agudas a los padres sobre prácticas saludables para prevención de complicaciones?

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

Análisis: El 91% del personal de enfermería brinda información sobre las infecciones respiratorias agudas a los padres, sobre prácticas saludables y medidas preventivas.

4.2. Análisis e Interpretación de Datos

El conocimiento de los protocolos de manejo de las enfermedades respiratorias agudas en menores de cinco años, beneficia a los usuarios del Hospital Básico de Playas para fomentar la aplicación de las normas y evitar complicaciones de las IRA.

Bastidas Jessica (2015) desarrolló un protocolo de atención de enfermería para pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda, el cual se desarrolló en el Hospital Eugenio Espejo en la ciudad de Quito en el año 2014. Dicho hospital carecía de un protocolo para actuar. En conclusión, se valoró la atención en enfermería mediante la aplicación de la encuesta que categorizó la frecuencia de valoración de patrones funcionales, resultando con que nadie cumple con las expectativas. Comparado con nuestra investigación en la cual un 73% afirma que en la institución si se ha socializado los protocolos de IRA en niños menores de 5 años, realizan la planificación diaria y se ejecuta de forma organizada y EAIS.

4.3. Conclusiones

- El 73% del personal encuestado afirma que en la institución si se ha socializado los protocolos de IRA en niños menores de 5 años a todo el personal de enfermería, el manejo en el hospital de los niños ingresados es bueno se realiza la valoración de signos vitales, la administración de la medicación y la aplicación de medidas generales.
- Se puede identificar las acciones que se cumplen en la valoración de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años: 46% del personal de enfermería revisan historias clínicas, 36% el examen físico general y segmentario, 13% prioriza problemas y 5% identifica riesgos. Los casos mayormente presentes en el área de pediatría fueron bronquitis, faringitis y neumonía.
- El personal de enfermería realiza la planificación de los cuidados de los pacientes menores de 5 años que sufren de Infección Respiratoria Aguda (IRA). El personal de enfermería brinda la información a padres y cuidadores para evitar el desarrollo y complicaciones de las enfermedades respiratorias agudas.

4.4. Recomendaciones

- Continuar con la socialización dirigida a los profesionales de salud sobre protocolos de Enfermedades Respiratorias Agudas en menores de 5 años, a pesar de que los manejos son buenos en el establecimiento de salud siempre habrá que actualizarse.
- Realizar la planificación de cuidados de pacientes menores de 5 años para lograr la mejoría y rehabilitación.
- Seguir educando a los padres de familia y cuidadores sobre la prevención y manejo oportuno de las enfermedades respiratorias agudas.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1. Título de la Propuesta de Aplicación

Guía de prevención de enfermedades respiratorias agudas dirigida a los padres de menores de cinco años en el Hospital Básico de Playas.

5.2. Antecedentes

Las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) son un conjunto de padecimientos afecta al sistema respiratorio cuantificar la morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de 5 años en todo el mundo, en especial por Infección Respiratoria Aguda (IRA) la cual representa cerca de 2 millones de muertes cada año.

El objetivo de la investigación será evaluar el manejo de protocolos dirigidos a pacientes con Enfermedades Respiratorias Agudas menores de cinco años de edad y diseñar una estrategia para disminuir la prevalencia de IRA y evitar el desarrollo de complicaciones.

5.3. Justificación

La propuesta del proyecto es importante porque se enfocará en la prevención de enfermedades respiratorias agudas en niños menores de cinco años para evitar el desarrollo de complicaciones como la neumonía y se evita que el niño se quede hospitalizado.

Se planteó la propuesta porque los padres son los que pasan tiempo con sus hijos y están al pendiente de ellos.

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo general

Elaborar una Guía de prevención de enfermedades respiratorias agudas dirigida a los padres de menores de cinco años en el Hospital Básico de Playas.

5.4.2. Objetivos específicos

- Capacitar a los padres sobre los factores de riesgo ambientales que influyen en el desarrollo de infecciones respiratorias agudas.
- Brindar pautas sobre el cuidado e higiene de los niños menores de cinco años que representa la edad más susceptible.

5.5. Aspectos Básicos de la Propuesta de Aplicación

- Planificación: Guía de prevención de enfermedades respiratorias agudas dirigida a los padres de menores de cinco años del Hospital Básico de Playas.
- Ejecución: Socialización de la guía.
- Responsables: Egresados de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo.

5.5.1. Estructura de la propuesta

ETAPAS	ACTIVIDADES POR REALIZAR	RESPONSABLES	METAS
Planificación	Presentación y socialización de guía de prevención de IRA	Egresadas de enfermería: Héctor Ortega & Milena Morales	Lograr el compromiso de asistencia de los padres de familia a la socialización.
Organización	Coordinar la capacitación de la guía de prevención de IRA.	Egresadas de enfermería: Héctor Ortega & Milena Morales	Elaborar el listado de los padres que asistirán y el horario a realizarse la socialización de la guía.
Desarrollo	Enfermedades respiratorias agudas generalidades Tipos de enfermedades respiratorias agudas Medidas preventivas	Egresadas de enfermería: Héctor Ortega & Milena Morales	Brindar toda la información a los padres para prevenir enfermedades respiratorias agudas en sus hijos.
Evaluación	Valoración de la propuesta.	Egresadas de enfermería: Héctor Ortega & Milena Morales	Evaluación pretest y postest para verificar la atención a la socialización.

Tabla 13 Estructura general de la propuesta

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

5.5.2. Componentes

Contexto	Actores	Acciones y forma de evaluación	Entidades participantes
Hospital Básico de Playas	Padres de familia Egresadas de enfermería.	Capacitación Evaluación de asistencia y aplicación	Hospital Básico de Playas Universidad técnica de Babahoyo.

Tabla 14 Componentes de la propuesta

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

5.6. Resultados Esperados de la Propuesta de Aplicación

Con la socialización de la guía se espera capacitar a los padres sobre los signos y síntomas de las enfermedades respiratorias agudas y las medidas de prevención contra el desarrollo de las mismas.

5.6.1. Alcance de la alternativa

El alcance de la propuesta de investigación será la intervención de los padres en la prevención de las enfermedades respiratorias agudas y evitar el colapso del área de emergencia por los menores de cinco años. Los padres de familia se evaluarán con un pretest y postest en la socialización de la guía de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anaya, H. (2016). *Relación entre el nivel de conocimiento y practicas de prevención de infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de cinco años* . Huancayo-Perú : UNCP.
- Arroba, B. (2015). Laringitis aguda (Crup). *Anales de pediatría*, 1(S1), 55 - 61. Obtenido de <https://www.analesdepediatría.org/es-laringitis-aguda-crup-articulo-13054787>
- Asociacion Española de Pediatría. (2016). *Cruz. Tratado de pediatría* (Decimo Primera ed.). Panamericana.
- Bastidas Benalcazar, J., & Garcia Lopez, V. (2015). *Protocolo de atencion de enfermeria para pacientes con diagnostico de fibrosis quistica pulmonar en el hospital Eugenio Espejo*. Quito.
- Bayona, Y. (2015). Infecciones respiratorias virales en pediatría: fisiopatogenia, diagnostico y desenlaces clínicos. *Neumología pediátrica*, 133-141.
- Bhatia, R. (2018). Bronquilitis. *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-respiratorios-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os/bronquiolitis>
- Calvo, B. (2016). *Signos y Sintomas de las enfermedades respiratorias agudas*. Mexico: Lima- Perú.
- Camps, M. (2015). Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Un acercamiento a la bronquiolitis. *INF*, 391-400. doi:1028-9933
- Catalan, P. (2017). *Academico.upv*. Obtenido de Cuidados de enfermería, infecciones respiratorias: <http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-6018/%7B7EB93946-C540-47D6-B4BD-C281D02D6039%7D/2013/S1/1Respiratorio%20final.pdf>
- CDT+. (10 de diciembre de 2018). *cuidateplus*. Obtenido de Sinusitis: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/sinusitis.html>

- CLACSO. (2016). *biblioteca.collect*. Obtenido de Hacinamiento: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D9393.dir/h.pdf>
- Esteban, E. (25 de Enero de 2019). *guiainfantil.com*. Obtenido de La rinitis en la infancia: causas y tratamiento : <https://www.guiainfantil.com/articulos/salud/enfermedades-infantiles/la-rinitis-en-la-infancia-causas-y-tratamiento/>
- FISTERRA. (25 de Noviembre de 2016). *fisterra.com*. Obtenido de Faringitis aguda: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/faringitis-aguda/>
- Flores, S. (2015). Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones respiratorias agudas. *IMSS*, S3-S14.
- Forero, M. (2019). Factores de riesgo que desencadenan infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años . *AireLibre* , 47-57.
- García, L. (2017). *Bronquiolitis Aguda Viral* . Madrid: Aeped.
- Gómez, D. (Abril de 2018). Conocimiento y factor pronostico de infecciones respiratorias agudas en niños. *Horizonte Sanitario (Scielo)*, 17(2), 1-20. doi:ISSN 1665-3262
- Gonzalo, R. (2015). *aeped* . Obtenido de Sinusitis Aguda: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/sinusitis.pdf>
- Goñi, N. (2016). *Temas de Urgencia: Sinusitis aguda y sus complicaciones* . Navarra-España: CF.
- Guevara, A. (2018). Factores que influyen en el desarrollo de Infecciones Respiratorias Agudas . *UTN médica* , 1-25.
- Kliegman, R. (2016). *Nelson. Tratado de pediatría* (Vigesima ed.). Elsevier.
- Macedo, M. (2017). *Infecciones respiratorias* . Navarra-España : Edu .
- Mancilla, E. (2018). *Meneghello. Pediatría* (Sexta ed.). Panamericana.
- Mancilla, G. (2015). SINUSITIS. *Sociedad Bolivariana de Pediatría*, 20-35.

- Martinez Lopez, Perez Constantino, & Montelongo Meneses. (Diciembre de 2013). Proceso de atención de enfermería a una lactante con neumología basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enfermería Universitaria*, 11(1), 36 - 43.
- Miyamoto, R. (Febrero de 2018). *Msdmanual.com* . Obtenido de Otitis Media (aguda) : <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-del-o%C3%ADdo-medio/otitis-media-aguda>
- OMS. (2017). *who.int*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/topics/respiratory_tract_diseases/es/
- OMS. (2 de Agosto de 2019). *who.int*. Obtenido de Neumonía: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- OMS- Ecuador . (2018). *Apps.who*. Obtenido de Estrategia de cooperación Ecuador : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137163/ccsbrief_ecu_en.pdf?sequence=1
- OPS. (2015). Control de infecciones respiratorias agudas . *Ambiente Ecológico* .
- Organizacion Mundial De La Salud. (2019). *Neumonia*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Ramirez, M. (2017). Factores de riesgo infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *CASUS*, 4(1), 1-15. doi:10.35626.1.2019.153
- Restrepo, N. (2016). Infección respiratoria aguda, en niños. *Sanitas*, 16(2), 58-59.
- REVISTA CUBANA DE FARMACOLOGIA. (2014).
- Sacoto, L., & Guillen , C. (2019). *Atención de Enfermería a los niños/as de 5 años con diagnóstico de neumonía en el área de pediatría*. Cuenca.
- SEMI. (21 de Enero de 2020). *fesemi.org*. Obtenido de Otitis, en que consiste?: fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/otitis
- Sociedad Argentina de Pediatría. (26 de Septiembre de 2017). *sap.org*. Obtenido de Tratamiento de la rinitis en niños :

https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Martes%2026-9/dr_Lozano_rinitis.pdf

Solano, B. (2017). *Estrategias preventivas de infecciones respiratorias agudas en niños/as de 1 a 5 años*. Machala: Bitstream.

UAERAC. (2017). *Paho.org*. doi:ISBN 978-92-75-31678-8

Ubica Ecuador. (2019). *Ubica.ec*. Obtenido de Hospital Playas MSP Hospitales : <https://www.ubica.ec/info/HOSPITAL-PLAYAS>

Valero, N. (2016). Etiología viral de infecciones respiratorias agudas. *Investigacion Clínica- Scielo* , 5-15.

Wald, K. (2017). Sinusitis en niños. *Intramed*, 125-132.

ANEXOS



ANEXO 1



MATRIZ DE CONTINGENCIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD- CARRERA DE ENFERMERÍA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
Evaluar el conocimiento del manejo de los protocolos de intervención de enfermería aplicados a niños menores de cinco años con enfermedad respiratoria aguda en el área de pediatría del Hospital Básico de Playas periodo octubre 2019-marzo 2020	Determinar el conocimiento del manejo de protocolos de las intervenciones de enfermería aplicadas a niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias agudas en el área de pediatría del Hospital Básico de Playas periodo octubre 2019 – marzo 2020.	¿El desconocimiento sobre el manejo de los protocolos en el proceso de atención de intervenciones de enfermería en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas influyen en el nivel de gravedad de estas?
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo es el manejo de las enfermedades respiratorias de los padres y cuidadores de los niños ingresados? - ¿Qué patologías respiratorias agudas son más frecuentes en el área de pediatría? - ¿Cómo mejorar la atención a los niñas y 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer sobre el manejo de las enfermedades respiratorias de los padres y cuidadores de los niños ingresados. - Definir las infecciones respiratorias agudas (IRA) más frecuentes en la sala de pediatría. 	<ul style="list-style-type: none"> - La ausencia de lactancia materna y el sexo masculino son factores de riesgo en niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas influyen en el nivel de gravedad de estas. - La intervención de enfermería es importante para evitar complicaciones en

<p>niñas que acceden a la sala de pediatría del Hospital Básico Playas?</p> <p>- ¿Cómo concientizar a madres y cuidadores de los menores sobre el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)?</p>	<p>- Brindar una mejor atención a los niños y niñas que acuden a la sala de pediatría del Hospital Básico Playas.</p> <p>- Concientizar a madres y cuidadores de los menores mediante Charlas sobre el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).</p>	<p>niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas.</p>
---	--	--



ANEXO 2 ENCUESTA



Formato de la encuesta aplicada al personal de enfermería que labora en el servicio de Pediatría del Hospital Básico Playas para efecto de elaborar proyecto de titulación, previo a la obtención del título de licenciada en Enfermería.

MARQUE CON UNA X EL ENUNCIADO QUE CONSIDERE ACERTADO:

- 1. EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE HA SOCIALIZADO AL PERSONAL DE ENFERMERIA, LOS PROTOCOLOS DE ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS**

SI ()

NO ()

- 2. DURANTE LA VALORACION DE LAS IRA EN MENORES DE 5 AÑOS SE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACCIONES**

REVISION DE HISTORIA CLINICA ()

EXAMEN FISICO GENERAL Y SEGMENTARIO ()

IDENTIFICACION DE RIESGOS Y NECESIDADES ()

PRIORIZA PROBLEMAS ()

- 3. USTED REALIZA LA PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS DE MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS:**

SIEMPRE ()

FRECUENTE ()

RARA VEZ ()

- 4. CADA DIA SE REVISAN LOS REGISTROS Y REPORTES DE ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA:**

SI ()

NO ()

- 5. LA ATENCIÓN DE LAS PACIENTES SE REALIZA DE FORMA ORGANIZADA Y EN EQUIPO:**

SI ()

NO ()

- 6. SE BRINDA INFORMACION SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS A LOS PADRES SOBRE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES:**

SI ()

NO ()

ANEXO 3
EVIDENCIAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN





Ilustración 1 Recolección de datos del personal de enfermería

Autores: Héctor Enrique Ortega Mora & Milena Isabel Morales Montes

ANEXO 4

PALABRAS CLAVES

Enfermedades respiratorias agudas: Constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas.

Virus: Microorganismo compuesto de material genético protegido por un envoltorio proteico, esta causa diversas enfermedades introduciéndose como parásito en una célula para reproducirse en ella.

Bacterias: Las bacterias son microorganismos procariotas que presentan un tamaño de unos pocos micrómetros y diversas formas, incluyendo filamentos, esferas, barras, sacacorchos y hélices.

Infección: Infección es la invasión de un anfitrión por un microorganismo patógeno, su multiplicación en los tejidos y la reacción del anfitrión a su presencia y a la de sus posibles toxinas.

Determinantes de salud: Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Bronquios: Un bronquio se encuentra en el aparato respiratorio y es uno de los conductos tubulares fibrocartilaginosos en que se bifurca la tráquea a la altura de la IV vértebra torácica, y que entran en el parénquima pulmonar.

Vías respiratorias: Las vías respiratorias están compuestas por las fosas nasales, la faringe, la laringe, la tráquea, los bronquios y los bronquiolos, que hacen que el aire inhalado llegue a los alvéolos y a los pulmones.