



TESINA

Tema: “Nivel de conocimientos de padres, tutores y/o encargados de niños menores de 5 años sobre Enfermedades Respiratorias Agudas”

Autores:

Aguilera, Eva Amelia

Herrera Gutiérrez, Aurora Elvira

Moreno, Sandra Elda

Mendoza, 25 de Febrero 2016

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

INTEGRANTES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

INTEGRANTES DEL EQUIPO TUTORIAL:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

RESUMEN

Tema: “Nivel de conocimiento de los padres, tutores y/o encargados del cuidado de menores de 5 años sobre enfermedades respiratorias agudas superiores”.

Autores: Aguilera, Eva; Herrera Gutiérrez, Aurora; Moreno, Sandra.

Lugar: Servicios de Guardia del Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti y de la Clínica de Garganta, Nariz y Oídos S.A., Mendoza. Año 2015.

Introducción: Aún en el siglo XXI en América los niños mueren de enfermedades prevenibles con medidas simples como las IRAs. Este grupo de patologías presentan un alto índice de morbimortalidad en niños menores de 5 años. En este trabajo se quiere evidenciar que la salud propia y de los que están bajo nuestro cuidado no sólo es el resultado de la atención médica, sino que está muy relacionada a otros factores como es la educación y la adopción de conductas y hábitos saludables. Y que la enfermería cumple un rol muy importante en estos aspectos.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimientos de los padres, tutores o encargados del cuidado de menores de 5 años sobre las IRAs, identificación de signos y síntomas, determinar la presencia de factores de riesgo en los menores y el rol de la enfermería en el tratamiento y prevención de estas patologías.

Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, transversal descriptivo y correlacional. Población y muestra 100 padres o tutores del cuidado de menores de 5 años con un cuadro de IRAs que concurren a la guardia del Hospital Dr. H. Notti y la Clínica de Garganta, Nariz y Oídos S.A. Se realizaron 50 encuestas en cada institución, con respuestas cerradas.

Resultados: El 92% de los encuestados conoce que tipos de patologías son las IRAs, sus síntomas y los signos de alarma. Pero un alto porcentaje (18%) desconoce el significado de “signo de alarma” y el 44% las medidas preventivas para evitarlas. El 66% de los padres o tutores fuma y de estos el 85% contestó que lo hace fuera del hogar y el 15% restante fuma dentro de su casa. El 54% de los niños fue alimentado con leche materna, el resto lo hizo con leche maternizada o alimentación mixta. El nivel de hacinamiento va desde un 12% si se usa el índice dado por la OMS, al 41% si se utiliza el de CELADE. El 66% de los encuestados en el sector público concurre como primera opción, ante cualquier patología de los menores, al Hospital y sólo un 24% lo hace en un centro de salud.

Conclusiones: Los padres, tutores del cuidado de menores de 5 años tienen un alto nivel de conocimiento con respecto a que patologías corresponden a las IRAs, sus manifestaciones clínicas y los signos de alarma de éstas. Un alto porcentaje desconoce las conductas preventivas para evitar las IRAs. Dentro de los factores de riesgo, el hábito tabaquero de los padres y el bajo porcentaje de niños que recibieron lactancia materna, son importantes y prevenibles. El nivel de conocimiento de los encuestados en cuanto a la patología investigada está relacionado con su nivel de instrucción.

Recomendaciones: Que el personal de enfermería participe en la planeación, promoción y ejecución de actividades educativas destinadas a los padres, tutores o encargados del cuidado de menores de 5 años tendientes a aumentar sus niveles de conocimientos en conductas preventivas de las IRAs.

Palabras clave: IRAS, nivel de educación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a la Universidad Nacional de Cuyo, por abrirnos sus puertas y permitir continuar con nuestra formación académica de grado.

A la atenta colaboración de todas las personas que fueron encuestadas en los servicios de Guardia en el Hospital Notti y Clínica de G.NyO S.A.

A dichas instituciones por permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible, especialmente a las Jefas de Unidad de los servicios de Guardia, por su buena predisposición y cordialidad en la etapa de recolección de datos y permitirnos la observación en sus áreas de trabajo.

A la Licencia María Rosa Reyes por sus enseñanzas y oportunas recomendaciones.

A la Licenciada María Elena Fernández Salgado por su guía y paciencia en la elaboración del trabajo.

Al Dr. Marcos Gai por su buena predisposición y sus consejos.

A los profesores de las distintas materias cursadas durante este ciclo, por su alto grado de compromiso en la transmisión de conocimientos.

Y a todos aquellos que directa o indirectamente contribuyeron a la producción de este material.

¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!

“A mi madre Angela Aguilera, mi ángel guardián...”.

Aguilera, Eva Amelia

“Agradezco a Dios por bendecirme y permitir hacer realidad mi sueño. A mi familia: esposo, hija, hermanos(as) que estuvieron en todo momento brindándome su apoyo incondicional y a mis dos pilares y amigas Eva y Sandra que sin ellas no hubiera sido posible”.

Herrera Gutiérrez, Aurora Elvira

“A mis padres porque me enseñaron que el camino del cambio es la educación, a mi esposo por su apoyo y amor, a mi suegra por su ayuda incondicional y a mi amado hijo”.

Moreno, Sandra Elda

PRÓLOGO

Cuando comenzamos a realizar este trabajo nos encontramos con varios inconvenientes en el camino, primero en la elección del tema, su importancia, en la búsqueda de información, la desincronización de los tiempos. Luego en la etapa de recolección de datos nos topamos con el obstáculo de no formar parte del personal del hospital y no se nos permitió el acceso a las historias clínicas, complicando y retrasando nuestro trabajo. Al realizar el análisis y procesamiento de los resultados se sumó el escaso dominio de algunos programas de computación.

Pero a pesar de todos los escollos, terminamos nuestra tesina, con la que esperamos, humildemente, sumar un grano de arena al conocimiento de nuestra profesión. Representa un primer paso importante en nuestra carrera presente y futura, sumando experiencia y aprendiendo de nuestros errores.

El trabajo está estructurado en tres capítulos: en el Capítulo I se encuentra la introducción donde explicamos de que trata la investigación, la descripción y planteamiento del problema con su respectiva justificación, objetivos y el marco teórico. En el Capítulo II explicamos el marco metodológico utilizado en la investigación y finalmente en el Capítulo III el análisis, procesamiento de datos, resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados obtenidos.

Estamos satisfechas con la tarea realizada, que no es perfecta y está de lejos serlo, pero en la que hemos invertido muchas horas, largas noches leyendo y tipeando, esperamos que valgan el esfuerzo.

Por último, queremos finalizar citando primero a Karl Popper, filósofo y teórico de la ciencia que dijo “Lo que caracteriza al hombre de ciencia no es la posesión del conocimiento o de verdades irrefutables, sino la búsqueda desinteresada e incesante de la verdad” y luego a un experto en educación y en la importancia de ésta como herramienta de cambio, como es Paulo Freire que dijo sabiamente: “La educación no cambia al mundo, cambia las personas que van a cambiar el mundo”.

ÍNDICE GENERAL

Carátula	I
Advertencia	II
Acta de Aprobación	III
Resumen	IV
Agradecimientos	VI
Prólogo	VII
Capítulo I	
Introducción	1
Descripción del Problema	2
Formulación y/o planteo del problema	4
Objetivos: Generales y Específicos	5
Justificación	6
Marco Teórico	10
Capítulo II	
Diseño Metodológico	36
Capítulo III	
Resultados	41
Discusión	72
Conclusiones	74
Propuestas	76

Referencias Bibliográficas	77
<i>Apéndice y Anexos</i>	
Anexo I: Encuesta	82
Anexo II: Tabla Matriz de Datos: Hosp. Pediátrico Dr. Humberto Notti	87
Anexo III: Tabla Matriz de Datos: Clínica de Garganta, Nariz y Oídos S.A.	89
Anexo IV: Estadísticas de consultas en guardia: Clínica Garganta, Nariz y Oídos S.A.	91
Anexo IV: Fotos institucionales	94

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico N° 1: “Distribución por sexo de los encuestados”	41
Tabla y Gráfico N° 2: “Distribución por edad de los encuestados”	42
Tabla y Gráfico N° 3: “Estado civil de los encuestados”	43
Tabla y Gráfico N° 4: “Número de hijos a cargo”	44
Tabla Y Gráfico N° 5: “Nivel de instrucción del cuidador”	45
Tabla y Gráfico N° 6: “Ocupación de los encuestados”	46
Tabla y Gráfico N° 7: “Delegación del cuidado”	47
Tabla y Gráfico N° 8: “Tipo de alimentación”	48
Tabla y Gráfico N° 9: “Número de convivientes”	49
Tabla y Gráfico N° 10: “Número de habitaciones”	50
Tabla y Gráfico N° 11: “Tipo de calefacción”	51
Tabla y Gráfico N° 12: “Tipo de atención sanitaria”	52
Tabla y Gráfico N° 13: “Fumadores”	53
Tabla y Gráfico N° 14: “Lugar donde fuma”	54
Tabla y Gráfico N° 15: “Frecuencia de ventilación del hogar”	55
Tabla y Gráfico N° 16: “Concepto de IRAs”	56
Tabla y Gráfico N° 17: “Síntomas de las IRAs”	57
Tabla y Gráfico N° 18: “Medidas en caso de enfermedad”	58
Tabla y Gráfico N° 19: ”Significado de los signos de alarma”	59
Tabla y Gráfico N° 20: “Signos de alarma de las IRAs”	60

Tabla y Gráfico N°21: “Prevención de las IRAs”	61
Tabla y Gráfico N° 22: “ Test: Puntaje obtenido”	62
Tabla y Gráfico N° 23: “Valoración del puntaje obtenido”	63
Tabla y Gráfico N° 24: “Relación Puntaje obtenido y Grupo etario”	64
Tabla y Gráfico N° 25: “Relación Puntaje y Escolaridad”	65
Tabla y Gráfico N° 26: “Relación entre Convivientes y Número de Habitaciones”	66
Tabla y Gráfico N° 27: “Diagnósticos”	67
Tabla y Gráfico N° 28: “Relación entre Diagnósticos y Puntaje Obtenido”	68
Tabla y Gráfico N° 29: “Relación entre Números de Hijos y Puntaje”	69
Tabla y Gráfico N° 30: “Relación entre Diagnostico y Edad”	70
Tabla y Gráfico N° 31: “Comparación entre instituciones”	71

CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación tiene por objeto determinar el nivel de conocimiento que tienen los padres, tutores y/o encargados sobre las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRAs), que se encuentren a cargo de niños menores de 5 años y que concurren para ser atendidos al Hospital Dr. Humberto Notti y la Clínica de Garganta, Nariz y Oídos S.A. ambas instituciones se encuentran ubicadas dentro del Gran Mendoza.

Para comenzar el trabajo fue dividido en tres (3) Capítulos, en el primero realizamos una breve descripción del problema, planteamiento del mismo y fijamos los objetivos, tanto el general como los específicos los cuales guiaron la elaboración de la encuesta.

Acto seguido se realizó la recolección de datos, para ello nos dirigimos a las instituciones anteriormente mencionadas y se les entregó un cuestionario, a toda persona que se encontró y que contaran con los requisitos de los criterios de inclusión de la investigación, previamente definidos por las autoras. La misma contiene 22 preguntas de respuestas cerradas, para ser contestadas de manera personal y anónima por cada uno de los encuestados.

En el marco teórico incluimos algunos conceptos sobre las Enfermedades Respiratorias Agudas, aspectos epidemiológicos y magnitud de las mismas, definición de las distintas patologías que las componen, diagnóstico, complicaciones, factores de riesgos tratamiento y las diferentes medidas de prevención.

Nombramos a grandes rasgos antecedentes de investigaciones similares. Y se realiza un enfoque mínimamente detallado de modelos enfermeros elegidos, y sus autoras, por parecernos los más aplicables a este tipo de trabajo.

En el Capítulo II describimos el diseño metodológico utilizado, las tablas y gráficos correspondientes a la investigación, donde se mencionan brevemente lo descubierto en cada uno de ellos.

Y finalmente, en el Capítulo III, se incluyen los resultados de la investigación, plantearemos una discusión sobre el trabajo realizado e intentaremos sugerir o recomendar propuestas a fin de brindar algunas soluciones posibles.

En el apartado de anexos incluimos el modelo de cuestionario utilizado para la encuesta, tabla matriz de datos y algunos cuadros estadísticos utilizados a modo de información.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Al realizar una revisión de nuestro quehacer profesional, hemos podido observar que en nuestro lugar de trabajo, una clínica especializada en enfermedades otorrinolaringológicas, se ha producido un importante incremento en la demanda del servicio de guardia. De un total aproximado de 150 pacientes atendidos por día, alrededor del 75% corresponde a menores de 5 años que presentan patologías otorrinolaringológicas agudas tales como rinitis, rinofaringitis, faringitis, otitis, amigdalitis, etc., en algunos casos la consulta realizada es a repetición (el paciente presenta el mismo cuadro en varias oportunidades), en otros (aproximadamente el 10%), presentan ya un estado avanzado de su patología con un compromiso importante de las vías respiratorias bajas, los cuales son derivados de urgencia a un hospital que cuente con servicio de guardia pediátrica y que reciba su obra social, o al Hospital Pediátrico José Humberto Notti, según la complejidad de atención que requiera el caso.

Las Infecciones Respiratorias Agudas superiores (IRAs) constituyen la primera causa de consultas médicas y de morbilidad, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Los niños menores de 5 años tienen algunas características anatomofisiológicas e inmunológicas que los hacen más susceptibles para presentar estos procesos respiratorios. A pesar que las Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb), concentran habitualmente la atención por su mayor complejidad, costo del tratamiento y complicaciones, son las altas las que se presentan en mayor número en la consulta ambulatoria y las que posteriormente, pueden evolucionar a éstas. Algunas infecciones de vías respiratorias superiores o altas son causantes de secuelas graves en los niños como hipoacusia y sordera y en algunos casos favorecen el desencadenamiento de infecciones de vías respiratorias bajas que en ocasiones, por errores en el cuidado o factores que suelen sumarse a su enfermedad (hacinamiento, desnutrición, falta de higiene o de vacunaciones) pueden llevar a la muerte del niño.

Somos conscientes que la población infantil representa uno de los grupos más vulnerables y susceptibles de tener problemas que afecten su salud. Múltiples factores afectan la salud de este grupo etario y uno de estos factores, es la capacidad de los padres o tutores, que es fundamental para prevenir o atender una infección respiratoria, ya que son los responsables y proveedores del cuidado de la salud del mismo. La madre interviene en forma importante como responsable del cuidado del menor.

Por lo expuesto párrafos arriba, es que creemos que el propósito fundamental de toda intervención de enfermería debe darse de manera positiva para incidir en la modificación de conductas acerca del cuidado del menor durante los episodios de infecciones de vías respiratorias altas, comparando la percepción que ellos tienen con el cuidado actual (dentro del contexto de la teoría de Orem), es decir valorar las necesidades educativas de este grupo poblacional, a fin de orientar y/o mantener con eficacia acciones de educación para la salud (por parte del profesional de enfermería). Es por ello que nos parece primordial investigar el nivel de conocimiento que los padres, tutores o encargados del cuidado del menor poseen acerca de este tipo de patologías y sus posibles complicaciones. Nuestra experiencia empírica es en un medio asistencial privado, en donde la población atendida es mucho menor que en el sector público e inferimos que de otro estrato social, considerado popularmente más instruido. Por lo expuesto consideramos hacer una investigación sobre el conocimiento de los padres de los niños atendidos en ambos sectores, comparando los de nuestro ámbito laboral (medicina privada) con los encargados del cuidado del menor en el sector público (medicina pública).

FORMULACIÓN Y/O PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Qué nivel de conocimiento tienen los padres, tutores y/o encargados de niños menores de 5 años en los síntomas de patologías de vías respiratorias altas y sus posibles complicaciones al momento de ser atendidos en los servicios de guardia del Hospital Pediátrico José Humberto Notti y de la Clínica de Garganta, Nariz y Oídos S.A., ambas instituciones situadas en el Gran Mendoza, en el segundo semestre del corriente año?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen los padres, tutores y/o encargados de niños menores de 5 años sobre los síntomas de patologías de vías respiratorias superiores y sus posibles complicaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el tipo de conocimiento y capacidades que tienen los padres, tutores y/o encargados del cuidado de menores de 5 años sobre signos y síntomas de las IRAs.
- Determinar las características individuales de los niños menores de 5 años que presentan IRAs y posibles factores de riesgo.
- Determinar el perfil socioeconómico de los padres de niños menores de 5 años.
- Contrastar y analizar los resultados obtenidos en el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti (ente público) y los resultantes en la Clínica de Garganta, Nariz y Oídos S.A. (ente privado).
- Establecer el rol que cumple el personal de enfermería en el tratamiento y prevención de las IRAs.

JUSTIFICACIÓN

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la última edición de su boletín “Salud materno- infantil- juvenil 2013” publicado por la Asociación Pediátrica Argentina elaborado a partir de datos oficiales nos dice que la población infantil de menores de 5 años de Mendoza es 156.932, el 8,80% de la población total de esta provincia. Las afecciones otorrinolaringológicas, entre ellas las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), representan la tercera causa de morbimortalidad en este grupo etario (12,4%), disminuyendo significativamente en niños mayores (3,3%)¹.

La Organización Mundial de la Salud y la Oficina Regional para las Américas han definido un Programa de Control de las IRA, el cual establece un grupo de objetivos centrales en la estrategia de enfrentamiento de estas enfermedades, que se resumen en los siguientes:

1. Reducción de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.
2. Disminución del uso de antibióticos y de otros medicamentos en el tratamiento de las IRAs en menores de 5 años.
3. Reducción de la frecuencia de complicaciones de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.
4. Reducción de la incidencia y la gravedad de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores².

El catarro común, secreción nasal, otalgias, tos, con o sin fiebre, junto con sus complicaciones (Bronquiolitis, Bronquitis, BOR, Neumonías), representan un alto porcentaje de la consulta pediátrica, diagnóstico clínico y ausentismo laboral para los padres y escolar para los niños.

La Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que la educación y la salud están íntimamente unidas, hermanadas se refuerzan mutuamente. Asegura que la educación de las niñas es más rentable desde el punto de vista de la salud, ya que mujeres y niñas alfabetizadas tienen más probabilidades de tener mejores conocimientos en salud y ser mejores madres y contribuyen al bienestar de sus familias³.

La educación es un determinante de la salud, es un arma contra la pobreza y la enfermedad.

“La concientización y la educación son maneras muy poderosas de provocar un cambio en el comportamiento relativo a la salud: La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud” (UNESCO, 2012)⁴.

En el niño los factores anatómicos, unidos a la inmadurez o fallas en los mecanismos de defensa, propician la infección. De este modo, las Infecciones Respiratorias Agudas superiores (IRAs) se han transformado en uno de los principales problemas de salud que los países deberán enfrentar con el compromiso de reducir la morbimortalidad infantil. La implementación de medidas relativamente simples, de prevención o de tratamiento, deben contribuir a este propósito.

La intervención de enfermería basada en el conocimiento real y actualizado, tiene un papel fundamental en la educación para la salud de la comunidad y en instruírlos en la identificación de los signos y síntomas de alarma que presentan estas patologías (dificultad respiratoria, fatiga, disnea, distres respiratorio, etc.) que le orientaran para planificar unos cuidados oportunos y de calidad para el paciente.

Según Nola Pender, en su Modelo de Promoción de la Salud, dice que promover un estado de salud óptimo es un objetivo que debe anteponerse a las acciones preventivas, agrega que los factores cognoscitivos preceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, dando como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción⁵.

Históricamente los cuidados están vinculados con las funciones desarrolladas por la mujer en el hogar, con los hijos, con ella misma y con su compañero. La aplicación del cuidado corresponde a un rol social que contribuye al mantenimiento y desarrollo de la vida, relacionados con la supervivencia. Los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete. (Siles, 1999). Las mujeres estamos, culturalmente determinadas, al cuidado del otro como algo importante y valioso.

Los primeros cuidados enfermeros nos los proporcionan nuestras madres, estos conocimientos han sido transmitidos de generación en generación, con aciertos y errores, y de ellos dependemos hasta que podemos cuidarnos por nosotros mismos.

Uno de los interrogantes que nos planteamos es si la salud de los niños está relacionada con el nivel de instrucción de los encargados de su cuidado. Si ésta

determina la prontitud con que se hace la consulta pediátrica, se perciben los signos de alarma, si contribuye o no a la prevención de posibles complicaciones.

Orem, en su teoría de autocuidado orienta el papel del enfermero hacia la promoción de pautas de autocuidado. Según la autora la necesidad de autocuidado existe, y la capacidad y habilidad para satisfacer esas necesidades dependen de varios factores que la condicionan, menciona algunos tales como: edad, sexo, habilidades cognitivas, nivel emocional, nivel socio cultural y económico, creencias culturales, costumbres, etc.⁶.

Al trabajar en una institución privada se puede inferir empíricamente que el nivel de educación de los padres, tutores y/o encargados de los pacientes atendidos difiere de los que concurren a entes estatales, es por ello que nos parece importante y oportuno, en relación a la mayor demanda presentada en esta época del año, realizar nuestro trabajo en el Hospital Pediátrico José Humberto Notti, en el servicio de guardia y en nuestro propio ámbito laboral, la Clínica de Garganta, Nariz y Oídos S.A. y comparar los resultados obtenidos de ambos sectores que provienen de distintos extractos socioculturales, motivo por el cual consideramos puede enriquecer los hallazgos que se produzcan a través de nuestro estudio.

La revisión bibliográfica no dio resultados positivos en estudios semejantes realizados en Argentina sobre este tema, creemos importante desde nuestra perspectiva profesional intentar brindar un poco de luz sobre este aspecto con esta investigación.

La educación y la salud van de la mano, se refuerzan una a la otra. Crear un ambiente saludable para el desarrollo del niño es una tarea prioritaria que tienen los padres, pero para poder ver sus carencias deben conocer, deben saber cuáles son las conductas que deben mantener, aquellas que deben descartar y cuáles aprender y enseñar a sus hijos.

La promoción de la salud y la educación para la salud tienen como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, con el fin de que la gente obtenga un mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar. "El tener capacidad para responsabilizarse de la salud significa tener los conocimientos y las habilidades necesarios para poder participar en la toma de medidas colectivas a favor de la salud sostenible dentro de la familia y para abogar a favor de los grupos locales y las organizaciones comunitarias. *La capacidad para responsabilizarse de la salud*

implica más que tener la capacidad de poder leer información referente a la salud; incluye la capacidad de utilizar esta información, convirtiéndola en conocimientos” (UNESCO, 2012)⁴.

Nuestro rol como enfermeros/as es orientar, guiar y educar a la comunidad respecto a los cuidados y promover la adquisición de conductas y hábitos saludables.

MARCO TEÓRICO

PROCESO SALUD ENFERMEDAD

La salud es una percepción relativa de bienestar físico, mental y espiritual, es un proceso que cambia dependiendo de las condiciones de vida y trabajo de las personas y las familias. Este proceso no es vivido de igual forma por todos los individuos, hay diferentes maneras de enfermar y morir debido a la desigualdad en el acceso a la alimentación, educación, actividad, vivienda, vestido, seguridad, descanso, medio ambiente, recreación, afecto, la realización personal y accesos a los servicios, entre ellos, la salud.

La salud plena no involucra solamente la lucha contra la enfermedad, significa la resultante de estas condiciones, la salud como resultante y como condicionante. La salud es causa pero también consecuencia de otros factores como la educación, la vivienda, distribución de ingresos o el desarrollo económico.

La salud de los niños es un derecho humano inalienable, que debió ser puesto por escrito en la Resolución 44/25 de las Naciones Unidas, en 1989, en los Derechos del Niño, pero a pesar de ello, sólo en América, mueren alrededor de 400000 infantes menores de 5 años cada año, y de estas muertes, más de la mitad podrían ser evitadas, ya que son provocadas por enfermedades prevenibles o de fácil tratamiento⁵. Entre los factores que las determinan son las condiciones de salud y educación de la madre, la falta de información, falta de acceso a la atención.

En América Latina la mortalidad infantil está por arriba de 20 por 1000 nacidos vivos, en la Argentina en particular es del 12 por 1000 y la de menores de 5 años es del 14 por 1000, más del 70% de este grupo etario fallecen de neumonía, diarrea y desnutrición (1,3). En gran parte de las provincias argentinas, 2 (dos) de cada 100 niños morirán antes de cumplir un año⁶.

En esta etapa de la vida aparecen causas que tienen que ver con los cuidados y el ambiente en que el niño crece y se desarrolla.

El riesgo de morir de un menor se ve agravado por la reducción de la lactancia materna y la mortalidad se determina con frecuencia por la recurrencia de enfermedades infecciosas tales como las respiratorias y entéricas, aunque su tendencia es declinante, siendo aún apreciable su papel causal en la morbilidad propia del menor de edad. El

mayor progreso en las últimas décadas se relaciona con el control y la disminución de enfermedades infecciosas prevenibles, mediante la administración de vacunas ⁷.

UNICEF en la última edición de su boletín “Salud materno-infantil-juvenil 2013” publicado por la Asociación Pediátrica Argentina elaborado a partir de datos oficiales nos dice que la población infantil de menores de 5 años de Mendoza es 156.932, representando el 8,80% de la población de esta provincia. Las afecciones otorrinolaringológicas, entre ellas, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) representan la tercera causa de morbimortalidad en este grupo etario (12,4%). Disminuyendo significativamente en niños mayores (3.3%), casi el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias quedan con secuelas por lo que terminan con infecciones recurrentes ¹.

EDUCACIÓN Y SALUD

La definición de cuidado deriva del latín *coidar*, está relacionado a la preservación o conservación de algo o la asistencia que se brinda a otro ser humano.

Desde el inicio de la humanidad, el cuidado de los hijos ha estado bajo la tutela de la madre. Muchos de estos cuidados son el resultado de la cultura y de las creencias tradicionales que se transmiten a través de las generaciones; también el nivel sociocultural puede representar un factor muy importante en la apropiación real de conocimientos para un manejo adecuado de las enfermedades, entre ellas las IRAs.

En Argentina, la media de los porcentajes de madres analfabetas o con primaria incompleta es de 6.95 %, pero hay provincias donde es mucho más elevado, como Misiones (24%), Mendoza es algo menor (9.6%), pero también se encuentra por encima de la media ¹.

Una madre que no sepa leer o tenga dificultades para entender el lenguaje escrito se halla en evidente desventaja para el cuidado de los hijos.

El riesgo de enfermar es menor en los hijos de las madres con educación superior que en los de madres sin educación formal. De manera similar, una mejor educación de las madres tuvo un mayor efecto protector en los hijos de las madres de mejor situación económica que en los de familias pobres. Una mejor situación económica puede permitirles a las mujeres sacar el mayor provecho de su educación (mejores condiciones higiénicas, hábitos saludables, acceso a la atención médica), mientras que

las mujeres con educación que viven en condiciones de carencia económica no siempre pueden aprovechar debidamente las ventajas de su educación ⁸.

Se ha comprobado que en regiones de bajos ingresos, puede esperarse una reducción en la mortalidad infantil del 1.28/ 1000 nacidos vivos por reducción del analfabetismo del 1% ⁶.

La educación de las niñas y mujeres es más rentable para la salud, ya que éstas al tener más probabilidades de tener mejores conocimientos pueden ser mejores madres y contribuyen en mayor cuantía al bienestar de la familia, con un mayor efecto protector sobre la salud de los niños.

Según la Real Academia Española, el conocimiento en su primera acepción, es la acción y efecto de conocer, Bunge lo clasifica en: a) conocimiento vulgar, sostiene que es conjunto de ideas, conceptos y enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, vagos e inexactos, Son representaciones de la vida cotidiana del común de las personas por el solo hecho de existir, y b) el conocimiento científico, el cual es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia⁹. Por otro lado, Kant en su teoría del conocimiento, hace mención a dos conceptos, el puro o a priori, se desarrolla antes de la experiencia (los conceptos son formas del conocimiento y solamente reciben su contenido de la experiencia), y el empírico, es elaborado después de la experiencia (conceptos devenidos del pensamiento).

De lo expresado brevemente en los párrafos anteriores, podemos considerar que el conocimiento es la adquisición de distintos conceptos que se interrelacionan entre sí, que son obtenidos por medio de la educación formal e informal y que hacemos uso mediante la práctica de nuestras propias facultades intelectuales.

También sabemos y somos conscientes de que el conocimiento está en evolución permanente y en sus más variados aspectos (científicos, sociales, culturales, etc.), por lo tanto nos exige, como profesionales de la salud, a hacer uso del mismo, utilizando para ello la educación y convirtiéndola en un arma poderosa contra la pobreza y la enfermedad.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES (IRAs)

Las Infecciones Respiratorias Agudas superiores (IRAs) son todas aquellas enfermedades que afectan las estructuras del sistema respiratorio, desde la nariz al alvéolo, de origen viral, bacteriano u otros microorganismos, donde los signos o

síntomas frecuentemente están dados por tos de menos de 15 días de duración, dificultad para respirar, estridor (ronquido), dolor o enrojecimiento faríngeo, otalgia, otorrea, rinorrea, obstrucción nasal. Entre las IRAs se encuentran aquellas infecciones leves como resfrío o catarro, faringitis, amigdalitis, bronquiolitis, bronquitis, otitis o enfermedades graves como la neumonía ^{10, 11}.

Habitualmente los niños presentan entre 7 y 10 episodios de IRAs por año, la gran mayoría leves y autolimitados, pero la magnitud de casos representa un trabajo enorme para los servicios de salud, además de que un grupo de niños, especialmente los que poseen factores de riesgo (cuando existe mayor probabilidad de que ocurra un daño, que puede ser social, físico, psicoafectivo, de manera individual o colectivo (OPS, 1996), pueden cursar hacia una neumonía o una enfermedad más grave, la cual aumenta la posibilidad de muerte y requiere atención hospitalaria ¹².

Son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), “las infecciones respiratorias agudas (IRAs) representan uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de 5 años de los países en desarrollo. En la Región de las Américas, las IRAs se ubican entre las primeras cinco causas de defunción de menores de 5 años”.

Más de 4 millones de niños menores de 5 años, mueren por IRAs todos los años, la causa de la mayoría de estas muertes es la neumonía. Los agentes etiológicos más frecuentes son los virus, principalmente los *Virus Influenza A y B*, y el *Virus Sincitial Respiratorio (VSR)* son los más importantes por la severidad de la enfermedad y por la alta transmisibilidad. También bacterias como *Streptococo B hemolítico*, *Streptococo pnueumoniae*, *Hemophilus Influenzae tipo b*. Transmisión vía aérea a través de las gotitas flügge o por medio de fomites, período de incubación de 1 a 3 días. Principalmente en época invernal.

El costo del tratamiento de las IRAs es elevado, por pérdidas económicas (ausentismo laboral), gastos en medicamentos, hospitalizaciones, etc. En el 75 % de las IRAs se prescriben antibióticos y muchas veces son innecesarios, lo que incrementa los costos y la resistencia bacteriana. Además en el mundo se malgastan todos los años 8 billones de dólares en drogas utilizadas para tratar los síntomas de las IRAs, las cuales tienen poco o ningún efecto ¹³.

Las IRAs pueden dividirse en: Infecciones Respiratorias Agudas Superiores o Altas (IRAs) e Infecciones Respiratorias Agudas Inferiores o Bajas (IRAb).

El Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina, considera a la Laringitis dentro de este grupo junto con la Traqueobronquitis, el Síndrome Bronquial Obstructivo y la Neumonía.

Clasificación de las IRAs

IRAs	IRAb
Rinitis / Rinosinusitis	Bronquitis
Adenoiditis	Bronquiolitis
Amigdalitis	Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO)
Faringitis	Neumonía
Otitis Media Aguda (OMA)	
Laringitis	

Adenoiditis y Amigdalitis: Son un tejido linfoide que se ubica en la parte posterior de la nariz en el caso de adenoides y en la orofaringe en caso de amígdalas, la inflamación de su tejido se denomina adenoiditis y amigdalitis respectivamente. Es una patología frecuente en la infancia que afecta aproximadamente a un 2% de la población infantil. Las edades más frecuentes en que se producen son entre los 3 a 6 años, de etiología viral en el 50% de los caso (*Adenovirus, Mixovirus*), bacteriana en un 25% (*Streptococos B hemolíticos del grupo A, Hemophilus Influenzae*) y alérgica en el 25% restante. La adenoiditis presenta fiebre, insuficiencia ventilatoria nasal (nariz tapada), mucosidad serosa o purulenta, rinolalia (voz nasal), otalgia, tos y adenopatías. Las amigdalitis pueden ser eritematosa o anginas rojas o virales que presenta síntomas semejante a la adenoiditis con malestar general, astenia, ardor faríngeo y moderado dolor al tragar u odinofagia. Otro tipo de amigdalitis es la eritematopultácea o anginas pultáceas son de origen bacteriano y se caracteriza por comienzo brusco, con intensa odinofagia, fiebre, compromiso general, halitosis, voz gangosa y adenopatías. Los niños pueden presentar náuseas, vómitos y dolor abdominal por adenomegalias abdominales. La faringe suele estar afectada también: Faringoamigdalitis.

Las adenoides y las amígdalas van creciendo a lo largo de los meses y los años de vida en respuesta a las agresiones que reciben de la vía aérea y oral, por ello al finalizar su inflamación aguda, el tejido no vuelve a su condición inicial, queda de mayor tamaño, hipertrofiado, disminuyendo la luz del cavum, lo que provoca respiración bucal, halitosis, ronquido, otitis secretora, apneas del sueño y puede evolucionar a lo que se denomina facie adenoidea que son los niños con cara alargada con la boca continuamente entreabierta, alteraciones en los dientes y paladar ojival ¹⁴.

Faringitis: La faringe es una región que se ubica detrás de la nariz y de la boca, hasta la laringe por abajo, la infección e inflamación de su tejido se denomina faringitis, pueden producirla virus como los *Adenovirus*, *Virus de la Influenza A y B* y bacterias como los *Streptococos Pneumoniae*. Afecta a todas las edades, sus síntomas son: dolor de garganta, puede haber fiebre, decaimiento general, enrojecimiento de las fauces que puede presentar un puntillado rojo o blanquecino, dolor al tragar (odinofagia) ¹⁴.

Resfrío Común: Conocido como Rinofaringitis aguda o Catarro de Vías Aéreas Superiores (CVAS), es la infección más frecuente en los niños y se caracteriza principalmente por rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Su etiología es predominantemente viral, encontrándose ocasionalmente agentes bacterianos, en forma secundaria, en casos de sobreinfección. Los agentes más importantes son el *Rinovirus*, el *Coronavirus* y el *VSR*. Los niños presentan en promedio 5 a 8 infecciones al año, con una incidencia máxima en el menor de dos años. El período de incubación es corto, pudiendo ser incluso de pocas horas, y el cuadro dura generalmente de 3 a 7 días. La transmisión viral se produce por vía aérea desde un enfermo o portador. La infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y rinofaríngea, donde se produce un fenómeno de inflamación local, rinorrea y la obstrucción nasal. En los lactantes el cuadro comienza habitualmente con fiebre, irritabilidad, decaimiento, estornudos y ruidos nasales. Pronto aparece rinorrea, inicialmente serosa, que se va transformando en mucosa al pasar los días hasta adquirir aspecto mucopurulento y desaparecer dentro de la primera semana. Mientras más pequeño el niño, más depende de su respiración nasal, por lo que esta obstrucción puede incluso producir síntomas de dificultad respiratoria. Puede haber fiebre ¹⁰.

Otitis: Los oídos, anatómicamente están divididos en oído externo, oído medio y oído interno, por ello su inflamación puede ser Otitis Externa Aguda, Otitis Media Aguda (OMA) o crónica. La afección del oído interno se denomina laberintitis. Nos referiremos a la OMA. En un proceso catarral o infección de vías respiratorias altas, el moco de vías aéreas pasa al oído por disfunción mecánica de la Trompa de Eustaquio, se transforma en un líquido purulento e inflamación del oído medio, suelen debutar con fiebre y dolor (otalgia), posteriormente aparece la supuración purulenta o incluso con pequeños restos de sangrado que suele coincidir con la desaparición del dolor que es producido por la distensión de la membrana timpánica y su posterior perforación y sensación de oído tapado que provoca hipoacusia. También suelen presentar dolor en la región mastoidea, signos de meningismo (vómitos, cefalea, fotofobia) y mareos. Los procesos de otitis a repetición son más frecuentes en el período preescolar cuando los niños están en las guarderías por la mayor incidencia de procesos catarrales. Otros factores de riesgo son convivir con fumadores, ausencia de lactancia materna, alimentar al niño acostado, natación, sexo masculino e inmunodeficiencias. Los gérmenes que frecuentemente están implicados en la producción de infecciones en esta localización son *Neumococo* y *Hemophilus influenza*, *VSR* y *rinovirus* son los más frecuentes ¹⁴.

Generalmente hay una recuperación completa luego de tratarse, en un porcentaje muy pequeño puede afectar otros sitios aledaños provocando laberintitis, mastoiditis, parálisis facial, meningitis.

Sinusitis: Los senos paranasales son cavidades llenas de aire localizadas en los huesos alrededor de las fosas nasales, son ocho, cuatro de cada lado, están comunicados con la nariz a través de los meatos medio y superior. Son los senos frontales, maxilares, etmoidales y los esfenoidales. Nacemos con los senos maxilares y los etmoidales, a los dos años aparecen los frontales y por último, entre los 3 y 4 años se forman los esfenoidales. La inflamación de su mucosa se denomina sinusitis, suele estar afectada también la mucosa nasal dando procesos rinosinuales. Los agentes etiológicos son virus y bacterias. Los síntomas que presenta son los de un cuadro catarral más intenso, con fiebre alta, secreciones nasales abundantes, dolor facial con sensibilidad de la piel, edema y dolor alrededor o detrás de los ojos, cefalea ¹⁴.

Laringitis: La laringe es un tubo cartilaginoso cilíndrico hueco que se ubica en el cuello debajo de la faringe y se extiende hasta la tráquea, en su interior se encuentran las

cuerdas vocales, y en el extremo superior de éste órgano se halla la epiglotis que es una válvula que cierra la laringe durante la deglución, protegiendo la vía aérea inferior del paso de los alimentos. La inflamación de la mucosa laríngea recibe el nombre de laringitis. Las laringitis infantiles se presentan en niños de 6 meses a 8 años, se dividen de acuerdo a donde se produzcan con respecto a la glotis (orificio delimitado por las cuerdas vocales) en: glóticas, supraglóticas, sublóticas (crup viral) y difusas o panlaringitis. Clínicamente presentan disfonía, fiebre, odinofagia, babeo, el niño se encuentra con la cabeza hacia delante con el cuello estirado y la boca abierta, estridor, dificultad respiratoria, mal estado general que rápidamente empeora con taquipnea, tos perruna, tiraje intercostal, hundimiento esternal, cianosis, sudación, disminuye el estridor, paciente letárgico y agotado. La mayoría de los casos mejora espontáneamente, otros deben ser hospitalizados y algunos entubados ¹⁴.

Puntaje para la evaluación clínica de laringitis

Síntomas	Puntaje			
	0	1	2	3
Estridor	Ausente	Leve	Moderado	Grave (a)
Retracción	Ausente	Leve	Moderado	Grave (b)
Entrada de aire	Normal	Disminución leve	Disminución moderada	Pálido, cianótico Letárgico o deprimido
Color	Normal			
Conciencia	Normal	Intranquilo	Ansioso	

a: en inspiración y espiración o ausente con disminución considerable de la entrada de aire

b: empleo considerable de los músculos accesorios. Disminución considerable.

Traqueobronquitis Aguda: Enfermedad inflamatoria aguda de las mucosas del árbol traqueobronquial, de origen viral, los más frecuentes son los *adenovirus*, *parainfluenza* y *sincitial respiratorio*. Buen pronóstico y curso autolimitado, causa importante de pérdida de días escolares. Comienza con un catarro de vías aéreas superiores, con fiebre, luego aparece tos seca o perruna, que se vuelve productiva con secreciones

purulentas. La tos provoca dolor retroesternal (en corbata) por la afección traqueal. Puede presentar náuseas y vómitos por la deglución de mucosidad. Período de recuperación 1 ó 2 semanas ¹⁵.

Bronquiolitis: La bronquiolitis (BQL) es una enfermedad aguda de origen viral, que se caracteriza por afección de la pequeña vía aérea (obstrucción). El principal causante es el *Virus Sincitial Respiratorio (VSR)*, otros menos frecuentes son el *Adenovirus* y los *Influenza*. Clínicamente se define como el primer episodio de obstrucción de la vía aérea baja con tiraje, sibilancias, taquipnea, espiración prolongada, asociado a un proceso catarral de vías aéreas superiores de origen viral en un niño menor de 2 (dos) años, en época epidémica.

Los factores relacionados con mayor gravedad son: edad gestacional menor de 35 semanas, otras patologías concomitantes como fibrosis quística, cardiopatías congénitas, inmunodeficiencias o alguna enfermedad neonatal, edad menor de 3 (tres) meses, rápida progresión de los síntomas y afectación del estado general. La hipoxia (saturación menor de 95%) es el mejor predictor de gravedad en la bronquiolitis. Otra forma es usando el Puntaje Tal ¹⁵.

Evaluar gravedad de la bronquiolitis. Puntaje Tal

Puntaje	FC	FR	Sibilancias	Uso de músculos accesorios
0	< 120	< 30	No	No
1	120 – 140	30 – 40	Fin espiración	Tiraje leve
2	140 – 160	40 – 60	Insp/ Esp	Tiraje generalizado
3	> 160	> 60	A distancia	Tiraje + aleteo nasal

Síndrome Bronquial Obstructivo: El Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) se caracteriza por presentar sibilancias, taquipnea y tiraje. Constituye la forma de presentación más frecuente de las infecciones virales en menores de 5 años. Según la OMS la taquipnea debe ser mayor a 60/ minuto en menores de 2 meses, mayor a 50/ minuto en menores de 12 meses y mayor a 40/ minuto en niños de 1 a 5 años. Un 50% de los lactantes y niños pequeños presentará uno o más episodios de obstrucción bronquial hasta los 3 años de edad, disminuyendo a un 30% a los 5 años. Los cuadros recurrentes, con 3 o más episodios, constituyen el llamado SBO recurrente o “niño

sibilante”. Se manifiesta durante una infección respiratoria (bronquiolitis, neumonía) o puede ser una reagudización de un SBO recurrente o BOR. De etiología generalmente viral, principalmente el VSR, menos frecuente el *Parainfluenza Virus*, el *Influenza A y B* y los *Adenovirus*. Clínicamente comienza con un cuadro catarral de las vías aéreas superiores con fiebre, mialgias, tos no productiva y sibilancias, luego se agregan signos de dificultad respiratoria: taquipnea y tiraje, completándose el síndrome obstructivo. Se usa la Tabla Tal para determinar la severidad de la dificultad respiratoria, de acuerdo a esta escala se obtienen tres grados:

Leve: 0 – 4 puntos (saturación de oxígeno > de 95%).

Moderada: 5 – 8 puntos (saturación de oxígeno 90% – 95%).

Grave: 9 – 12 puntos (saturación de oxígeno < de 90%)¹⁶.

Neumonía: Es la infección del parénquima pulmonar, alveolar y/o intersticial, el alveolo se llena de líquido purulento, lo que hace dolorosa la respiración y disminuye la absorción de oxígeno, que provoca una imagen radiológica característica (opacidad o vidrio esmerilado). Alrededor del 75% de los casos son producidos por el *Streptococo pneumoniae* y el *Hemophilus influenzae tipo b*, en las de origen vírico, el VSR es el más frecuente. Se transmite por vía aérea a través de las gotitas de flügge, por continuidad en los casos que los microorganismos se encuentran en orofaringe y por vía sanguínea. Clínicamente generalmente está precedida de un proceso catarral de vías aéreas superiores, que evoluciona rápidamente con mal estado general. 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. Los lactantes con afectación muy grave pueden ser incapaces de comer o beber, y pueden presentar pérdida de consciencia, hipotermia y convulsiones. En niños mayores es frecuente el dolor costal por afección pleural.

La prevención de la neumonía es una pieza fundamental en toda estrategia para disminuir la mortalidad infantil: la inmunización contra el *H. Influenzae* tipo b, neumococo, sarampión y el coqueluche; una nutrición adecuada; la lactancia materna;

una buena higiene; evitar fumar en el ambiente donde se encuentran los niños y la calefacción con biomasa ¹⁵.

COMPLICACIONES DE LAS IRAs

Durante el cuadro agudo ^{15, 16}:

- Apneas
- Deshidratación
- Shock
- Paro respiratorio
- Meningitis
- Muerte

En el mediano plazo

- Sobreinfección bacteriana si es de etiología viral
- Atelectasias persistentes
- Hiperreactividad persistente

En el largo plazo

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Postinfecciosa (EPOP): Bronquiolitis obliterante, bronquiectasias, atelectasias y/o neumonía intersticial con hipoxemia crónica
- Hipoacusia en la OMA a repetición
- Facie adenoidea
- Trastornos en los dientes y en el paladar
- Trastornos del sueño. Apnea del sueño
- Fiebre reumática
- Glomerulonefritis aguda post estreptocócica

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ENFERMEDAD GRAVE

Estos factores están divididos en dos grupos: 1) relacionado con el niño, su familia y su ambiente y 2) determinados por el sistema de salud ¹⁷.

Determinantes relacionados con el niño, su familia y su ambiente:

- Al nacer: Tabaquismo activo y pasivo durante la gestación, anomalías congénitas, prematurez, bajo peso, traumatismo al nacer, enfermedad neurológica congénita.
- Después del nacimiento: Falta de lactancia materna, malnutrición, desnutrición, hacinamiento, exposición a contaminantes domiciliarios (calefacción con carbón, convivir con fumadores) o ambientales, cambios bruscos de temperatura.
- Condiciones generales de la familia y de los responsables del cuidado y atención del niño: Bajo nivel de instrucción de la madre o los cuidadores (analfabetismo funcional o literal), marginalidad, pobreza, desocupación.
- Condiciones específicas de la familia y de los cuidadores con respecto a la atención de la salud: Falta de percepción de signos de alarma, inaccesibilidad a los servicios de salud, falta de higiene, control inadecuado de la salud (fallas en procreación responsable, inmunizaciones, control de embarazo).

Determinantes relacionados con el sistema de salud:

- Falta de acceso, total o parcial, geográfica, económica, social, a los acciones preventivas y curativas. Esto incluye la falta de servicios y de personal médico, enfermero o en los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Fallas en el personal de salud en la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las IRAs, tanto ambulatorio como hospitalario.
- Carencia de planes específicos y políticas de gestión de recursos.
- Falta de programas especiales para grupos de alto riesgo.

TRATAMIENTO DE LAS IRAs

La mayoría de los niños se tratan en domicilio ¹⁵. La fase crítica son las 48 – 72 primeras horas. El objetivo fundamental es mantener una adecuada hidratación y oxigenación.

1. Mantener permeable la vía aérea

- Mediante lavado con solución fisiológica y aspiración de secreciones.
- Elevar la cabeza de la cuna (posición 30°) y boca arriba.

2. Alimentación e hidratación.

- Toma fraccionada (previa desobstrucción de la nariz).

3. Medidas ambientales: Evitar irritantes.

- Evitar el humo del tabaco.
- Mantener el ambiente alrededor de 20° C.

4. Antipiréticos: Paracetamol o ibuprofeno si la temperatura supera los 38° C.

5. Los antibióticos sólo se usan en los casos que el origen es bacteriano (OMA, amigdalitis pultácea) o sobreinfección en las de etiología viral.

6. Síndrome Obstructivo Bronquial. Plan de Hospitalización Abreviada (PHA) ¹⁶:

Seguimiento del paciente durante dos horas de tratamiento a partir de una evaluación clínica al inicio, a la primera y a la segunda hora, respectivamente. La valoración de severidad de la enfermedad se realiza con la escala de Tal, administrando oxígeno (al paciente hipoxémico / Tal >9), y Salbutamol inhalado (aerosol presurizado o en nebulización) 200 mcg c/10 a 20 minutos 3 veces en la primera hora, según evolución. Si hay buena respuesta se continúa con Salbutamol inhalado cada 6-8 hs. en su domicilio y se controla en 24 hs. Si no hay mejoría se repite el procedimiento en la 2ª hora. Si mejora, se retira al domicilio con medicación ambulatoria, Salbutamol inhalado cada 6 a 8 hs. Si no mejora, se decide su ingreso al hospital.

7. Criterios de internación:

- Apneas
- Dificultad para alimentarse
- TAL > 5 después de 2 (dos) horas de tratamiento
- Saturación < 92% y cianosis
- Deshidratación
- Riesgo social: La incapacidad de la familia o cuidadores para la observación y seguimiento del niño y la distancia del domicilio al hospital.

8. Dar una adecuada información por escrito a los padres sobre la enfermedad, evolución y signos de alarma.

9. Signos de alarma:

- Fiebre sostenida que no responde a las medidas habituales.
- Episodio de apnea o cianosis.
- Aumento de la frecuencia respiratoria y/o del trabajo respiratorio.
- No ingiere líquidos o presenta vómitos a repetición que impiden rehidratación.
- Mal estado general, somnoliento o muy irritable.

10. Control en las próximas 24 - 48 hs.

PREVENCIÓN DE LAS IRAs

A - Medidas generales de prevención de las IRAs

- Cumplir con el esquema obligatorio de vacunación.
- Promover la lactancia materna.
- Nutrición equilibrada.
- Evitar los irritantes ambientales: No fumar en la habitación donde se encuentran los niños, no usar braseros y si no es posible, que haya circulación de aire para que no se acumule humo o gases.
- Tomar abundante líquido.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura y el contacto con personas enfermas.
- Evitar el hacinamiento.
- Medidas generales de higiene.

B – Medidas específicas de prevención de las IRAs

- Vacuna antigripal en pacientes de alto riesgo de complicaciones: Anti Influenza A y B.
- Palivizumab: Anticuerpo monoclonal utilizado para la prevención del VSR en niños de alto riesgo (prematuros de menos de 28 semanas con o sin displasia broncopulmonar, prematuros menores de 32 semanas con enfermedad pulmonar grave, niños menores de 2 (dos) años con displasia broncopulmonar, niños menores de 6 (seis) meses con cardiopatías congénitas). Se administra en forma intramuscular, 15 mg/ kg/ dosis, una vez al mes, desde mayo a septiembre.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Estudios de temática semejante, realizados en otros países latinoamericanos, han arrojado los siguientes resultados:

1. En Perú, el 52% de las madres conocen los signos y síntomas más comunes de los problemas respiratorios (tos, secreción nasal y dolor de garganta). El 73 % sólo reconoce un solo factor de riesgo (cambio de clima). En un alto porcentaje las madres automedican a sus hijos o utilizan remedios caseros, que pueden ser inocuos o perjudiciales. Existe en muchas ocasiones una gran brecha cultural, donde las acciones preventivas o de capacitación del modelo biomédico o medicina alopática resultan ajenas a las comunidades ¹¹.

2. En México ocurre algo similar, las madres que automedican a sus hijos es alrededor del 43%, las que usan remedios caseros corresponde al 34% y sólo el 21% usa medidas de apoyo ^{11,18}.
3. En Paraguay el 74% de las madres encuestadas respondieron que actúan de forma inmediata para tratar las infecciones respiratorias agudas. El 68% de las madres realizan todas las actividades para prevenir las IRAs ¹¹.
4. En Cuba con respecto al grado de conocimiento de la población sobre las IRAs el 36,3% conocía la sintomatología, con respecto a las formas de evitarlas se observó escasos conocimientos, ya que el mayor porcentaje alcanzado fue del 35,7. Existen escasos conocimiento sobre qué es una Infección Respiratoria Aguda, sus síntomas, la vía de transmisión, los factores favorecedores, las formas de prevención y la conducta a seguir en cuanto al uso de antibióticos en dependencia de sus causas ¹⁹.
5. En Bolivia, con el objetivo de determinar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en IRAs y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), la mayor proporción de madres entrevistadas tenía en promedio 28 años y un grado de escolaridad primario (79.8%). Con relación a EDA, aproximadamente la mitad reconoció la deshidratación severa (58.2%) y la disentería (59.5%) como signos de alarma. En relación a IRAs, aproximadamente un tercio consideró signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e identifica la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos (51.9% y 48.1% respectivamente), concluyendo que la falta de reconocimiento de signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbimortalidad infantil ²⁰.
6. En Argentina, no se encontraron investigaciones sobre el tema al realizar la revisión bibliográfica.

Por lo expuesto en dichas investigaciones podemos inferir que si bien existen en las instituciones de salud diversos dictámenes de asistencia contra dicha enfermedad, es frecuente encontrar madres, padres, grupos de familiares y comunidades poco organizadas para el reconocimiento inmediato del riesgo de las mismas.

Actualmente los programas maternos infantiles se dirigen con mayor énfasis hacia el campo de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades para disminuir la tasa de morbimortalidad infantil, la intención de nuestro trabajo de investigación es conocer el nivel de conocimientos que poseen los padres en relación a los signos de alarma con IRAs y sus posibles complicaciones teniendo como objetivo el describir el nivel de conocimiento que manejan padres o cuidadores e implementar medidas en la prevención basada en el conocimiento e identificación de signos de alarma; para administrar el tratamiento adecuado en el hogar o comprender si la situación se complica.

MODELOS ENFERMEROS

Dorothea Orem²¹ introduce en Enfermería el concepto de autocuidado definiéndolo como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Para la autora, los seres humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexionar sobre sí mismos y sobre su ambiente, por ser capaces de simbolizar lo que experimentan usando creaciones simbólicas (palabras, comportamientos) en pensamientos, comunicación y por estar aptos para hacer cosas que son benéficas para sí mismos y para los demás.

Enfatiza en sus escritos, que la realización del autocuidado requiere de una acción deliberada, intencionada, calculada y que está condicionada por el conocimiento y habilidades de un individuo. Esta teoría tiene como supuesto que el autocuidado no es innato, *que las conductas se aprenden durante el crecimiento y desarrollo del ser humano.*

Dentro de los presupuestos de Orem, la necesidad de autocuidado existe, y la capacidad y habilidad para satisfacer éstas necesidades dependen de las habilidades cognitivas y motoras, del nivel emocional, de la edad y de las influencias culturales y familiares del propio individuo o de sus agentes.

A partir de ésta teoría se articulan tres conceptos:

1. Agente de autocuidado: persona responsable de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.
2. El agente de autocuidado dependiente: persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él.

3. Agente de autocuidado terapéutico: la persona que da el cuidado es un profesional de enfermería.

La teórica relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado y que son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo (niñez, adolescencia, adultez y vejez) y los clasifica en tres categorías:

1. Requisitos de autocuidado universales (mantenimiento del aporte de aire, agua y alimentos, procesos de eliminación, equilibrio entre actividad y descanso, equilibrio entre interacción social y soledad, promoción de la salud y prevención de peligros para la vida).
2. Requisitos de autocuidado para el desarrollo (relacionados con ciclo vital).
3. Requisitos de autocuidado ante las desviaciones de salud (relacionados con las personas que están enfermas o lesionadas, incluye defectos y discapacidades).

Estos requisitos permiten tomar medidas sanitarias en momentos concretos o a lo largo de un período de tiempo.

Para Orem, los niños poseen capacidades limitadas para atender sus requisitos de autocuidado, lo que obliga a los padres o sustitutos a asumir la satisfacción de los mismos (agentes de autocuidado dependiente). Cuando la capacidad del menor, de sus padres o sustitutos es limitada frente a la demanda es necesaria la intervención de un profesional de enfermería.

El uso de este modelo nos permite evaluar la capacidad de los individuos (agente de autocuidado) con respecto al mantenimiento de la salud y la manera de enfrentar la enfermedad y sus posibles complicaciones.

Las madres deben estar en condiciones de ofrecer un entorno sano, limpio y seguro para proteger el derecho de sus hijos a la vida, de modo que la consulta tardía de la madre ocasiona retraso y falta de tratamiento a su debido tiempo, por eso el enfermero/a desde el lugar de trabajo debe saber impartir sus conocimientos a través de la educación para la salud de manera integral.

Otra teórica de Enfermería que defiende que las conductas saludables son aprendidas y enseñadas, y por lo tanto puede ser modificada, es la Licenciada en Enfermería, Nola Pender, con su Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresa que la conducta está

motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, enfatiza el nexo entre las características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr ⁴.

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos:

1.-Teoría de aprendizaje social (Albert Bandura), el mismo postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento:

- Atención (estar expectante ante lo que sucede).
- Retención (recordar lo que uno ha observado).
- Reproducción (habilidad de reproducir la conducta).
- Motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

2.- Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana (Feather), afirma que la conducta es racional, considerando que el componente motivacional para conseguir un logro, es la intencionalidad, la cual es entendida como el compromiso personal con la acción, constituyendo un componente motivacional decisivo.

Principales supuestos

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
- Tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
- Las personas valoran el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.

- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

Conceptos principales

1. Conducta previa relacionada: Se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.
2. Factores personales: Son factores predictivos de cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.
3. Factores personales biológicos: Edad, sexo, capacidad aeróbica, fuerza. Agilidad, equilibrio.
4. Factores personales psicológicos: Autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido, definición de salud.
5. Factores personales socioculturales: Raza, etnia, formación, estado socioeconómico.

Variables específicas de la conducta y el afecto (modificables mediante las acciones de enfermería):

- 1.- Beneficios percibidos de acción: Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud. Ejemplo: Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.
- 2.- Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada. Ejemplo: La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir en su intención de llevarla a cabo.
- 3.- Autoeficacia percibida: Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. Éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque *representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta*. La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible puede influir en la realización de la misma.
- 4.- Afecto relacionado con la actividad: Hace referencia a los sentimientos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta.

5.- Influencias interpersonales: Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Influyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de comportamientos ajenos). Fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, parejas y los cuidadores de salud. Se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos.

6.- Influencias situacionales: Percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta.

7.- Conducta promotora de la salud: resultado de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Ejemplos: dieta sana, ejercicio físico regular, control del estrés, descanso adecuado, crecimiento espiritual, construcción de relaciones positivas ²².

IRAs Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

PROGRAMAS Y PLANES

La Atención Primaria en Salud (APS), es definida por la OMS (2000) como “estrategia específica de asistencia en salud para ser ofertada a las comunidades con principios de equidad y justicia”, significa la participación de una asistencia directa basada en métodos y tecnologías prácticas con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Actualmente en Latinoamérica se han logrado avances en condiciones de salud a partir de los resultados obtenidos por decisiones políticas de sus países, que priorizan una atención integral de las personas y comunidades a un costo razonable y ha permitido extender la cobertura asistencial a los grupos más vulnerables ⁷.

La Promoción de la Salud se define como el proceso para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre el mismo (Carta de Ottawa, 1.996).

Priorizar una estrategia, como es la APS, que involucre al paciente en el cuidado de su propia salud y que permita la participación comunitaria en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención, es la mejor manera de alcanzar mejores resultados en salud ⁶.

Esto ha permitido formular programas específicos que se han implementado en los planes de desarrollo, como es el Programa de Control de las IRAs, que la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Regional para las Américas han creado, el cual establece un grupo de objetivos centrales en la estrategia creado, el cual establece un grupo de objetivos centrales en la estrategia de enfrentamiento de estas enfermedades, que se resumen en los siguientes:

1. Reducción de la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.
2. Disminución del uso de antibióticos y de otros medicamentos en el tratamiento de las IRAs en menores de 5 años.
3. Reducción de la frecuencia de complicaciones de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.
4. Reducción de la incidencia y la gravedad de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores ².

En el año 1994, en la República Argentina se dicta la Ley Nacional 6124 que determina la creación del Plan Materno Infantil y la libreta sanitaria obligatoria. En ella se establecen políticas y estrategias para la protección de las mujeres embarazadas, madres y niños hasta los 5 años con este plan.

En el año 2004 se implementó el Plan Federal de Salud que pone énfasis en la APS y en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). El primer desafío sustantivo de este Plan es disminuir la mortalidad infantil (MI) ⁶. La neumonía es la tercera causa de muerte en niños menores de 5 años.

Estos planes están asistidos por el Programa REMEDIAR (2002), que fue creador para garantizar el acceso a medicamentos esenciales a aquellas personas que concurren a los centros de atención pública a la consulta ambulatoria, que no tengan cobertura social y estén por debajo de la línea de pobreza. Estos medicamentos se entregan en los CAPS en forma de botiquines.

Un subprograma específico para atención y prevención de las IRA, el Programa Nacional para las Infecciones Respiratorias Bajas (Programa IRAB), que depende del Programa Materno Infante Juvenil, destinado a la protección de niños de 0 a 6 años y a la disminución de la mortalidad Infantil por estas patologías.

Otro que directamente actúa en la prevención de las enfermedades infecciosas, entre las que se encuentran estas patologías, es la Dirección Nacional del Control de

enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI) con su Programa Nacional en el Control de las Enfermedades Inmunoprevenibles y sus campañas de vacunación.

Una campaña, destinada a medidas preventivas en época invernal, donde se presentan en forma epidémica las IRA, se denomina “Cuidados en el Invierno”: vacunación antigripal, información sobre las IRA, advertencias para evitar intoxicaciones con monóxido de carbono.

En febrero del 2014 la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) firmó un convenio con la provincia de Mendoza para cooperar en la implementación de un plan de acción destinado al mejoramiento de la salud materno- infantil.

Autoridades de Salud y consultores de la Representación de Argentina de la OPS/OMS trabajaron en la identificación de acciones en conjunto beneficiosas para mejorar la salud infantil y materna (en sintonía con los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5), que se reflejaron en la firma de este convenio de cooperación técnica. Así, se busca fortalecer y complementar las líneas estratégicas delineadas en el plan operativo para la reducción de mortalidad materno-infantil y adolescentes del Ministerio de Salud de la Nación.

El convenio contempla un plan de acciones temporalizadas con las contrapartes para avanzar de manera ordenada en políticas sanitarias sobre la mujer, niñez y adolescencia. Además, se trabaja sobre un sistema de información de indicadores de la salud de la mujer y perinatal y en un sistema de vigilancia activa de la morbimortalidad, aplicando algoritmos preestablecidos ante la ocurrencia de eventos potencialmente fatales. Asimismo, prevé la implementación de hogares maternos para el cuidado oportuno y adecuado de las madres en situación de vulnerabilidad, el dictado de cursos virtuales a través del lanzamiento de la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud de Mendoza y la puesta en marcha de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

La AIEPI es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. La estrategia puede ser

aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de 5 años, entre ellos, los padres.

Con el objetivo de optimizar la formación del personal sanitario, el Ministerio de Salud realizó las 1° Jornadas de AIEPI Comunitario para Agentes Sanitarios en la Provincia de Mendoza y contó con el apoyo de la Fundación Garrahan y la Universidad Maimónides.

Las autoridades sanitarias locales decidieron iniciar esta capacitación en un primer momento a los agentes sanitarios, ya que ellos están en íntimo contacto con la comunidad a la que asisten y son los primeros eslabones en la promoción de la salud, siendo el nexo entre las familias y los servicios de salud.

Los dos encuentros se realizaron en el hospital Ramón Carrillo y en el Centro de Congresos de Tunuyán participaron cerca de 100 agentes sanitarios de Lavalle, Godoy Cruz, Capital, Las Heras, Guaymallén, Maipú, Luján, La Paz, Santa Rosa, Rivadavia, Junín, San Martín, Tupungato, San Carlos, Tunuyán, San Rafael, General Alvear y Malargüe²³.

ACERCA DE LA AIEPI

Es una estrategia para mejorar la salud infantil, que se basa en evidencias científicas y es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño.

Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios.

Entre los objetivos de la estrategia se destacan el perfeccionamiento de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos, la mejora general de los sistemas de salud y la optimización de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades.

En los centros sanitarios, la AIEPI promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños con enfermedades graves.

En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la mejora de la nutrición, la atención preventiva y la aplicación correcta del tratamiento prescrito²⁴.

IRAs Y ENFERMERÍA

El papel del enfermero, además de su labor asistencial, es orientar, guiar y educar a la comunidad respecto a los cuidados y promover el auto cuidado en las personas con capacidad física y/o mental para hacerlo.

Hoy no hay duda que la participación de enfermería es una premisa fundamental para la promoción de la salud en la vida de las poblaciones. Desde su rol de educador el profesional de enfermería tiene las herramientas para brindar a los ciudadanos herramientas que les permitan ejercer su derecho a participar libre y conscientemente en la promoción, prevención, curación y recuperación de la situación de salud.

La intervención de enfermería debe ser basada en el conocimiento real y actualizado, promoviendo estrategias de participación integral en todos los temas de su incumbencia y dirigidos principalmente hacia la educación para la salud. Instruir a la población en la identificación temprana de todos los signos y síntomas de alarma de las enfermedades en general, y de las IRAs en particular, a fin de planificar cuidados oportunos y de calidad, ya sea individual, familiar y/o comunitario.

El personal de enfermería cumple un rol protagónico en la atención integral del niño, sobre todo con respecto a las IRAs, porque es el primero que interactúa con el menor y sus padres, por eso es necesario que el/la enfermero/a esté capacitado y comprometido con el proceso de cuidado de la salud, a fin de ofrecer atención de calidad. Así mismo, se hace imprescindible conocer y comprender las creencias y costumbres de la familia o comunidad con la que se trabaja, ya que permite a los profesionales de la salud brindar un cuidado holístico e integral al menor, respetando su cultura. También corresponde tener bien en claro que a la hora de realizar procedimientos y ejecutar las destrezas se debe saber aplicar una buena valoración clínica, es necesario saber identificar signos de alarma y otras peculiaridades relacionadas con el paciente. Si bien es cierto que es alta la proporción de estos cuadros son infecciones autolimitadas y de origen viral, el personal de la salud debe prestar especial atención a todos los pacientes con factores

de riesgos asociados que pueden ocasionar una mala evolución incluyendo casos de muerte potencialmente evitables¹⁹.

Además conocer indicadores epidemiológicos y llevar una vigilancia de IRAs es esencial para la planificación de actividades de prevención y control frente a los brotes estacionales de IRA bajas, esto nos va permitir tomar decisiones con respecto a la organización de servicios tanto ambulatorios como internación¹⁹.

Creemos que enfermería debe interferir a través de una estrategia de atención mancomunada, que le otorgue un significado especial a la relación con las comunidad y grupos de apoyo, incentivando a las personas para que dejen de ser objeto de atención y se conviertan en actores a fin de que puedan involucrarse en las tomas de decisiones, llevando lo más cerca posible la atención al niño menor de 5 años al lugar de su residencia, como un proceso permanente de asistencia y una contribución real a la aplicación en la identificación de casos y de factores coadyuvantes para que se den las IRAs.

Por último es responsabilidad del enfermero ofrecer cuidados específicos y de buena calidad y que la práctica que realiza sea fundamentada mediante experimentación intelectual e investigación constante.

Los niños representan el futuro, su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades.

“El tener capacidad para responsabilizarse de la salud significa tener los conocimientos y las habilidades necesarios para poder participar en la toma de medidas colectivas a favor de la salud sostenible dentro de la familia... La capacidad para responsabilizarse de la salud implica más que tener la capacidad de poder leer información referente a la salud; incluye la capacidad de utilizar esta información, convirtiéndola en conocimientos” (UNESCO, 2012).

CAPÍTULO II:
DISEÑO
METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

1- ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación es de **tipo cuantitativo** porque los datos obtenidos permiten su tratamiento matemático y su análisis estadístico.

2- ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

En razón de la revisión bibliográfica que se realizó, el alcance de la investigación es de **tipo Correlacional - Causal** porque tiene la finalidad de encontrar la relación, si es que la hay, entre el nivel de conocimiento sobre IRA de la población estudiada y la posibilidad de desarrollar una IRAb grave en los niños a su cuidado.

3- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es de **tipo No Experimental Transversal Descriptivo y Correlacional** ya que se describen las relaciones de las variables en un momento determinado.

4- HIPÓTESIS

“Los padres, tutores o encargados del cuidado de menores de 5 años con mayor nivel de conocimiento de las IRAs tendrán mayores probabilidades de evitar el desarrollo de una Infección Respiratoria Baja grave o alguna de sus complicaciones, en los niños a su cuidado”.

5- POBLACIÓN

La población de la investigación son 100 padres, tutores y/o encargados del cuidado de niños menores de 5 años con un cuadro de infección respiratoria aguda alta, que concurren a la guardia del Hospital Dr. H. Notti y a la Clínica de Garganta, Nariz y Oído S.A. de la ciudad de Mendoza, en el segundo semestre del año 2015. Se les realizó una encuesta a 50 personas en cada institución.

El Hospital Materno Infantil Dr. Humberto Notti es una institución pública de atención pediátrica integral en los tres niveles de atención, con gestión descentralizada. Situado en el departamento de Guaymallén, Mendoza.

La Clínica de Garganta, Nariz y Oído S.A. es un ente del sistema de atención sanitario de tipo privado, que atiende pacientes, adultos y niños, con patologías otorrinolaringológicas. Se ubica en la Capital de Mendoza.

6- MUESTRA

La muestra se seleccionó a partir de las consultas realizadas en dichos nosocomios, de datos obtenidos del Boletín Epidemiológico Oficial del Ministerio de Salud de Mendoza del año 2014 en el caso del Hospital Dr. H. Notti y de estadísticas propias en el de la Clínica de GNyO S.A. La muestra que se obtuvo es de 100 padres, tutores o encargados del cuidado del menor, distribuidos de manera igual, 50 encuestas en cada institución.

7- SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra fue de tipo probabilístico aleatorio, con un margen de error del 5%. Para seleccionar a los sujetos en estudio se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- a- Niños de 6 años o mayores.
- b- Niños menores de 6 años pero sin sintomatología sugestiva de IRAs.

8- HERRAMIENTAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento se elaboró un cuestionario.

Dicho cuestionario consta de 22 preguntas de respuestas cerradas que fue aplicado en forma personal a cada encuestado por parte de las investigadoras.

Los datos se organizaron de la siguiente manera:

- a- El consentimiento informado,
- b- Los seis primeros ítems son para recolectar datos demográficos,
- c- De la pregunta 7 a la 14 inclusive se utilizaron para caracterizar a las familias y determinar la existencia de factores de riesgo y

d- Desde la pregunta 15 a la 22 corresponden al test propiamente dicho, tipo múltiple opción con una sola respuesta correcta sobre conocimientos de la patología investigada.

9- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Antes de ser aplicado el instrumento sufrió varias modificaciones y ajustes hasta considerarlo adecuado y se solicitó el juicio de los profesores tutores.

No se realizó prueba piloto para probar el instrumento.

10- PROCEDIMIENTO EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Como primera instancia se solicitó el permiso pertinente para la realizar la encuesta en ambas instituciones, Hospital Dr. Humberto Notti y Clínica de GNyO S.A., luego de obtenerlo nos presentamos con la Jefa de Enfermería en el caso del ente público y la Jefa de Personal en el de la clínica privada para tener acceso a los diagnósticos y colaboración del personal.

Luego en la sala de espera de las guardias respectivas se les informó a los padres, tutores o encargados del cuidado de los menores que cumplían con los criterios de inclusión de la investigación y se les solicito su colaboración en la realización de la encuesta.

La aplicación del cuestionario duró aproximadamente 15 minutos por cada encuestado.

11- PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Luego de realizadas las encuestas se procedió a su tabulación y evaluación de las respuestas dadas por los encuestados. El test consta de 9 preguntas que comienzan con la indagación sobre la presencia del hábito tabáquico, como factor de riesgo importante y prevenible, el lugar dónde se realiza y luego se continúan las preguntas del test propiamente dicho. Cada respuesta correcta vale 1 (un) punto. El puntaje más alto que se puede obtener es 9, a los cuales se les va restando un punto si el encuestado fuma, si lo hace dentro de su casa o si responde alguna pregunta incorrectamente. El mayor puntaje corresponde a personas que no fumen y contesten correctamente todas las preguntas sobre conocimientos de las IRAs.

Luego se procedió a agruparlos y darles una valoración de la siguiente manera:

Puntaje 9 y 8 = Muy bueno

Puntaje 7 y 6 = Bueno

Puntaje 5 y 4 = Regular

Puntaje < 4 = Malo

12- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La siguiente investigación se apega a las normas éticas de respeto, consideración y trato igualitario a todas las personas encuestadas, no obligando a nadie a participar, la información obtenida es confidencial y anónima y no es perjudicial para los encuestados ni para los investigadores.

**CAPÍTULO III:
RESULTADOS:
DISCUSIÓN Y
PROPUESTAS**

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados en forma manual en el Programa Excel, para su presentación en gráficos a fin de realizar su análisis e interpretación.

DATOS DEMOGRÁFICOS

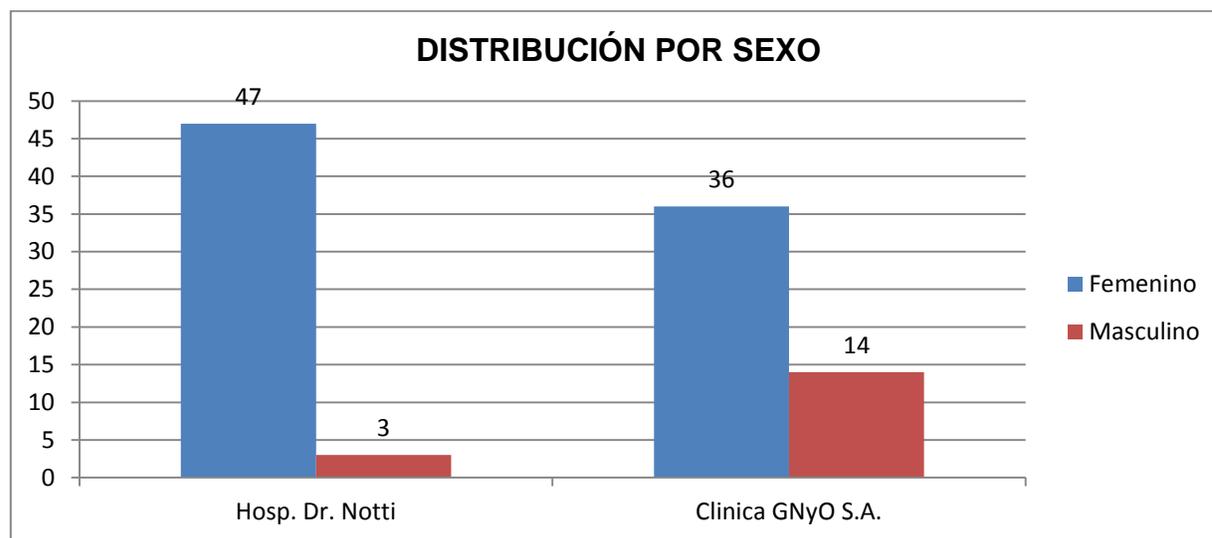
1- DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ENCUESTADOS

Tabla I: Distribución por sexo.

Sexo	Hosp. Dr. Notti			Clínica GNyO S.A.		
	F. A.	F. R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr. %
Femenino	47	0,94	94%	36	0,72	72%
Masculino	3	0,06	6%	14	0,28	28%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 1: Distribución por sexo.



Este gráfico refiere que en ambas instituciones el mayor porcentaje de padres, tutores y/o encargados corresponden al sexo Femenino.

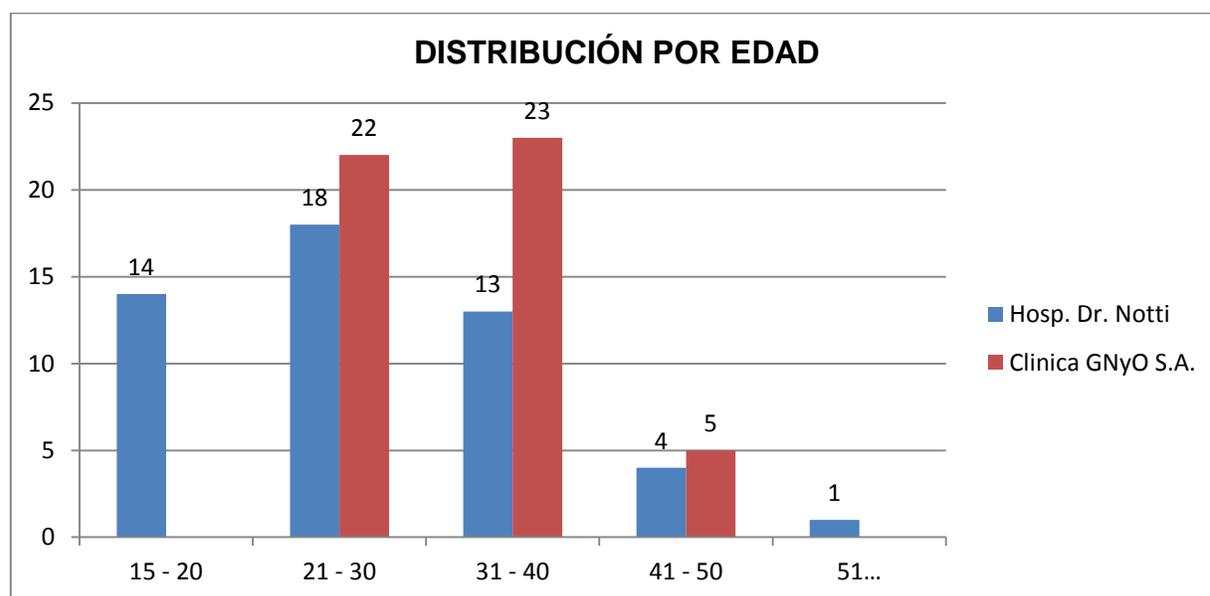
2- DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS ENCUESTADOS

Tabla II: Distribución por Edad

Edad	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A.	F. R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr. %
15 a 20	14	0,28	28%	0	0	0%
21 a 30	18	0,36	36%	22	0,44	44%
31 a 40	13	0,26	26%	23	0,46	46%
41 a 50	4	0,08	8%	5	0,1	10%
51 ó +	1	0,02	2%	0	0	0%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 3: Distribución por Edad



Este gráfico nos indica que el mayor porcentaje de encuestados que concurren al Hosp. Dr. Notti son personas menores de 30 años (64%), a diferencia de la Institución privada donde encontramos que el 56% tiene más de 30 años.

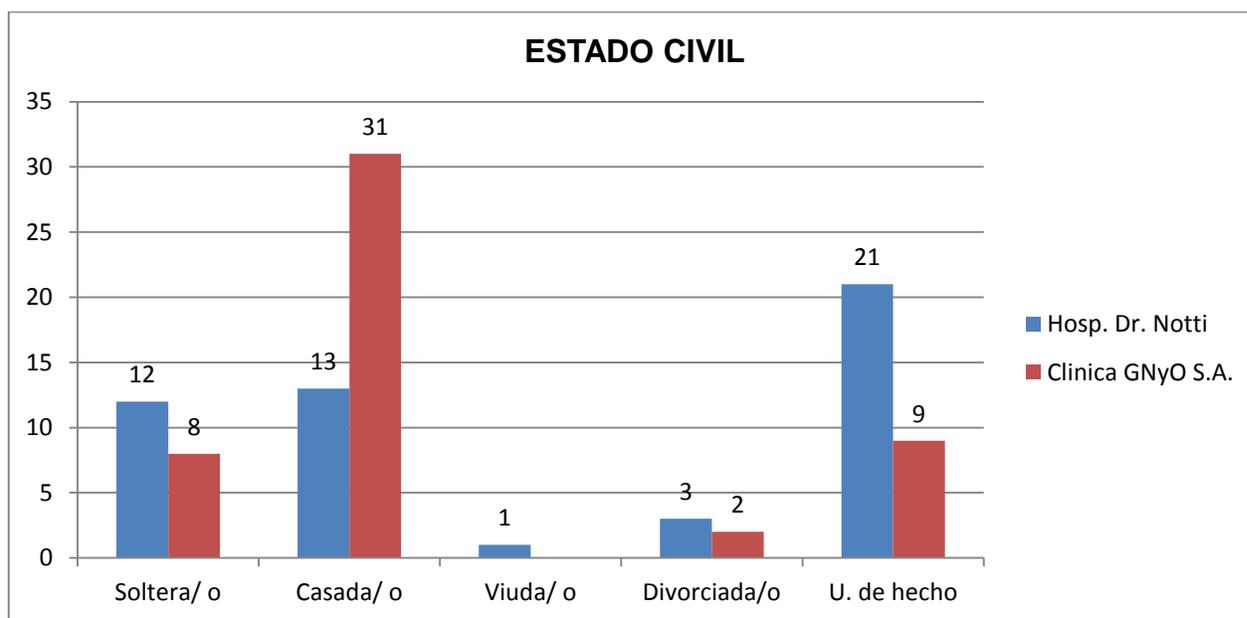
3- ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS

Tabla III: Estado Civil

Estado civil	Hosp. Dr. Notti			Clínica GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Soltera/ o	12	0,24	24%	8	0,16	16%
Casada/ o	13	0,26	26%	31	0,62	62%
Viuda/ o	1	0,02	2%	0	0	0%
Divorciada/ o	3	0,06	6%	2	0,04	4%
Unión de hecho	21	0,42	42%	9	0,18	18%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 3: Estado Civil



Se observa que en la tabla y gráfico que el estado civil preponderante en la parte pública es el que corresponde a la unión de hecho (44%) seguido con un 26% de individuos casados/as y un 24% de solteras/os, mientras que en la entidad privada encontramos que el mayor porcentaje corresponde a casados/as con un 62%, un 18% en la unión de hecho y solo un 16% de solteros/as.

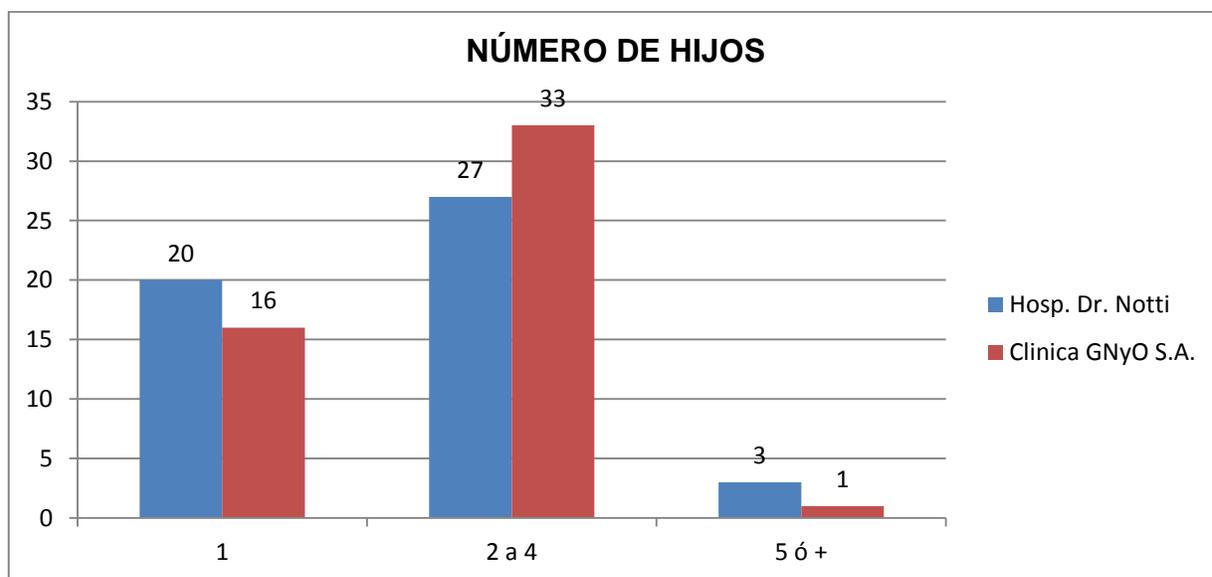
4- NÚMERO DE HIJOS A CARGO

Tabla Nº IV: Número de Hijos

Nº de hijos	Hosp. Dr. Notti			Clínica GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
1	20	0,4	40%	16	0,32	32%
2 a 4	27	0,54	54%	33	0,66	66%
5 ó +	3	0,06	6%	1	0,02	2%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 4: Número de Hijos a Cargo



En este gráfico se puede observar una similitud entre ambas instituciones en relación a la cantidad de números de hijos a cargo. Del total de las familias encuestadas, 60 % de ellas tienen entre 2 a 4 hijos, el 36 % tienen un solo hijo y con un porcentaje menor, el 4% los que tienen 5 o más niños a su cargo.

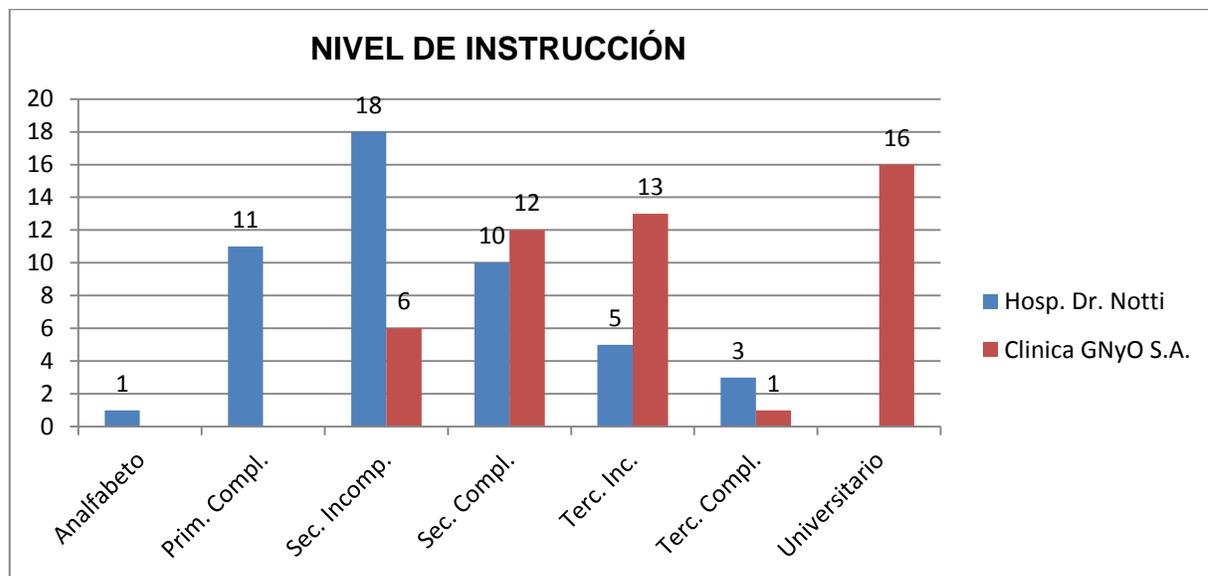
5- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR

Tabla V: Nivel de Instrucción

N. de Instrucción	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Analfabeto	1	0,02	2%	0	0	0%
Prim. Incompleto	2	0,04	4%	2	0,04	4%
Prim. Completo	11	0,22	22%	0	0	0%
Sec. Incompleto	18	0,36	36%	6	0,12	12%
Sec. Completo	10	0,2	20%	12	0,24	24%
Terc. Incompleto	5	0,1	10%	13	0,26	26%
Terc. Completo	3	0,06	6%	1	0,02	2%
Universitario	0	0	0%	16	0,32	32%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 5: Nivel de Instrucción



En este gráfico y tabla se evidencia que el mayor porcentaje de personas que asistieron al Hosp, Notti no ha completado el nivel secundario (36%), mientras que en la Clínica el porcentaje mayor corresponde al nivel universitario con un 32%.

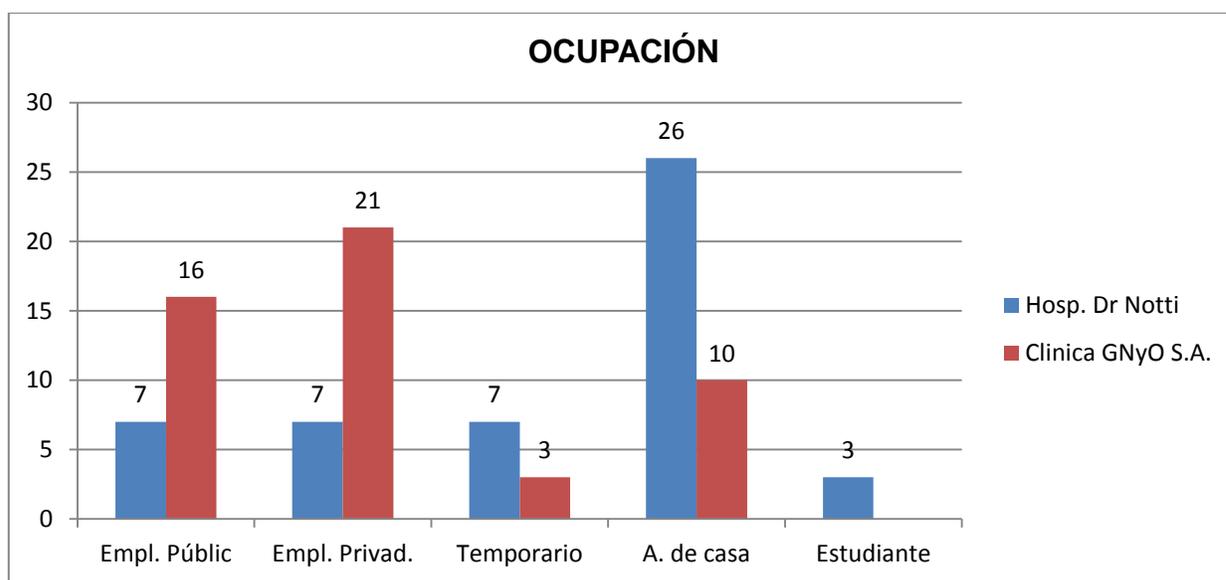
6- OCUPACIÓN DE LOS ENCUESTADOS

Tabla VI: Ocupación

Ocupación	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Empl. Público	7	0,14	14%	16	0,32	32%
Empl. Privado	7	0,14	14%	21	0,42	42%
Temporario	7	0,14	14%	3	0,06	6%
Ama de casa	26	0,52	52%	10	0,2	20%
Estudiante	3	0,06	6%	0	0	0%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 6: Ocupación



El mayor porcentaje de los encuestados en el Hospital Notti (52%) es ama de casa; en tanto que los empleos temporarios, públicos y privados constituyen el 14% cada uno, con un pequeño porcentaje de estudiantes (6%). En la Clínica solo un 20% se dedican a las tareas hogareñas y el 74% trabajan dentro del sector público (32%) y privado (42%), solo un 6% trabaja por temporadas.

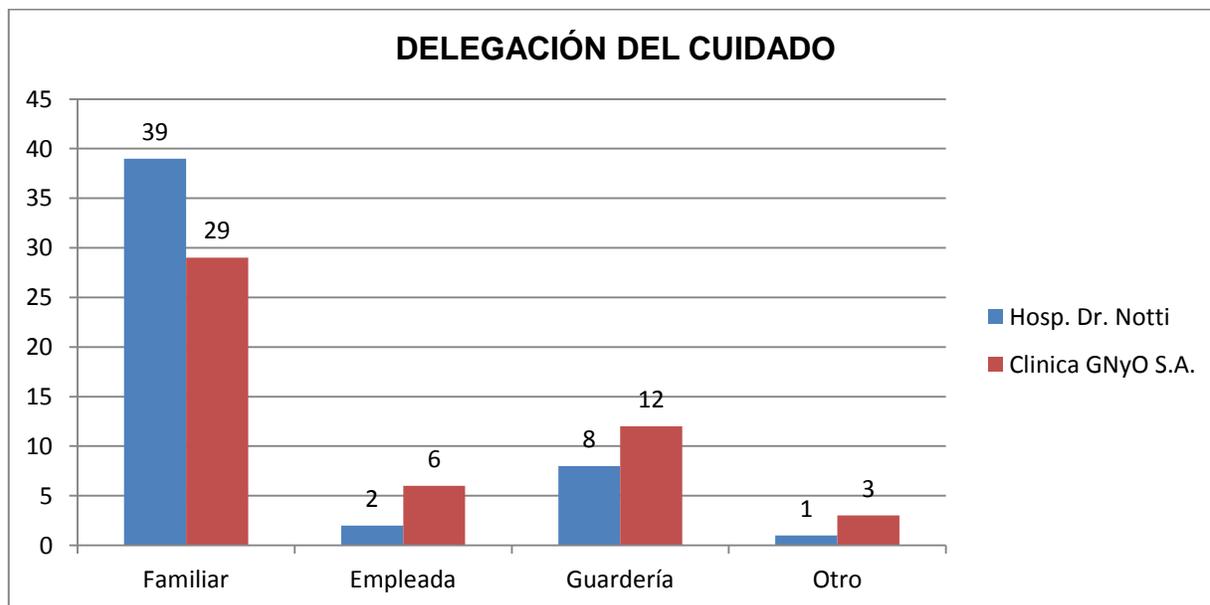
7- INVESTIGACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Tabla VII: Delegación del cuidado

CUIDADO	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNYO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Familiar	39	0,78	78%	29	0,58	58%
Empleada	2	0,04	4%	6	0,12	12%
Guardería	8	0,16	16%	12	0,24	24%
Otro	1	0,02	2%	3	0,06	6%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNYO S.A.

Gráfico N° 7: Delegación del cuidado



En ambas instituciones (Hosp. Notti y GNYO S.A.) la mayoría de las personas encuestadas delegan el cuidado de sus hijos en un familiar (78% y 58% respectivamente), seguido por un 16% y 24% que dejan a los menores en una guardería y un menor porcentaje respondió que dejan a sus hijos a cargo de una empleada y el porcentaje restante lo hace con otro tipo de cuidador (vecino, amigo, etc.).

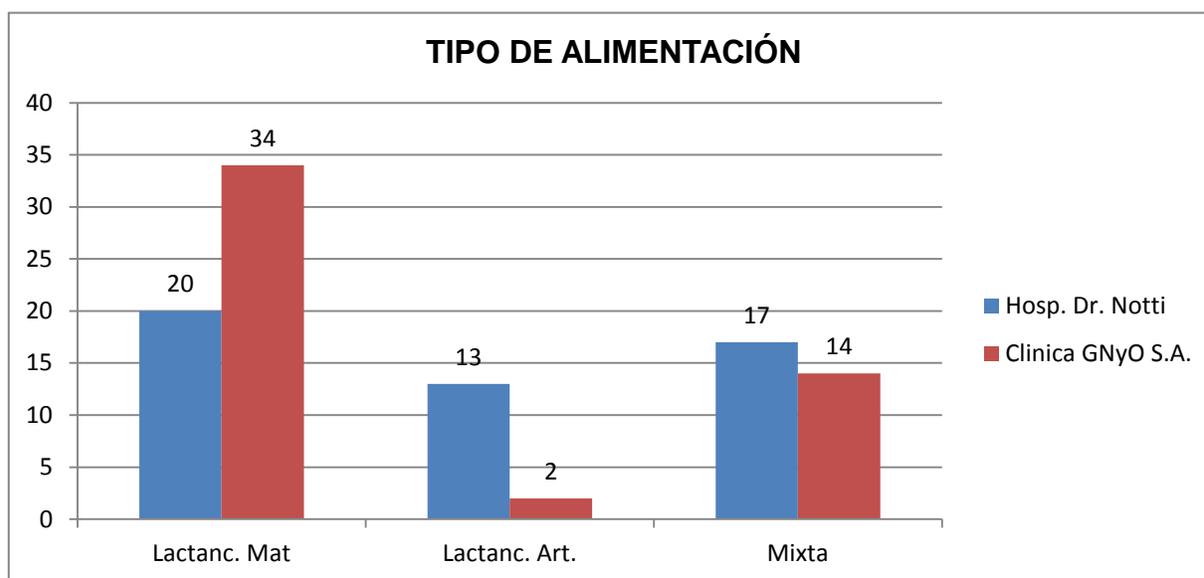
8- TIPO DE ALIMENTACIÓN RECIBIDA HASTA LOS 6 MESES

Tabla VII: Tipo de alimentación

Alimentación	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Lactancia Materna	20	0,4	40%	34	0,68	68%
Lactancia Artificial	13	0,26	26%	2	0,04	4%
Mixta	17	0,34	34%	14	0,28	28%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 8: Tipo de alimentación



En este gráfico encontramos que en el ámbito privado el 68% de los niños recibieron lactancia materna por lo menos hasta los seis meses de edad, mientras que en la parte pública este tipo de alimentación obtuvo un 40%. Un porcentaje considerable utilizó lactancia artificial (26%) y mixta (34%) en el Hosp Notti; y en la Clínica privada un 4% y un 28% respectivamente.

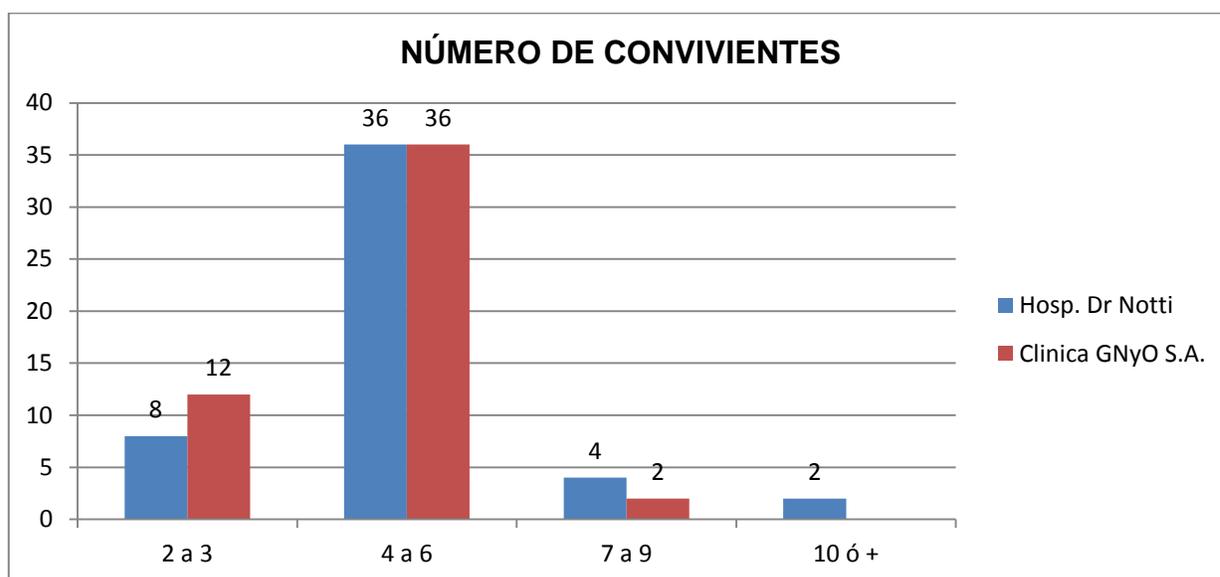
9- INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

Tabla IX: Número de convivientes

Convivientes	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
2 a 3	8	0,16	16%	12	0,24	24%
4 a 6	36	0,72	72%	36	0,72	72%
7 a 9	4	0,08	8%	2	0,04	4%
10 ó +	2	0,04	4%	0	0	0%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 9: Número de convivientes



Observamos que se han agrupado el número de convivientes en cinco rangos para facilitar su análisis. En las dos instituciones, en el rango de 4 a 6 personas que conviven el porcentaje es el mismo (72%), en el rango de 2 a 3, 16% pertenece al Hosp, Notti y con un 24% para la Clínica. A continuación el rango compuesto de 7 a 9 habitantes le corresponde el 8% y 4% respectivamente, por último en el rango de 10 o más personas viviendo en una misma casa es de un 4% y sólo se encuentra en la parte pública.

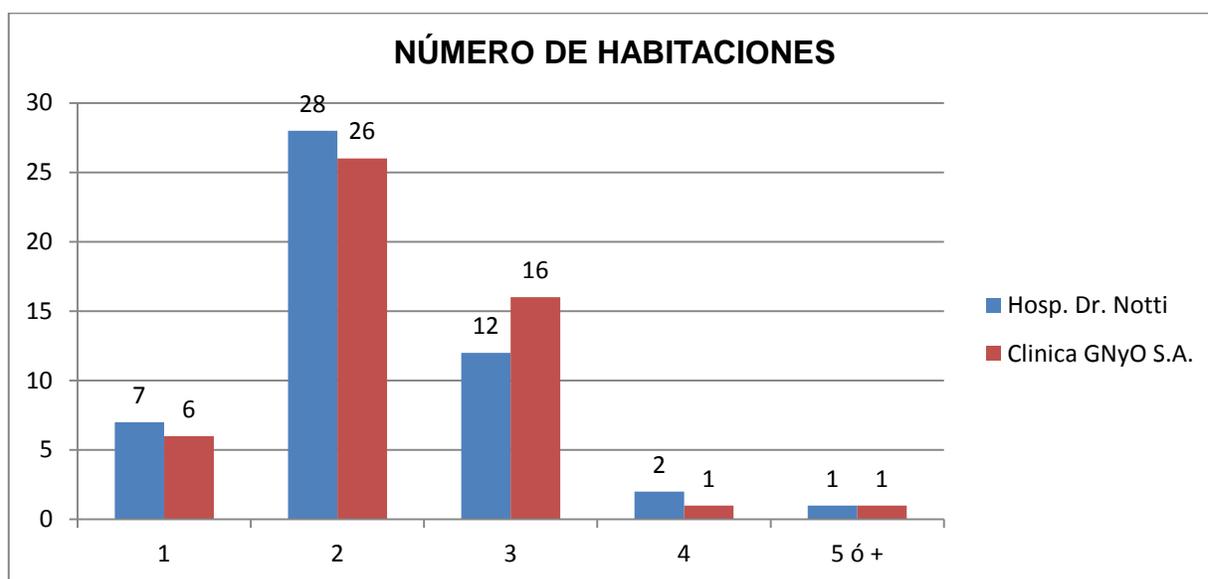
10- NÚMERO DE HABITACIONES DE LA VIVIENDA

Tabla X: Número de habitaciones

N° de Habitaciones	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
1	7	0,14	14%	6	0,12	12%
2	28	0,56	56%	26	0,52	52%
3	12	0,24	24%	16	0,32	32%
4	2	0,04	4%	1	0,02	2%
5 ó +	1	0,02	2%	1	0,02	2%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 10: Número de habitaciones



La tabla muestra que el porcentaje más elevado corresponde a las viviendas que cuentan con 2 habitaciones siendo el 56% para el Hosp. Notti y 52% para la Clínica; seguido de las que cuentan con 3 habitaciones con el 24% y 32% respectivamente. Luego encontramos las que cuentan con 1 habitación con el 14% y 12% y para finalizar, con un porcentaje mucho menor, las viviendas que tienen 4 y 5 habitaciones.

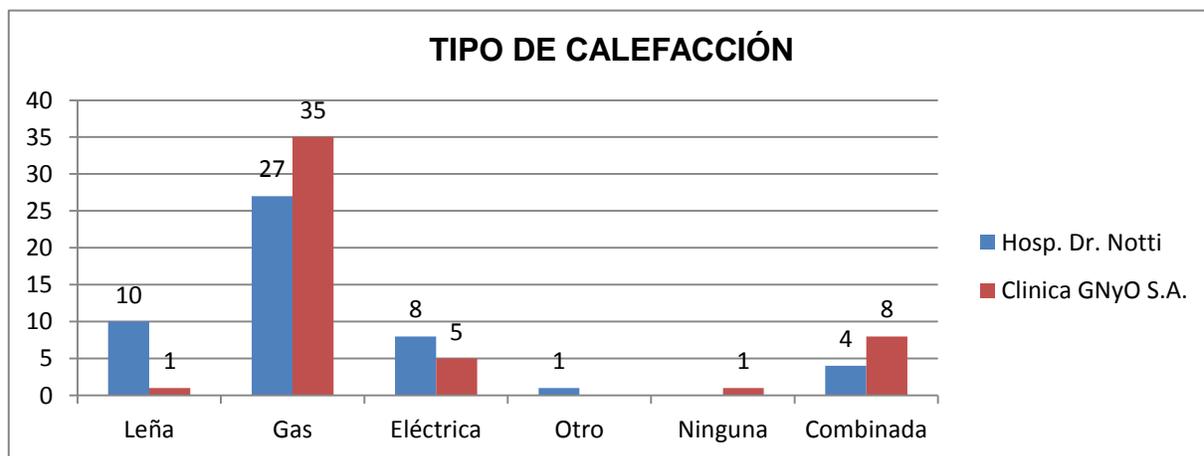
11- TIPO DE CALEFACCIÓN UTILIZADA

Tabla XI: Tipo de calefacción

Calefacción	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Leña	10	0,2	20%	1	0,02	2%
Gas	27	0,54	54%	35	0,7	70%
Eléctrica	8	0,16	16%	5	0,1	10%
Otro	1	0,02	2%	0	0	0%
Ninguna	0	0	0%	1	0,02	2%
Combinada	4	0,08	8%	8	0,16	16%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 11: Tipo de calefacción



El gráfico nos muestra que en la parte privada el 70% de los hogares se calefaccionan con gas natural, mientras que el sector público utiliza este tipo de calefacción el 54% de la muestra, en segundo lugar encontramos el uso de leña con un 20% en el nivel público a diferencia del 2% en el privado; la eléctrica con un 16% y 10% respectivamente; continuando el uso de calefacción de 2 tipos (combinada) en un 8% y 16%. Un 2% respondió no usar ningún tipo de calefacción y corresponde al ente privado.

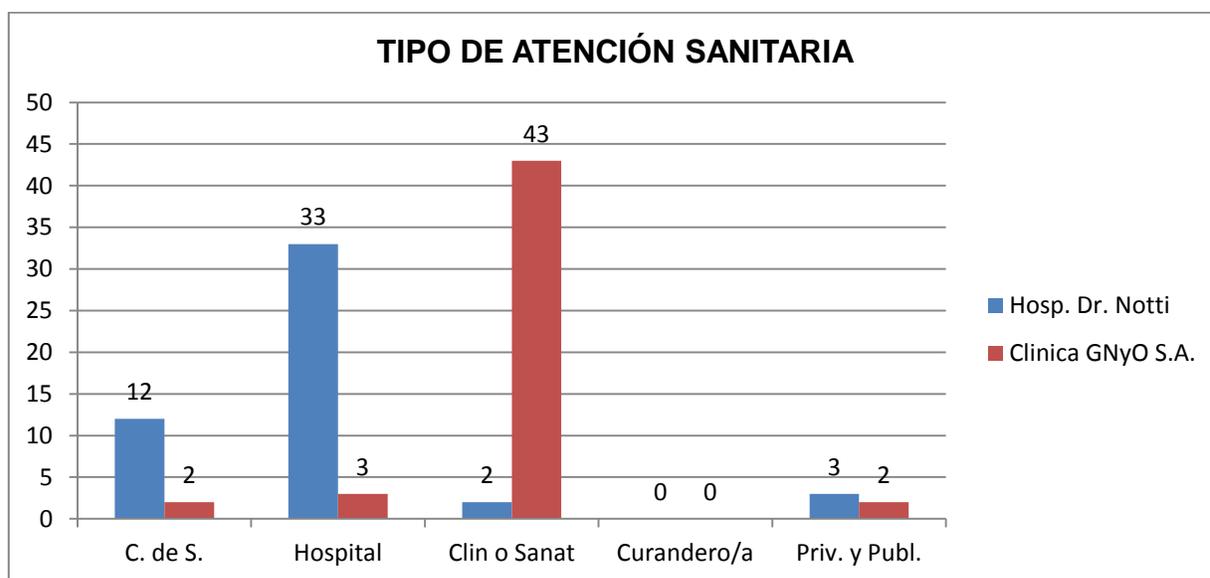
12- TIPO DE ATENCIÓN SANITARIA

Tabla XII: Tipo de atención sanitaria

Atención	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Centro de Salud	12	0,24	24%	2	0,04	4%
Hospital	33	0,66	66%	3	0,06	6%
Clínica o Sanatorio	2	0,04	4%	43	0,86	86%
Curandero/ a	0	0	0%	0	0	0%
Privado y Público	3	0,06	6%	2	0,04	4%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 12: Tipo de atención sanitaria



La tabla muestra que el mayor porcentaje de la población encuestada concurre habitualmente para ser atendido en hospitales y clínicas o sanatorios representando un 66% y un 86% respectivamente; solo un 28% de los individuos de ambas instituciones asiste a los centros de salud en primera instancia (dentro del sector público 24% y un 4% en el privado). En un menor porcentaje encontramos el uso de ambos sistemas de atención. Ningún individuo encuestado refiere asistir al curandero.

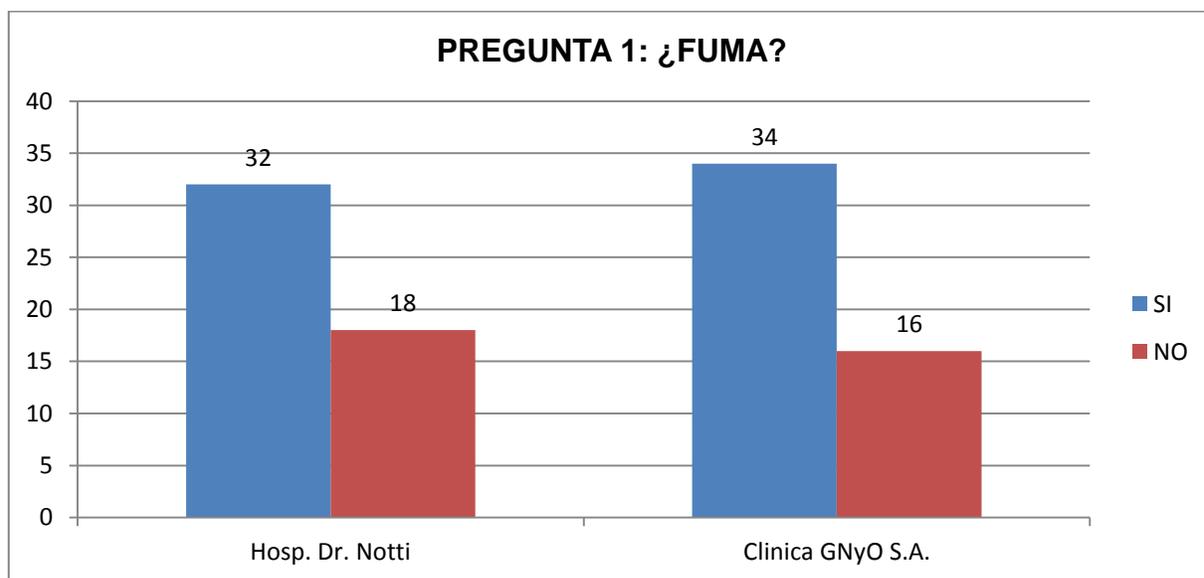
13- FUMADORES

Tabla XIII: Fumadores

Preg. 1: ¿Fuma?	Hosp, Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
SI	32	0,64	64%	34	0,68	68%
NO	18	0,36	36%	16	0,32	32%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 13: Fumadores



En la tabla se observa que un 66% del total de los encuestados fuma; se advierte una diferencia mínima entre ambos sectores, hospital público y clínica privada, tanto para los que fuman como para los que no lo hacen.

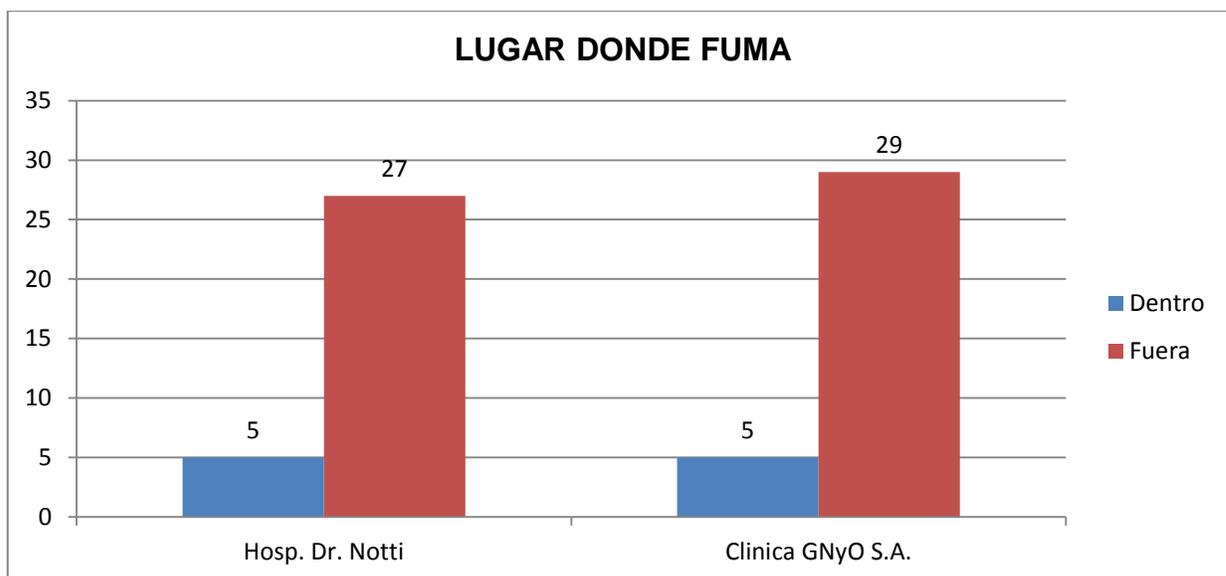
14- LUGAR DONDE FUMA

Tabla XIV: Lugar donde fuma

Preg. 2: "¿Dónde?"	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr. %
A- Dentro	5	0,16	15,63%	5	0,15	14,70%
B - Fuera	27	0,84	84,37%	29	0,85	85,30%
Total	32	1	100%	34	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 14: Lugar donde fuma



En ambas instituciones el 85% de la población que fuma lo hace fuera del hogar, el 15% respondió fumar dentro de la residencia.

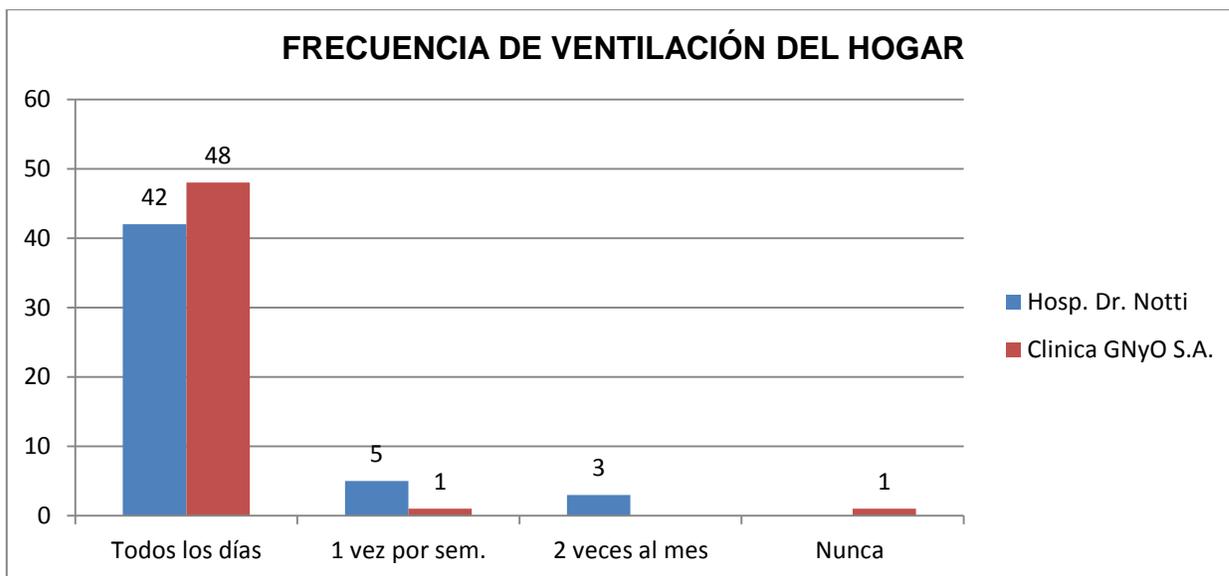
15- CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Tabla XV: Frecuencia de ventilación del hogar

Preg. 3: Ventilación	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
A- Todos los días	42	0,84	84%	48	0,96	96%
B - Una vez/ semana	5	0,1	10%	1	0,02	2%
C - Dos veces al mes	3	0,06	6%	0	0	0%
D - Nunca	0	0	0%	1	0,02	2%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 15: Frecuencia de ventilación del hogar



El gráfico nos muestra que en ambas instituciones existe una mínima diferencia en cuanto a la ventilación diaria del hogar, con un 96% en la privada y un 84% en el ámbito público, seguido de un 2% (Clínica) y 10% (Hosp. Notti) de los individuos que refirió ventilar sus hogares una vez por semana. El resto de los porcentajes están distribuidos entre las personas que respondieron airear su vivienda 2 veces al mes y nunca ventilar en época invernal.

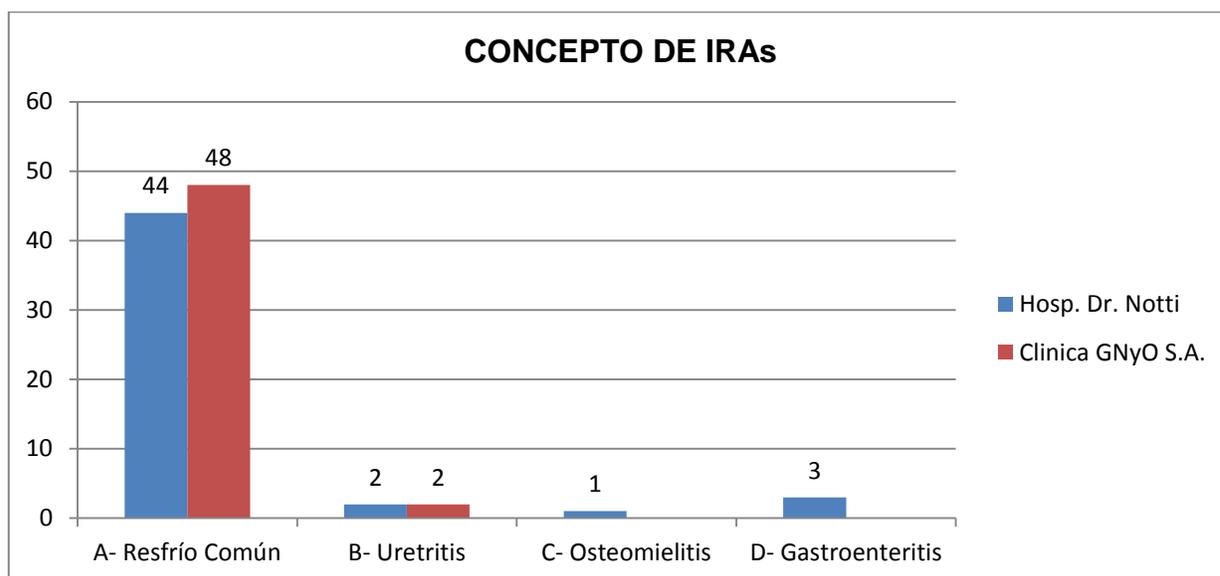
16- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. CONCEPTO

Tabla XVI: Concepto de IRAs

Preg. 4: Concepto	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
A - Resfrío común	44	0,88	88%	48	0,96	96%
B - Uretritis	2	0,04	4%	2	0,04	4%
C - Osteomielitis	1	0,02	2%	0	0	0%
D- Gastroenteritis	3	0,06	6%	0	0	0%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 16: Concepto de IRAs



En ambos sectores de los encuestados reconocen cuales son las patologías que engloban las enfermedades respiratorias agudas, siendo el 88% para el público y el 96% para el privado, el porcentaje restante de ambas instituciones contestó erróneamente.

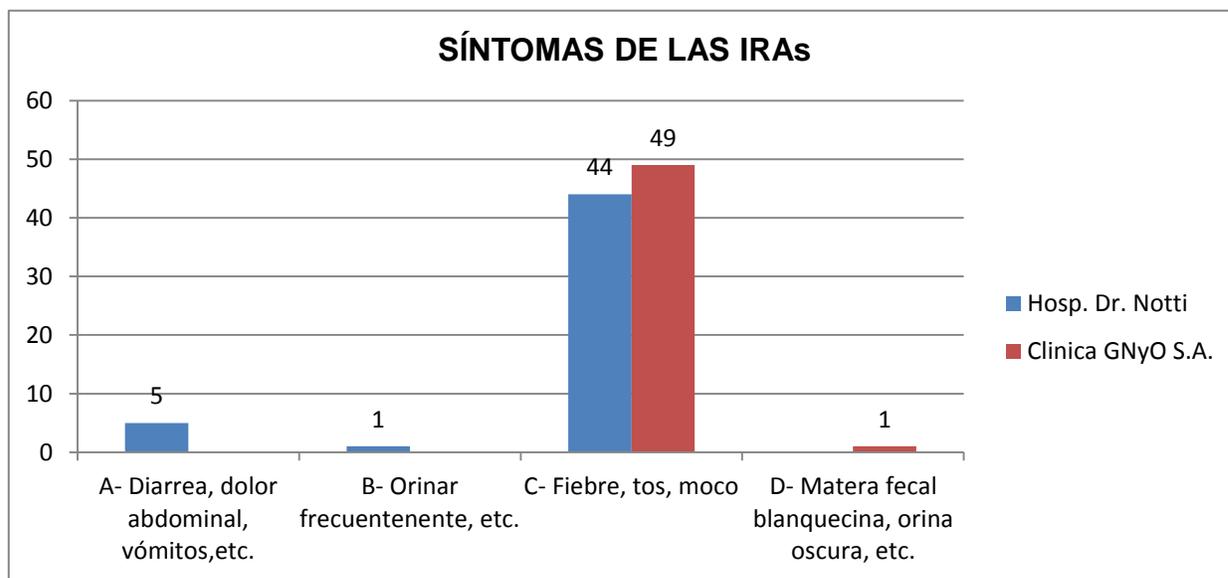
17- SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAs)

Tabla XVII: Síntomas de las IRAs

Preg. 5: Síntomas	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
A - Diarrea, dolor abdominal, vómitos, etc.	5	0,1	10%	0	0	0%
B - Orina frecuente, ardor, etc.	1	0,02	2%	0	0	0%
C - Fiebre, tos, moco	44	0,88	88%	49	0,98	98%
D - M. fecal blanquecina, etc.	0	0	0%	1	0,02	2%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 17: Síntomas de las IRAs



La tabla muestra que el 88% de la población encuestada en el sector público reconoce los síntomas de las enfermedades respiratorias agudas, el resto de la población no los reconoce. A sí mismo el 98% del sector privado identifica los síntomas de dicha patología, mientras que el resto de la muestra no los identifica.

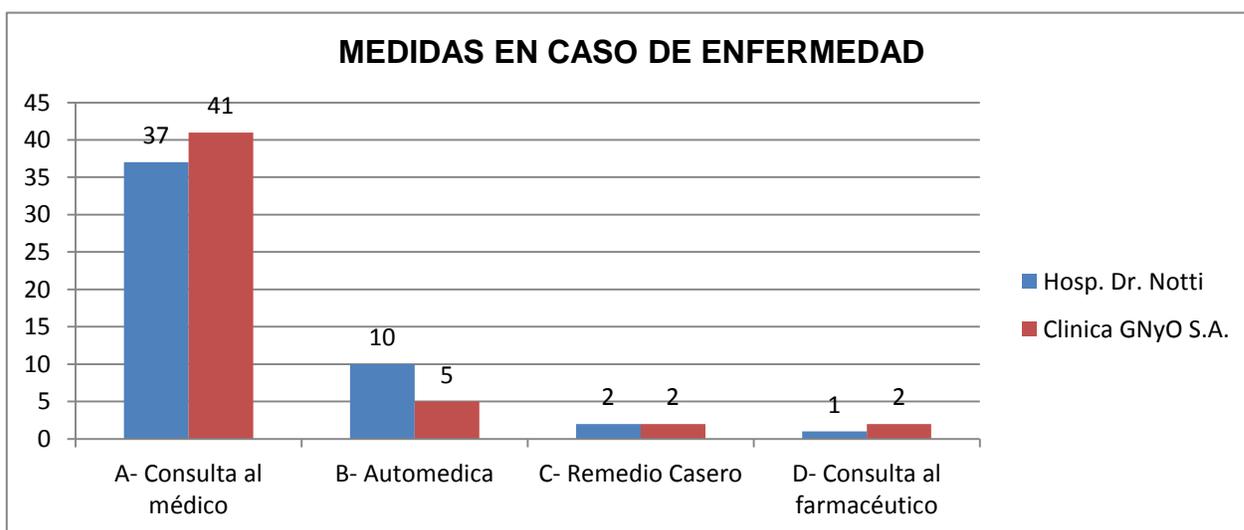
18- MEDIDAS EN CASO DE ENFERMEDAD

Tabla XVIII: Medidas en caso de enfermedad

Preg. 6: Medidas	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
A - Recurre a un centro asistencial	37	0,74	74%	41	0,82	82%
B - Automédica	10	0,2	20%	5	0,1	10%
C - Remedio casero	2	0,04	4%	2	0,04	4%
D- Consulta farmacéutico	1	0,02	2%	2	0,04	4%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 18: Medidas en caso de enfermedad



La tabla y el gráfico muestran que el 78% de las personas encuestadas respondieron que eventualmente ante un proceso patológico de los menores concurren en primera instancia a un centro de asistencia médica (centro de salud, hospital, etc.), este porcentaje equivale a un 74% a la parte pública y un 82% en la privada y en menor número automédica (15%), les da un remedio casero (4%) o consulta con el farmacéutico (3%).

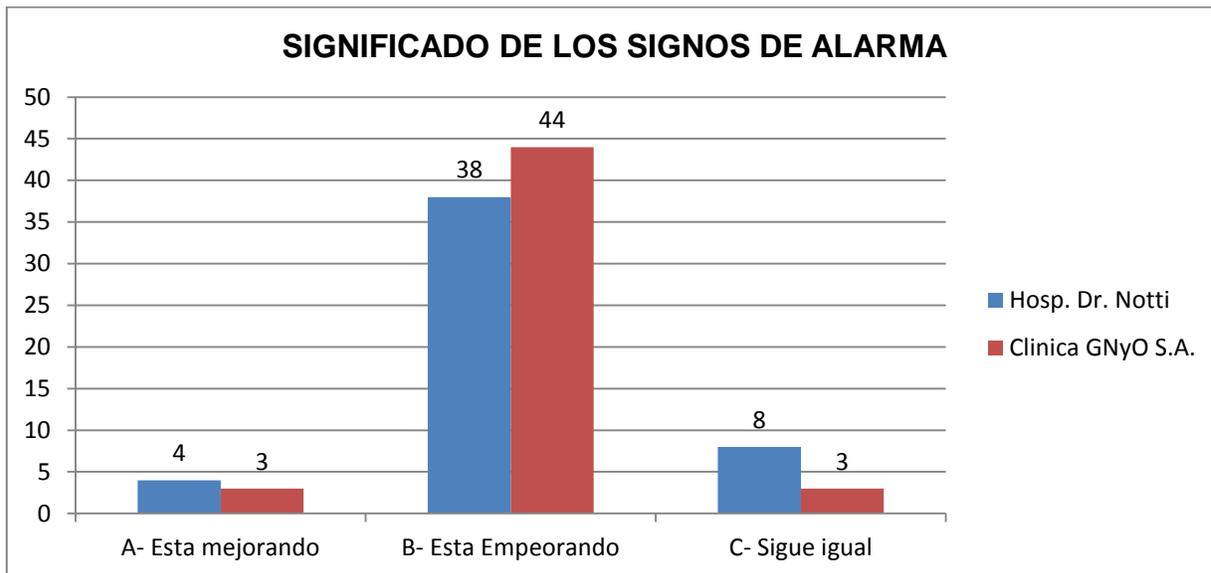
19- SIGNIFICADO DE LOS SIGNOS DE ALARMA

Tabla XIX: Significado de los signos de alarma

Preg.7: Significado	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNYO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
A- Está mejorando	4	0,08	8%	3	0,06	6%
B - Está empeorando	38	0,76	76%	44	0,88	88%
C - Sigue igual	8	0,16	16%	3	0,06	6%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNYO S.A.

Gráfico N° 19: Significado de los signos de alarma



El mayor porcentaje de encuestados en ambas instituciones considera que la presencia de signos de alarma significa que el menor está empeorando; en tanto que el 36% (24% del Hosp. Notti y 12% de la Clínica GNYO S.A.) tiene un concepto equivocado.

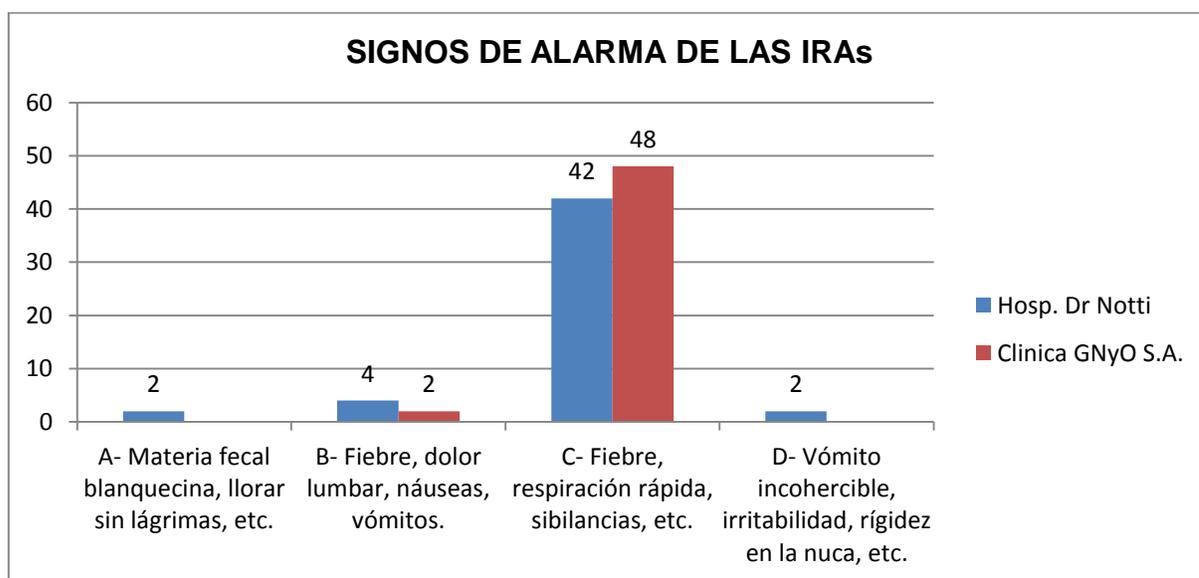
20- CONOCIMIENTOS DE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS IRAs

Tabla XX: Signos de alarma de las IRAs

Preg. 8: Signos de alarma	Hosp. Dr. Notti			Clínica GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
A- Mat. Fecal blanq, etc.	2	0,04	4%	0	0	0%
B- Fiebre, dolor lumbar, etc.	4	0,08	8%	2	0,04	4%
C- Fiebre, sibilancias, etc.	42	0,84	84%	48	0,96	96%
D- Vómito incohercible, etc.	2	0,04	4%	0	0	0%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 20: Signos de alarma de las IRAs



En ambas instituciones los individuos encuestados mostraron, en un alto porcentaje, tener conocimiento sobre los diferentes signos de alarma de la patología investigada.

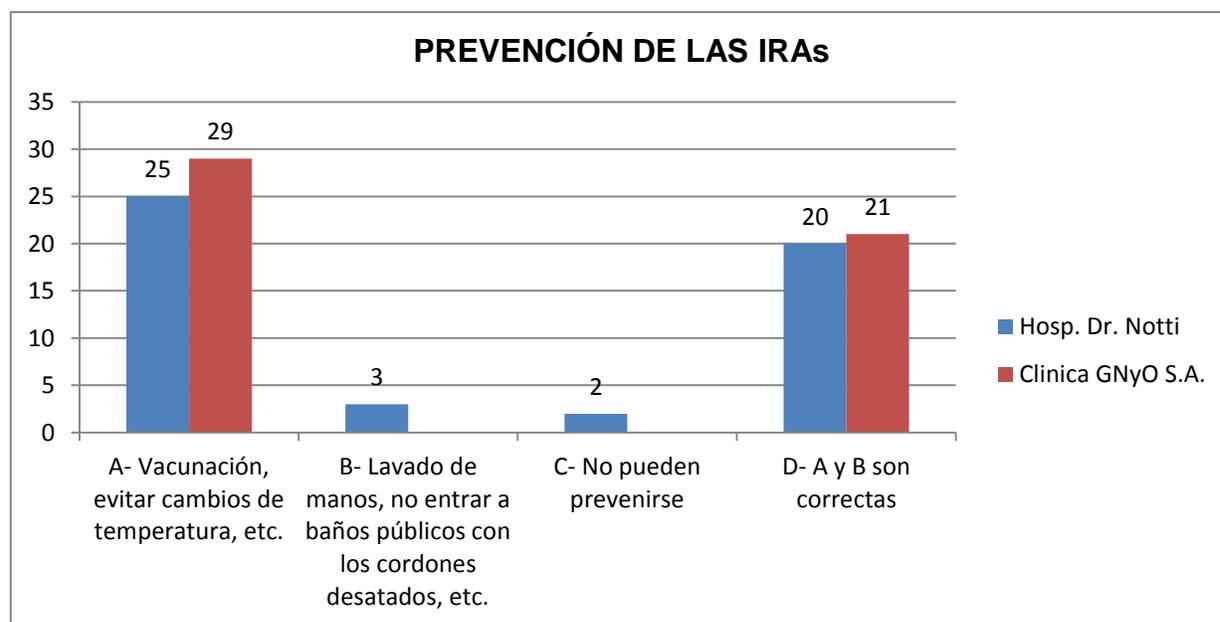
21- CONDUCTAS DE PREVENCIÓN SOBRE IRAs

Tabla XXI: Prevención de las IRAs

Preg. 9: Prevención	Hosp. Dr. Notti			Clínica GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
A- Vacunación, etc.	25	0,5	50%	29	0,58	58%
B- No entrar a baños públicos, etc.	3	0,06	6%	0	0	0%
C- No pueden prev.	2	0,04	4%	0	0	0%
D- A Y B son correctas	20	0,4	40%	21	0,42	42%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 21: Prevención de las IRAs



Se observa que la mitad de la población estudiada en ambas instituciones conoce o reconoce las diferentes conductas para prevenir las enfermedades respiratorias agudas.

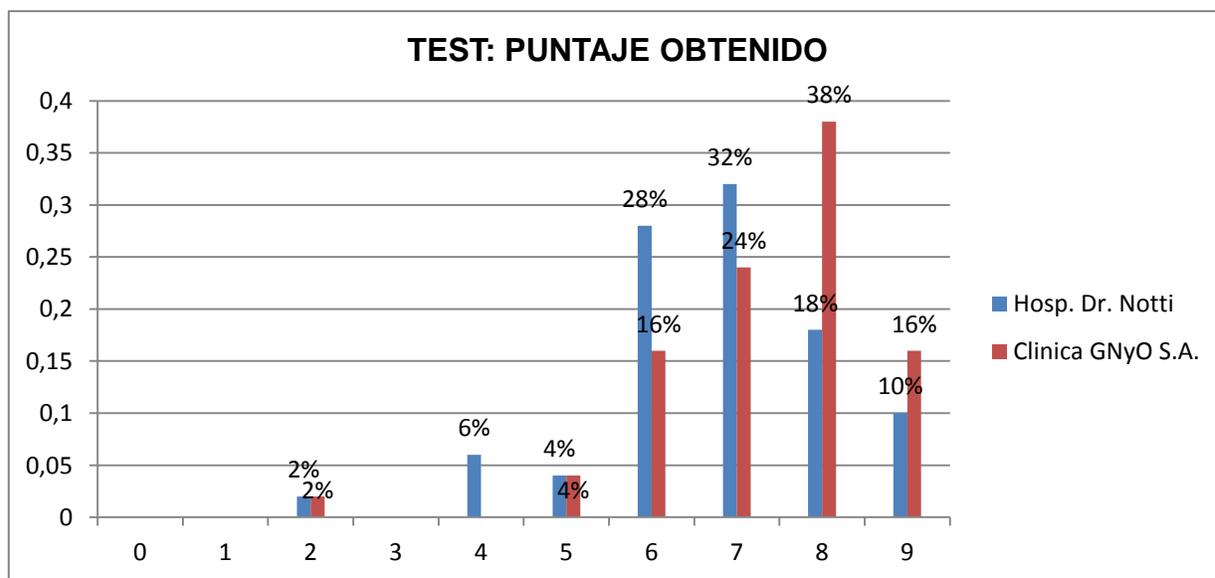
22- ANÁLISIS DE RESULTADO DEL TEST

Tabla XXII: Test: Puntaje obtenido

Puntaje	Hosp. Dr. Notti			Clínica GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
0	0	0	0%	0	0	0%
1	0	0	0%	0	0	0%
2	1	0,02	2%	1	0,02	2%
3	0	0	0%	0	0	0%
4	3	0,06	6%	0	0	0%
5	2	0,04	4%	2	0,04	4%
6	14	0,28	28%	8	0,16	16%
7	16	0,32	32%	12	0,24	24%
8	9	0,18	18%	19	0,38	38%
9	5	0,1	10%	8	0,16	16%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico 22: Test: Puntaje obtenido



La tabla muestra que el puntaje correspondiente a 9 en el sector público lo obtuvo el 10% de la población, el 8 con el 18%, 7 con 32%, 6 con 28%, el resto de los puntajes (menor a 6) muestran porcentajes no significativos. En tanto que en la parte privada los puntajes 9 corresponde al 16% de los encuestados, el 8 a un 38%, 7 al 24% y el 6 con un 16%, así mismo los puntajes menores a 6 representan solo un 6%.

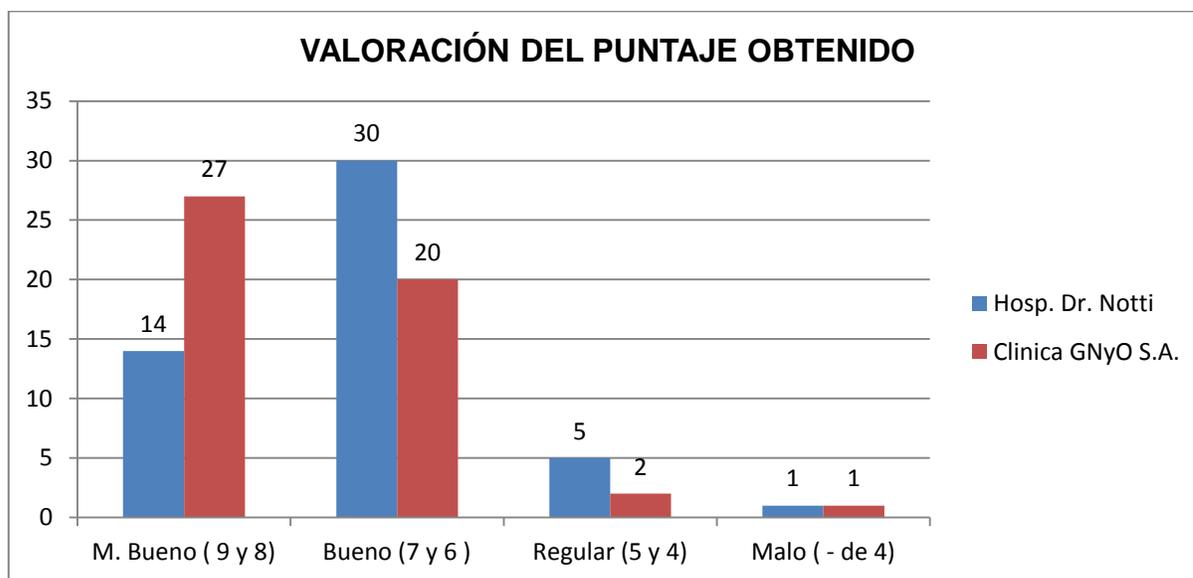
23- VALORACIÓN DEL PUNTAJE

Tabla XXIII: Valoración del puntaje obtenido

Valoración del Puntaje	Hosp. Dr. Notti			Clínica de GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Muy Bueno (9 y 8)	14	0,28	28%	27	0,54	54%
Bueno (7 y 6)	30	0,6	60%	20	0,4	40%
Regular (5 y 4)	5	0,1	10%	2	0,04	4%
Malo (- de 4)	1	0,02	2%	1	0,02	2%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico Nº 23: Valoración del puntaje obtenido



La tabla muestra que el puntaje más alto en el sector público es el correspondiente al rango 6-7 que dentro de la valoración elaborada por las autoras equivale a Bueno (60%); mientras que en el sector privado el puntaje más alto corresponde al rango comprendido entre 8 y 9 identificado al valor Muy Bueno (54%). El 12% restante correspondiente a la institución pública se mantuvo dentro de los rangos valorados como regular y malo, mientras que en la privada esos rangos lo obtuvieron un 6 % de la muestra.

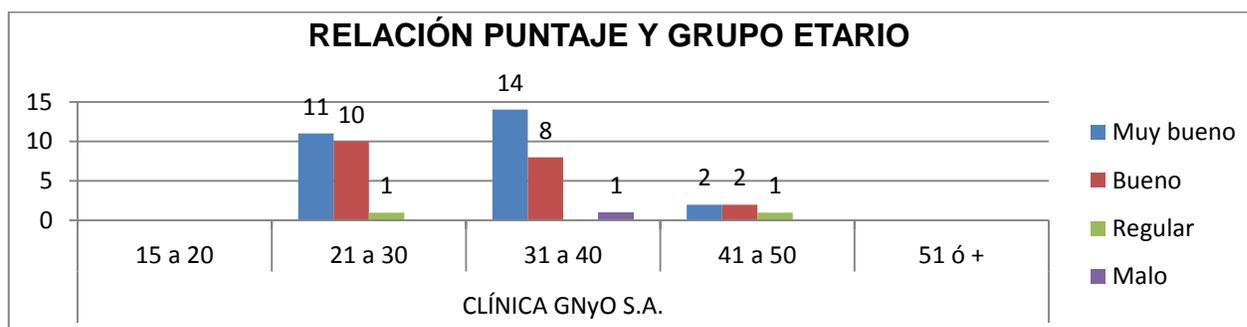
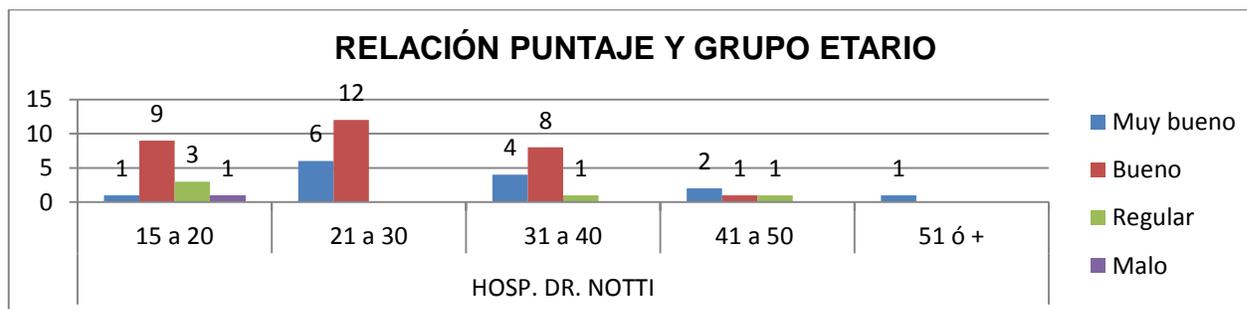
24- RELACIÓN ENTRE PUNTAJE OBTENIDO Y EDAD DE LOS ENCUESTADOS

Tabla XXIV: Relación puntaje obtenido y grupo etario

Puntaje	Hosp. Dr. Notti				
	15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 ó +
Muy bueno	1	6	4	2	1
Bueno	9	12	8	1	0
Regular	3	0	1	1	0
Malo	1	0	0	0	0
Total	14	18	13	4	1
Puntaje	Clínica GNyO S.A.				
	15 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 ó +
Muy bueno	0	11	14	2	0
Bueno	0	10	8	2	0
Regular	0	1	0	1	0
Malo	0	0	1	0	0
Total	0	22	23	5	0

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 24: Relación puntaje obtenido y grupo etario



Los grupos etarios entre los 21 a 30 años y los 31 a 40 años obtuvieron los puntajes más altos en los resultados del test de conocimiento de las IRAs en ambas instituciones. El 73% de los encuestados que obtuvieron puntajes 9, 8, 7 y 6 se encuentran en alguno de estos dos rangos de edades.

25- RELACIÓN ENTRE PUNTAJE OBTENIDO Y ESCOLARIDAD

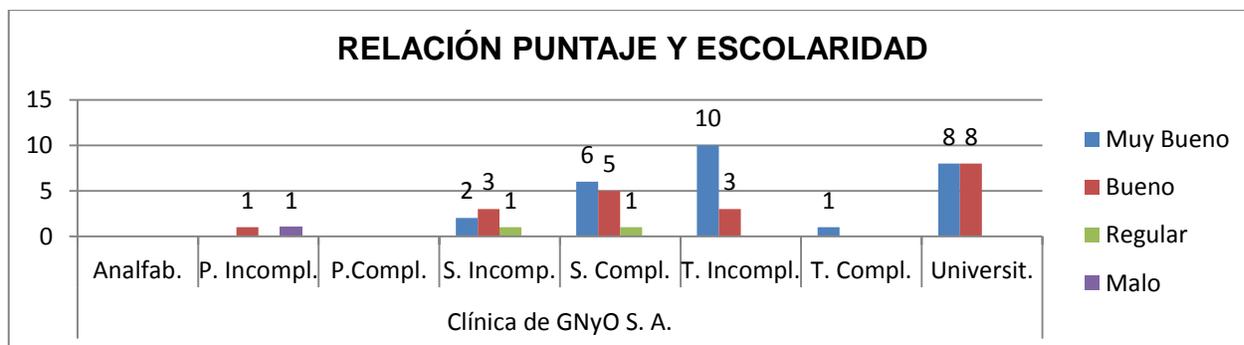
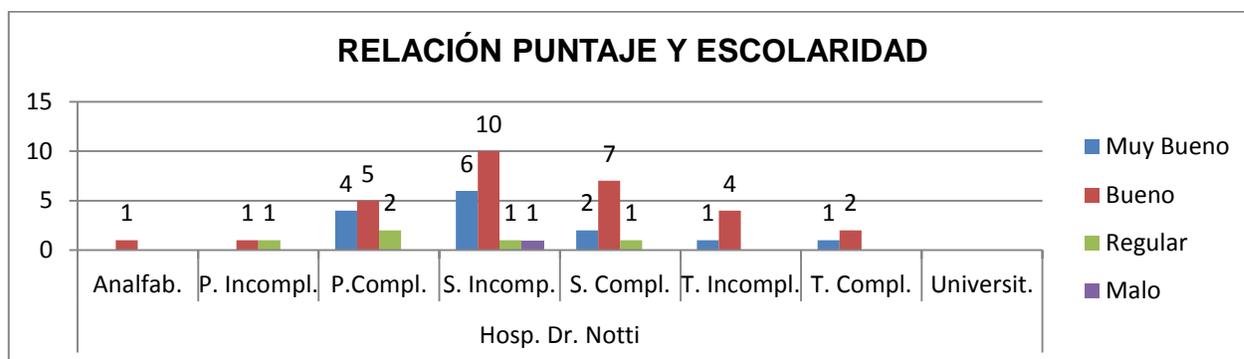
Tabla a XXV: Relación Puntaje y Escolaridad

Puntaje	Hosp. Dr. Notti							
	Analfab	P. Incomp.	P.Compl.	S. Incomp.	S. Compl.	T. Incomp	T. Compl.	Univer.
Muy Bueno	0	0	4	6	2	1	1	0
Bueno	1	1	5	10	7	4	2	0
Regular	0	1	2	1	1	0	0	0
Malo	0	0	0	1	0	0	0	0
Total	1	2	11	18	10	5	3	0

Puntaje	Clínica GNyO S. A.							
	Analfab	P. Incomp	P.Compl.	S. Incomp.	S. Comp.	T. Incomp.	T. Compl.	Univer
Muy Bueno	0	0	0	2	6	10	1	8
Bueno	0	1	0	3	5	3	0	8
Regular	0	0	0	1	1	0	0	0
Malo	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	0	2	0	6	12	13	1	16

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 25: Relación Puntaje y Escolaridad



La relación con el nivel de instrucción de los encuestados, arrojó los siguientes datos: el ente privado obtuvo el mayor porcentaje (38%) en el nivel más elevado de conocimiento; inferimos que el valor obtenido se debe al mayor número de individuos con un nivel de instrucción superior en comparación con el ente público que alcanzó un porcentaje del 20% con un nivel de instrucción inferior.

26- HACINAMIENTO

Tabla XXVI: Relación entre Convivientes y Número de Habitaciones

Convivientes	1 Habitac	2 Habitac.	3 Habitac.	4 Habitac.	5 Habitac.
2	1				
3	5	10	4		
4	6	20	3	1	1
5	1	13	11		1
6		8	6	1	
7		1	1		
8		2	1		
9			1		
10			1		
18				1	
SUBTOTAL	13	54	28	3	2
Hacinamiento 1	12% *				
Hacinamiento 2	41%**				
* Grado de hacinamiento por índice de la OMS: más de 3 personas/ habitación					
** Grado de hacinamiento por índice de CELADE: 2,5 personas/ habitación					

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNYO S.A.

En la tabla XXVI se relacionó la cantidad de integrantes de las familias de los encuestados con el número de habitaciones en sus hogares para determinar la existencia de hacinamiento entre ambas instituciones. Se utilizaron dos índices ²⁵:

1- Índice de hacinamiento la OMS: es más flexible. Considera que habría hacinamiento cuando haya más de 3 personas por habitación. Con este se obtuvo un hacinamiento del 12% del total de encuestados.

2- Índice de hacinamiento del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE): más estricto. Determina que habría hacinamiento cuando haya más de 2,5 personas por habitación. Utilizando este índice se obtiene un grado de hacinamiento del 41% del 100% de las encuestas realizadas.

Discriminando por institución se obtuvo que utilizando el índice de OMS, los encuestados en el Hosp. Notti encontramos que un 28% vive en hacinamiento y según el índice de CELADE un 36%. El porcentaje de hacinamiento de la Clínica usando el índice de la OMS, es del 6%, utilizando el de CELADE esta cifra asciende al 34%.

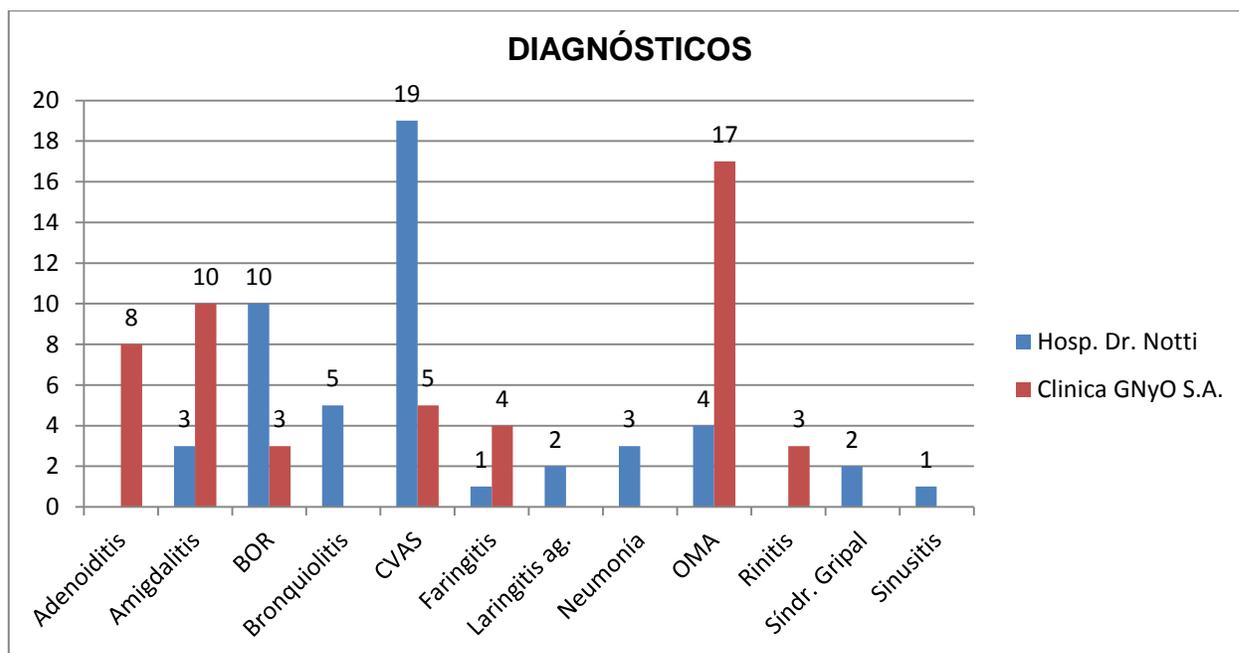
27- DIAGNÓSTICOS

Tabla XXVII: Diagnósticos

Diagnósticos	Hosp. Dr. Notti			Clínica GNyO S.A.		
	F. A	F.R.	Fr. %	F. A.	F. R.	Fr.%
Adenoiditis	0	0	0%	8	0,16	16%
Amigdalitis	3	0,06	6%	10	0,2	20%
BOR	10	0,2	20%	3	0,06	6%
Bronquiolitis	5	0,1	10%	0	0	0%
CVAS	19	0,38	38%	5	0,1	10%
Faringitis	1	0,02	2%	4	0,08	8%
Laringitis aguda	2	0,04	4%	0	0	0%
Neumonía	3	0,06	6%	0	0	0%
OMA	4	0,08	8%	17	0,34	34%
Rinitis	0	0	0%	3	0,06	6%
Síndrome Gripal	2	0,04	4%	0	0	0%
Sinusitis	1	0,02	2%	0	0	0%
Total	50	1	100%	50	1	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 27: Diagnósticos



El siguiente gráfico muestra que las patologías más frecuentemente diagnosticadas en el ente público corresponden al CVAS (38%), BOR (20%) y bronquiolitis (10%); en el ente privado OMA (34%) y adenoamigdalitis un 36%.

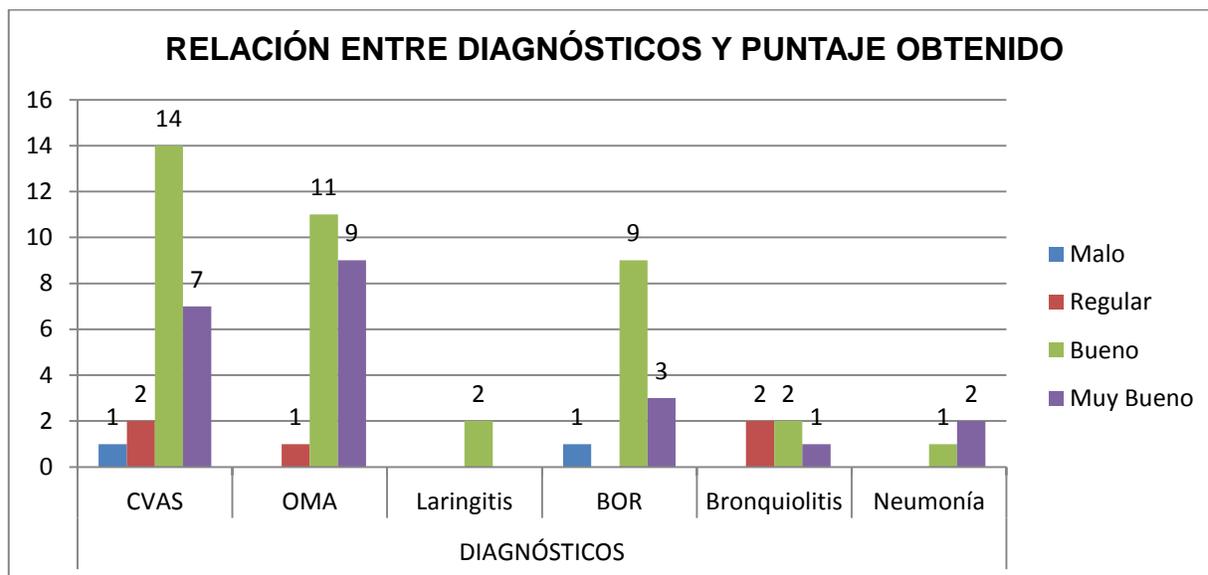
28- RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICOS Y PUNTAJE OBTENIDO

Tabla XXVIII: Relación entre Diagnósticos y Puntaje Obtenido

Puntaje	Diagnósticos					
	CVAS	OMA	Laringitis	BOR	Bronquiolitis	Neumonía
Malo	1			1		
Regular	2	1			2	
Bueno	14	11	2	9	2	1
Muy Bueno	7	9		3	1	2

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 28: Relación entre Diagnósticos y Puntaje Obtenido



Se relacionaron los diagnósticos con mayor frecuencia y los de pronósticos más severo con los puntajes obtenidos por los encuestados de ambas instituciones, donde los resultados graficados muestran que los conocimientos son buenos en la mayoría de los diagnósticos, e incluso en la patología más grave que es la neumonía, de las 3 (tres) diagnosticadas, 2 (dos) obtuvieron un puntaje de muy bueno y la otra de bueno en el test sobre conocimientos de las IRAs realizada por las autoras.

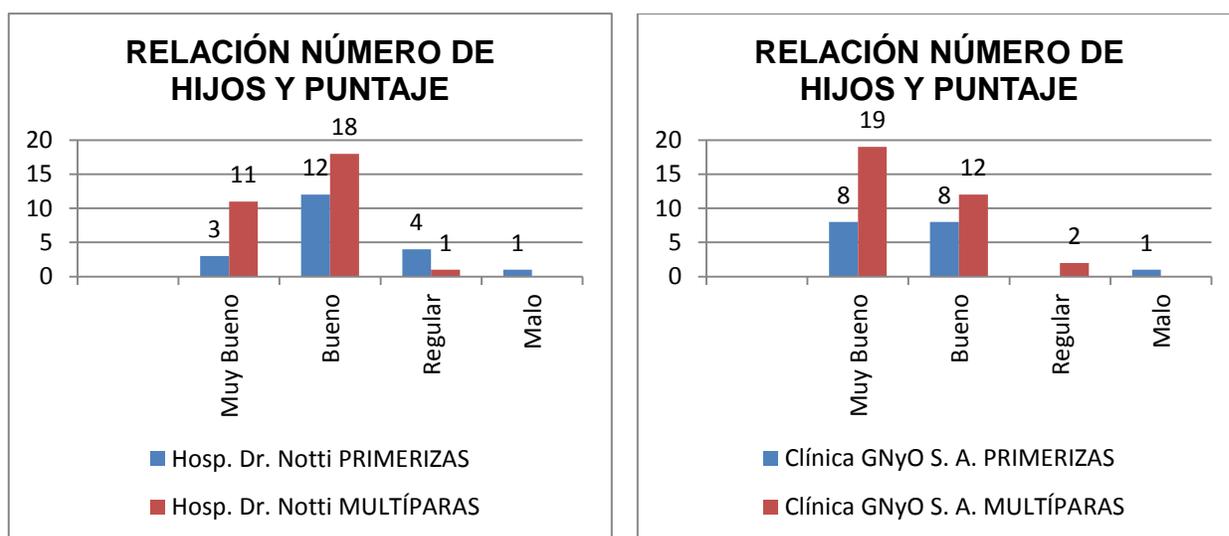
29- RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE HIJOS Y PUNTAJE OBTENIDO

Tabla XIX: Relación entre Números de Hijos y Puntaje

Puntaje	Hosp. Dr. Notti				Clínica GNyO S. A.			
	PRIMERIZAS		MULTÍPARAS		PRIMERIZAS		MULTÍPARAS	
	F. A.	Fr. %	F. A.	Fr. %	F. A.	Fr. %	F. A.	Fr. %
Muy Bueno	3	6%	11	22%	8	16%	19	38%
Bueno	12	24%	18	36%	8	16%	12	24%
Regular	4	8%	1	2%	0	0%	2	4%
Malo	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%
Total	20	40%	30	60%	17	34%	33	66%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNyO S.A.

Gráfico N° 29: Relación entre Números de Hijos y Puntaje



En la tabla XXIX, se analizó la relación entre el número de hijos o menores a cargo, considerando esto como experiencia o conocimiento empírico y el puntaje obtenido en el test de la encuesta. En ambas instituciones, pública y privada, los encuestados con más de un hijo obtuvieron los mejores resultados, con un equivalente a dos veces más a los padres o tutores de un solo hijo.

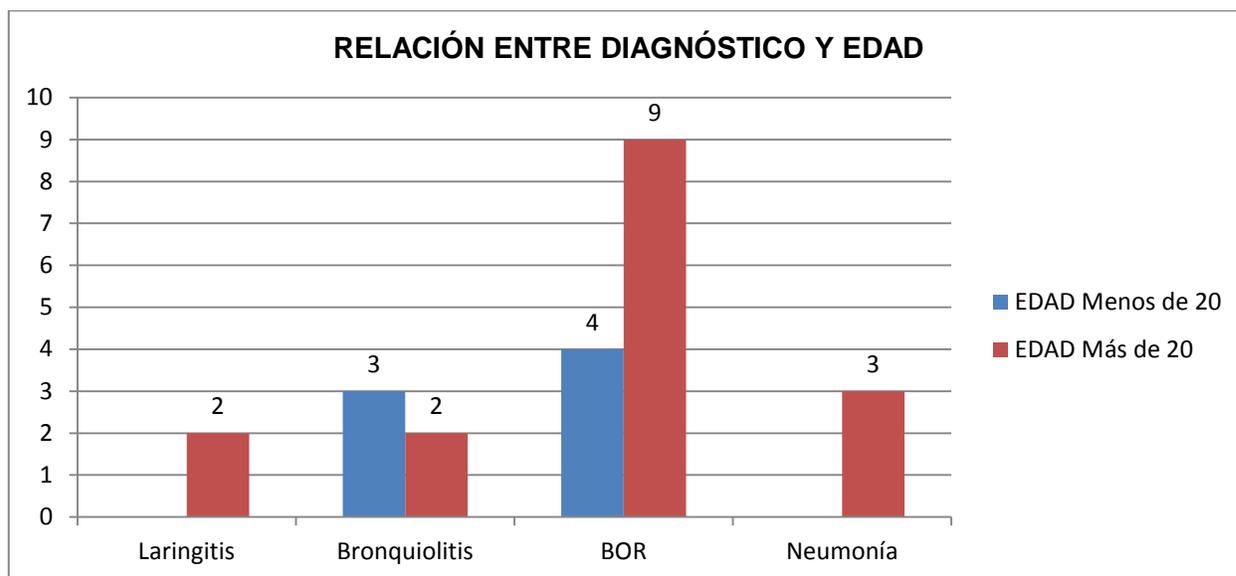
30- RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICOS Y EDAD

Tabla XXX: Relación entre Diagnostico y Edad

Diagnóstico	Edad	
	Menos de 20 años	Más de 20 años
Laringitis		2
Bronquiolitis	3	2
BOR	4	9
Neumonía		3

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica NGyO S.A.

Gráfico N° 30: Relación entre Diagnostico y Edad



Los resultados obtenidos en la muestra estudiada al relacionar los diagnósticos de los niños con patologías de pronóstico más severo (Laringitis Aguda, BOR, Bronquiolitis y Neumonía), con la edad de sus padres o tutores, fueron los siguientes: los porcentajes más elevados, se observan en niños con padres y/o tutores mayores de 20 años (excepto los niños con diagnóstico de bronquiolitis). En esta tabla no se discrimina el diagnóstico entre las instituciones debido a que el porcentaje que se obtuvo del ente privado no es significativo.

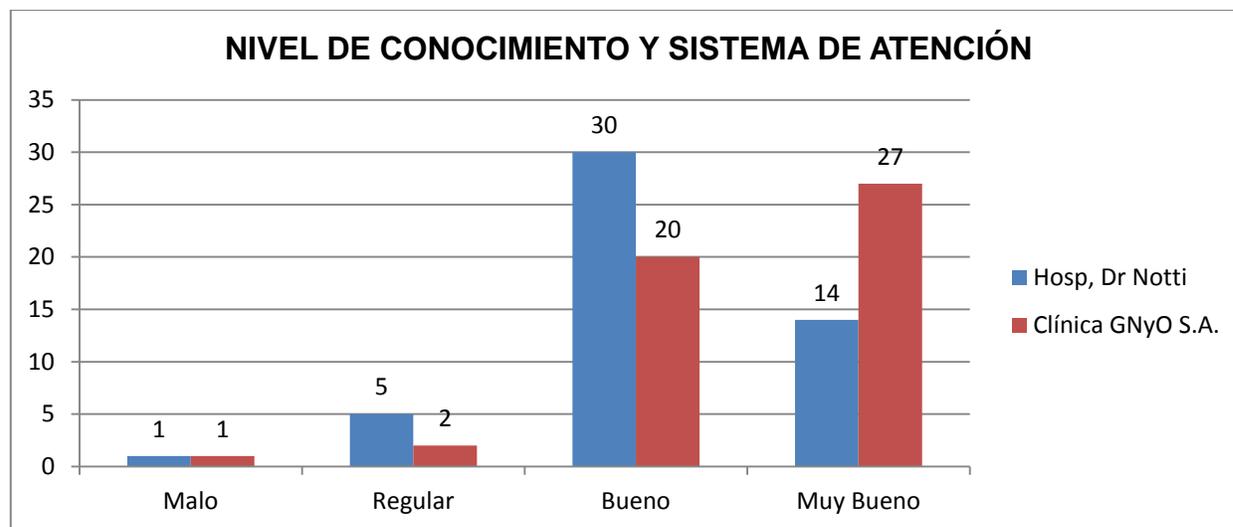
31- COMPARACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES, TUTORES Y/O ENCARGADOS ENCUESTADOS EN AMBAS INSTITUCIONES

Tabla XXXI: Comparación entre instituciones

Puntaje	Institución Sanitaria	
	Hosp. Dr. Notti	Clínica de GNYO S.A.
Malo	1	1
Regular	5	2
Bueno	30	20
Muy Bueno	14	27
Total	50	50

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las autoras; en el segundo semestre del año 2015, en el Hosp. Dr. Notti y Clínica GNYO S.A.

Gráfico 31: Comparación entre instituciones



Se realizó un análisis comparativo de los resultados obtenidos en las dos instituciones (pública y privada), donde se realizaron las encuestas con muestras iguales (n= 50). Como puede observarse en los gráficos en ambas instituciones, el nivel de conocimiento general que se obtuvo se encuentra en los rangos bueno y muy bueno en el 91% de los casos. En el ente privado se obtuvo un valor mayor en el nivel de conocimiento más detallado (27%), que se requiere para lograr el puntaje muy bueno. Esto último inferimos que se puede atribuir al mayor porcentaje de encuestados con nivel de instrucción terciario y universitario en esta institución.

DISCUSIÓN

La discusión de los resultados obtenidos se realizará en relación a los objetivos propuestos en el estudio:

Con respecto al objetivo general de determinar el nivel de conocimiento que tienen los padres, tutores y/o encargados del cuidado de menores de 5 años en relación a las IRAs y sus posibles complicaciones los resultados fueron: el 91% de la muestra encuestada obtuvo puntajes muy bueno (41%) y bueno (50%) en el test sobre conocimientos de la patología estudiada.

En cuanto al primer objetivo específico sobre la identificación de los conocimientos y capacidades que tienen los padres de menores en relación a los signos y síntomas de las IRAs los resultados obtenidos mostraron que el 92% de los encuestados sabe qué patologías son las infecciones respiratorias agudas superiores y en el 93% de los casos reconocen los signos y síntomas que producen. En relación a lo que significa un signo de alarma, el 82% de la población estudiada sí lo sabe, pero un 18% tiene un concepto equivocado (que está mejorando o sigue igual). Y por último, el 90% identifica cuales son los signos de alarma de estas patologías, pero un 10% no lo hace.

La discusión referida al segundo objetivo específico en determinar los posibles factores de riesgo que pudieran presentar los niños menores de 5 años de los padres encuestados estuvo limitada porque hubieron ciertos factores que no pudieron investigarse (nutrición, por ej.) por limitaciones en los materiales necesarios requeridos para su determinación. De los que si se pudieron indagar, los datos recabados muestran que con respecto a la alimentación suministrada a los menores hasta los 6 meses de edad, sólo el 54% contestó lactancia materna y de éste, el menor porcentaje fueron los atendidos en el sector público con solo un 20%. El 44% restante utilizó leche maternizada o mixta. Sólo un 20% concurre a guarderías. El nivel de hacinamiento depende del índice utilizado para determinarlo, si es el dado por la OMS es del 12% y si es el de CELADE se eleva al 41%. Sólo el 11% calefacciona su hogar con combustible a leña. Un factor de riesgo importante que se investigó fue la exposición de los niños al humo del tabaco, los resultados fueron que un 66% de la población estudiada fuma y de éstos el 85% (56 personas) contestaron que lo hacen fuera del hogar, el 15% que resta (10 personas) lo hace dentro de su casa.

En relación con el tercer objetivo específico que es determinar el perfil socio – económico de los padres o tutores encuestados, se obtuvieron los siguientes resultados: el 51% trabaja en relación de dependencia (institución pública y privada), el 36% es ama de casa y el 10% tiene empleos temporarios. El 40% de la población estudiada no ha concluido la secundaria, el 22% si la ha terminado y el 38% tiene un nivel de instrucción terciario o universitario. En el 45% de los encuestados concurren en primera instancia a una institución de sistema privado de atención sanitaria. En el sector público un alto porcentaje (66%) de los encuestados contestó que su primera opción es el Hospital Dr. H. Notti y sólo un 28% del total lo hace en un centro de salud. El grado de hacinamiento que también influye en el perfil socio – económico ya se ha discutido en el apartado anterior.

Y el análisis del último objetivo relacionado al rol de la enfermería en el tratamiento y prevención de las IRAs se basó en los conocimientos que tiene la población encuestada en cuanto a las medidas preventivas sobre las mismas. Los resultados obtenidos determinaron que del total de la población en estudio, sólo el 54% contestó correctamente cuáles eran las conductas preventivas para evitar las IRAs.

Otros aspectos del rol de las enfermeras con relación a las IRAs se vieron en otros capítulos.

CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones se realizaron en función de los resultados obtenidos por la aplicación de la encuesta realizada por las autoras a la población estudiada:

- Los padres, tutores o encargados del cuidado de menores de 5 años en ambas instituciones tienen un alto nivel de conocimiento con respecto a que patologías corresponden a las IRAs, sus manifestaciones clínicas y los signos de alarma de éstas.
- A pesar de lo expresado en el párrafo anterior, se encontró un alto porcentaje que de la población desconoce el significado de los signos de alarma, es decir, que el niño está empeorando o su patología evoluciona desfavorablemente.
- Aunque desde hace muchos años se viene haciendo hincapié en la importancia y los beneficios que conlleva la lactancia materna para el niño menor de 6 meses, su influencia positiva en la inmunidad aumentando la resistencia a las infecciones virales y bacterianas, sólo el 54% de los encuestados le dió de mamar a sus hijos, el restante 46% utilizó leche maternizada o alimentación mixta.
- Otro aspecto que se observó que puede considerarse una falencia en la educación sanitaria y en la estrategia APS es que el 66% de la muestra encuestada en el Hospital Notti (F. A. 33) concurre como primera opción a dicho nosocomio, muchas veces con patologías que no revisten gravedad como muestran las tablas donde el diagnóstico más frecuente fue el CVAS (38% n= 50), que deberían ser atendidas en otros centros de menor complejidad, como es el centro de salud, pero sólo el 24% lo hace. Las causas alegadas fueron principalmente: escasez de horas de atención, falta de insumos y servicios (Rx, laboratorio), falta de personal médico, distancia, comodidad.
- El 46% de los padres o tutores desconoce las conductas preventivas que debe tomar para evitar las IRAs.
- El nivel de conocimiento en relación a la patología investigada está relacionada con el nivel de instrucción de los padres o tutores y la experiencia o conocimiento empírico obtenido al criar más de un hijo.

- Los padres que concurren a instituciones públicas o privadas poseen un nivel de conocimiento general de las IRAs similar, bueno en su mayoría. El nivel de conocimiento más detallado se obtuvo en el ente privado, atribuido al mayor nivel de instrucción de los encuestados.

PROPUESTAS

- Que el personal de enfermería de estas instituciones como miembro del equipo de salud y en cumplimiento de sus capacidades asistenciales, administrativas y educativas, participe en la planeación, promoción y ejecución de actividades educativas a fin de aumentar sus conocimientos sobre las IRAs. A fin de lograrlo, proponemos la realización de charlas informativas realizadas por el personal de enfermería destinadas a los padres, tutores o encargados del cuidado de menores de 5 años conteniendo información sobre conductas preventivas de las IRAs, factores de riesgo, signos de alarma (concepto), durante el período de espera de la consulta de ambas instituciones. También destinar espacios públicos en las instituciones sanitarias donde se pueda exhibir a través de cartelera que contenga sobre medidas de prevención de estas patologías.
- Sugerimos reforzar los conocimientos que los padres tienen sobre las IRAs en el mes de marzo del corriente año, junto a la Campaña de Vacunación Antigripal y realizar un estudio de cohorte en el mes de junio, aproximadamente, para evaluar el efecto de la educación brindada en relación a la disminución de las patologías con pronóstico más severo, la neumonía principalmente, que es una causa importante de morbimortalidad en menores de 5 años.
- Gestionar desde los distintos ámbitos de enfermería ante diferentes organizaciones (gubernamentales y no gubernamentales), la posibilidad de realizar campañas publicitarias masivas para estimular la adopción de conductas y hábitos saludables para la protección de la salud de los niños y una mejor calidad de vida.
- Los resultados obtenidos remarcan la necesidad de la educación a madres en el campo de la lactancia materna. Para revertir su declinación se debe incrementar de forma sustancial las actividades educativas de promoción tanto en el nivel hospitalario, como en el primer nivel de atención. Debemos actuar principalmente con una política de capacitación al personal sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF. “*Salud-materno-infantil-juvenil en cifras 2013*” (boletín). Buenos Aires: 2013. 64 páginas. [Consultado 10/08/2015].
Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/salud_SapUnicef_cifras2013.pdf
- 2- Batista Moliner R., Feal Cañizare P. “*Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente*” [Editorial] Resumed 1998; vol II: 63-6. [Consultado 10/08/2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol11_2_98/res01298.pdf
- 3- Chan, M. “*La educación y la salud están íntimamente unidas*”. (discurso). Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York. 09/2010)
- 4- Aristizabal Hoyos, G.; Blanco Borjas, D.; Sanchez Ramos, A. “*El modelo de la Promoción de la Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión*”. Revista Universitaria [versión online]. Vol 8. • Año. 8 • No. 4. 11/2011. pag 16- 19)
- 5- Salud del Recién Nacido, Niño y Joven. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina regional de OMS. “*La estrategia AIEPI dentro de la salud integral del continuo madre, recién y niñez*”. Manual clínico para el manejo de AIEPI en enfermería. Washington D.C. 2009. 13- 19. [Consultado 01/06/2015]. Disponible en: <http://dsmi.maimonides.edu/wp-content/uploads/2014/02/ENFERMER%C3%8DA-Manual-Clínico-AIEPI.pdf>
- 6- González García, G.; Tobar, F. “*Salud para los Argentinos; economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*”. 1º edición. Isalud. Buenos Aires: 2004. 498 pág.
- 7- Meneghello J, Fanta E, Paris E, Rosselot J. “*Situación de la salud materno-infantil en América Latina y el Caribe*”_Pediatría. 4ta edición. Ed. Universitaria. Santiago de Chile: 1991. Capítulo 8; 30 -47

- 8- Organización Panamericana de la Salud. *“Efecto sinérgico del nivel educacional de los padres y la situación económica de la familia en la salud infantil en América Latina”*. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2006, vol.19, n.2 [citado 10/08/2015], pp. 124-125. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000200009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1020-4989.
- 9- Bunge, M. *“La investigación científica: Su estrategia y su filosofía”*. 3ra. Edición. Editorial SIGLO XXI. 2000. Buenos Aires. Parte I. p.3-5.
- 10- Cifuentes Águila, L. *“Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría Ambulatoria”*. Manual de pediatría (on line). [Consultado 12/06/2015]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/infecrespag.html>.
- 11- Otazú Escobar, F. *“Percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres menores de 5 años que consultan en el Hospital Distrital de Horqueta, año 2012”*. (tesis). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Tecnológica Intercontinental. Horqueta. Paraguay: 2013. [Citado 10/08/2015]. Disponible en: <http://www.utic.edu.py/investigacion/attachments/article/79/Tesis%20completa%20de%20Fabio%20Otaz%C3%BA.pdf>
- 12- Arango Loboguerrero, M. *“Infecciones respiratorias en niños. Control de las IRAS en los niños de 2 meses a 5 años de edad”* Cap 18. .pág.367.
- 13- Razón Behar, R. *“Prevención de las infecciones respiratorias agudas. Presente y futuro”*. *Revista Cubana Pediatría* (versión online). Vol. 75 N° 4. Ciudad de la Habana. 12/2003. [Citado 12/06/2015]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3119
- 14- Diamante, V. *“Otorrinolaringología y afecciones conexas”*. 3º Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires: 2004.

- 15- Muñoz Calvo, M; Hidalgo Vicario, M.; Clemente Pollán, J. *“Pediatria: Fundamentos clínicos para atención primaria”*. 4º Edición. Editorial Monsa Prayma. Madrid: 2008
- 16- Moreno, L. *“Síndrome Obstructivo Bronquial Aguda”*. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina: 04/2005. [Consultado 10/08/2015]. Disponible www.enfermeriaaps.com/portal/download/ENFERMEDADES%2520RESPIRATORIAS%2520INFANTILES/Sindrome%2520b
- 17- Ortiz, Z.; Benitez, A.; Otheguy, L. Y col. *“Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en niños menores de 5 años de edad en Argentina”*. (resumen ejecutivo). Foro de Investigación en Salud de Argentina. 2008.
- 18- Rodríguez Niño, F. *“Capacidad de cuidado materno en el menor de 5 años con infección de vías respiratorias altas”*. (Tesis de maestría). Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México: 07/1995. [Consultado 10/08/2015]. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020114004.PDF>
- 19- Rodríguez Heredia, O.; Louzado Escrich, E. M.; Espindola Artola, A.; Rodríguez Heredia, O. E. *“Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas”*. Revista Archivo Médico de Camagüey (versión online). Vol.14 N° 3. Camagüey 05/2010. [citado 10/08/2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000300015&script=sci_arttexthttp://dx.doi.org/10.1590/S102049892006000200009.
- 20- Burgoa Rivero, C.; Salas Mallea, A. *“Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años”*. Rev. bol. ped. [online]. 2008, vol.47, n.2, pag. 72-76. ISSN 1024-0675
- 21- Vega Angarita, O.; Gonzalez Escobar, D. *“Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales”*. Revista Ciencia y Cuidado. Vol 4- ISSN-17949831. Universidad de Francisco de Paula Santander. Pag 30-31

22- Reedeer, S.;Martín L.; Koniak, D. *"La enfermera y la familia. Enfermería maternoinfantil*, 17º edición. Ed Interamericana. México; capitulo 4, 38 -4320

23- Boletín informativo del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza. Mendoza, 12/2014.

Disponible en: <http://salud.mendoza.gov.ar/>

24- Organización Panamericana de la Salud. Programa AIEPI *"Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Argentina para estudiantes de medicina"*. PALTEX. Buenos Aires, Argentina .OPS. 2005.

25- OPS/ OMS Colombia *"Mortalidad según condiciones de vida"*. Consultado 12/ 2015.

Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/sivigila/mortalidad/2metodo1.htm>

APÉNDICE

Y

ANEXOS

ANEXO N° I

N°

ENCUESTA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES, TUTORES O ENCARGADOS DEL CUIDADO DEL MENOR DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES

Buenos días/ tardes: Somos alumnas del 2º Ciclo de la Licenciatura en Enfermería de la UNCuyo. Estamos realizando una encuesta en este hospital/ clínica para recabar datos sobre el conocimiento de los padres con respecto a la Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS). Sus repuestas son totalmente confidenciales. Muchas gracias por colaborar y contribuir a nuestra investigación.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Sexo: Femenino Masculino

Edad: A) 15 a 20 años B) 21 a 30 años
C) 31 a 40 años D) 41 a 50 años E) + de 50 años

Estado civil: A) Soltera/ o B) Casada/ o C) Viuda/ o
D) Divorciada/ o E) Union de Hecho F) Separada/o

Número de hijos a cargo: A) 1 B) 2 a 4 C) 5 ó más

Nivel de instrucción del cuidador:

- A) Primario incompleto B) Primario completo
C) Secundario incompleto D) Secundario completo
E) Terciario incompleto F) Terciario completo
G) Universitario H) Analfabeto

Ocupación:

- A) Empleada pública B) Empleada empresa privada
C) Empleo temporario D) Ama de casa Estudiante

En caso de trabajar, ¿quién queda a cargo de sus hijos?

- A) Familiar B) Empleada C) Guardería D) Otro

Tipo de alimentación que recibió el niño hasta los 6 meses:

- A) Lactancia materna B) Lactancia artificial
C) Mixta (materna/ artificial)

¿Cuántas personas conviven en el hogar?

¿Con cuántas habitaciones cuenta el mismo?

¿Qué tipo de calefacción utiliza en su hogar?

A) Leña B) Gas C) Eléctrica D) Otros

¿Dónde concurre habitualmente a atender a su hijo cuando está enfermo?

A) Centro de Salud B) Hospital Público C) Clínica o Sanatorio
D) Curandera/o

¿Cuál sería la razón para no acudir primero a un establecimiento de Salud, en primer lugar?

A) Vive lejos de los centros sanitarios B) Horario de atención limitado
C) No hay medicamentos D) No lo considera necesario

1- ¿Algún integrante de su familia fuma? SI NO

2- En caso de que su respuesta anterior fuera si, ¿dónde lo hace?

A) Dentro de la casa B) Fuera del hogar

3- ¿En época invernal, con qué frecuencia ventila su hogar?

- A. Todos los días o como mínimo 3 (tres) veces por semana
- B. Una vez por semana
- C. Dos veces al mes

D. Nunca

4- Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) son (Marque con una X la opción que Ud. considere correcta):

A. Resfrío común, laringitis, bronquiolitis

B. Uretritis, nefritis

C. Osteomielitis

D. Gastroenteritis, colitis

5- ¿Cuáles son los síntomas de las IRAs? (Marque con una X la opción que Ud. considere correcta)

A. Diarrea, vómitos, dolor abdominal

B. Orinar frecuentemente y con ardor, fiebre

C. Fiebre, tos, moco, dolor de garganta y/o de oído

D. Materia fecal blanquecina, orina oscura, piel amarillenta

6- En caso de que su hijo/a presente dolor de garganta, oído, o fiebre. ¿Qué es lo primero que hace? (Marque una sola opción)

A. Recurre al Centro de Salud, hospital o clínica privada

B. Automédica

C. Le da algún remedio casero

D. Consulta al farmacéutico

7- Para Ud. los “signos de alarma” de una enfermedad, ¿Qué significan? (Marque con una X la opción que Ud. considere correcta):

A. Que el niño está mejorando.

B. Que el niño está empeorando.

C. Que el niño sigue igual.

8- Los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas son (Marque con una X la opción que Ud. considere correcta):

A. Materia fecal con sangre, moco o pus, llorar sin lágrimas, boca seca, somnolencia, orina muy poco o no orina.

B. Fiebre mayor de 38.5°C, dolor en la cintura, náuseas, vómitos.

C. Fiebre mayor de 38.5°C, respiración rápida o ahogos, silbidos o ruidos al respirar, coloración azulada, decaimiento o somnolencia.

D. No deja de vomitar, irritabilidad, le molesta la luz, rigidez de nuca.

9- ¿Qué conductas preventivas toma Ud. para evitar las IRAs? (Marque con una X la opción que Ud. considere correcta):

A. Vacunación, evitar cambios bruscos de temperatura, ventilar los ambientes
evitar el humo de tabaco

B. Lavarse las manos después de ir al baño, no entrar a baños públicos con los cordones desatados, no estar en contacto con personas con diarrea.

C. No pueden prevenirse

D. A y B son correctas.

ANEXO N°II: MATRIZ DE DATOS - HOSPITAL DR. HUMBERTO NOTTI

Nº	Sexo	Edad	E. Civil	Hijos	Instruc.	Ocupac.	Cuidado	Aliment.	Conviv.	Habit.	Calef.	Atenc.	Preg.1	Preg.2	Preg.3	Preg.4	Preg.5	Preg.6	Preg.7	Preg.8	Preg.9	Diagn	Puntaje
1	F	B	E	B	F	A	C	A	6	2	B	B	SI	B	A	A	C	B	B	C	D	CVAS	6
2	F	A	A	A	C	E	C	A	3	1	B	B	NO		A	A	C	A	B	C	A	CVAS	9
3	F	A	E	A	A	D	A	C	5	2	A	B	NO		B	A	C	C	B	C	D	BOR	6
4	F	B	B	B	E	A	A	C	6	2	B	BYC	NO		A	A	C	A	B	C	A	S.G.	9
5	F	B	E	B	D	C	C	A	5	2	A	B	SI	B	A	A	C	D	B	C	D	CVAS	6
6	F	A	A	A	D	C	A	C	4	2	A	A	NO		A	A	C	A	B	B	D	S.G.	7
7	M	B	B	B	D	C	A	C	4	2	B	B	SI	B	A	A	C	A	C	C	A	SINUS.	7
8	F	B	D	A	E	C	A	A	2	1	BYC	B	SI	A	A	A	C	A	B	C	A	BOR	7
9	F	B	A	C	H	D	A	C	7	3	B	B	NO		A	A	C	A	B	A	C	OMA	7
10	M	C	E	A	C	A	A	C	4	5	BYC	B	SI	B	A	D	C	A	B	B	A	CVAS	6
11	F	B	B	A	D	D	A	A	3	2	B	BYC	NO		C	A	C	B	B	C	C	NEUM.	6
12	F	B	A	A	E	B	A	A	9	3	B	A	SI	B	A	A	C	B	B	C	A	CVAS	7
13	F	C	E	B	C	D	A	B	4	2	B	B	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	CVAS	7
14	F	B	B	B	D	D	A	C	6	3	B	A	NO		B	A	C	A	B	C	D	BLT	7
15	F	A	E	A	C	D	A	C	5	2	C	B	SI	B	A	A	C	B	C	C	D	BLT	5
16	F	A	E	A	C	D	A	A	5	3	B	B	SI	B	B	A	C	A	C	C	A	BOR	6
17	F	D	A	A	C	C	A	C	3	2	BYC	B	NO		B	A	C	A	B	C	A	BLT	8
18	F	D	E	A	D	D	A	B	3	3	B	B	SI	B	C	A	C	A	B	D	D	CVAS	5
19	F	D	C	B	C	B	C	B	5	3	B	A	SI	B	A	A	C	A	A	C	B	LAR	6
20	F	B	B	B	B	D	A	C	6	2	C	B	SI	B	B	A	C	B	B	C	A	CVAS	6
21	F	B	E	B	B	D	A	B	4	2	A	B	SI	A	A	A	C	A	B	C	A	CVAS	7
22	F	A	E	B	C	D	A	A	4	2	B	A	SI	B	A	A	C	A	C	D	A	OMA	6
23	F	A	A	A	C	B	A	B	6	2	C	B	SI	A	A	A	C	A	B	C	A	BLT	7
24	F	C	B	B	B	D	A	A	6	2	B	B	SI	B	A	B	A	B	C	C	B	CVAS	4
25	F	C	D	B	E	D	A	C	4	2	B	B	SI	A	A	A	C	B	B	C	A	CVAS	6
26	F	C	B	B	D	A	A	A	5	2	B	B	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	LAR	7
27	F	C	D	C	B	D	C	A	6	2	C	A	SI	B	A	A	C	A	A	C	A	BOR	7
28	F	B	B	B	D	D	A	C	6	2	C	A	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	NEUM.	8
29	F	A	A	A	D	D	A	A	18	4	B	B	SI	B	A	A	A	A	C	C	A	BOR	6
30	F	B	A	B	D	A	C	A	5	3	B	A	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	NEUM.	8
31	F	C	E	B	C	D	A	A	4	1	A	A	SI	B	A	A	C	A	C	C	D	AMIG.	6

32	F	B	E	B	B	B	C	C	4	1	E	B	NO		A	A	C	A	C	C	B	AMIG.	8
33	F	A	E	B	C	D	A	A	4	2	B	B	SI	B	A	A	C	A	B	A	D	CVAS	7
34	F	B	E	A	C	D	A	B	3	2	A	B	SI	B	A	A	C	A	A	C	D	CVAS	6
35	F	C	B	B	C	D	A	A	4	2	BYC	B	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	CVAS	8
36	F	B	A	B	B	B	A	B	3	2	B	B	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	AMIG.	8
37	F	C	B	C	C	A	A	A	8	3	B	B	NO		A	A	C	A	B	C	D	CVAS	8
38	F	B	E	B	B	D	A	B	4	1	B	BYC	NO		A	A	C	B	B	C	D	CVAS	7
39	F	A	E	A	B	D	A	C	8	2	A	B	SI	B	A	C	A	A	B	C	D	BLT	4
40	F	C	E	B	F	C	C	C	3	1	A	B	NO		A	A	A	A	A	C	D	BOR	6
41	F	D	A	A	F	C	A	A	5	3	B	A	NO		A	A	C	A	B	C	A	CVAS	9
42	M	C	B	B	E	B	B	C	5	3	C	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	BOR	7
43	F	A	E	A	C	E	A	B	5	2	C	B	SI	A	C	D	A	C	B	C	D	CVAS	2
44	F	A	A	A	C	D	A	C	4	2	B	B	SI	B	A	A	C	B	B	C	A	OMA	7
45	F	B	E	B	B	D	A	B	4	1	C	B	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	BOR	8
46	F	C	E	B	C	D	A	A	6	3	B	A	NO		A	A	C	A	B	C	A	BOR	9
47	F	A	E	A	A	E	A	B	4	2	A	B	NO		A	B	B	B	B	B	D	OMA	4
48	F	A	A	A	B	B	A	B	4	4	B	B	NO		A	D	C	A	B	B	A	BOR	7
49	F	C	B	B	B	D	B	A	4	2	A	C	NO		A	A	C	A	B	C	D	CVAS	8
50	F	E	B	B	C	A	D	B	10	3	B	A	NO		A	A	C	A	B	C	A	FAR.	9

ANEXO N°III: MATRIZ DE DATOS - CLÍNICA DE GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS S.A.

Nº	Sexo	Edad	E. Civil	Hijos	Instruc.	Ocupac.	Cuidado	Aliment.	Conviv.	Habit.	Calef.	Atenc.	Preg.1	Preg.2	Preg.3	Preg.4	Preg.5	Preg.6	Preg.7	Preg.8	Preg.9	Diagn	Puntaje
51	F	B	A	B	E	C	A	C	7	2	C	B	NO		A	A	C	A	B	C	A	BOR	9
52	F	B	B	A	G	A	A	A	3	3	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	BOR	7
53	M	C	D	B	A	C	D	A	8	2	B	A	SI	A	D	B	D	C	C	C	A	BOR	2
54	F	C	A	A	G	B	A	A	5	5	B	C	SI	B	A	A	C	A	A	C	D	CVAS	6
55	F	B	B	A	E	B	D	C	3	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	OMA	8
56	F	C	B	B	E	D	A	A	3	3	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	A	ADT.*	9
57	F	B	B	A	A	D	A	B	3	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	B	A	ADT.*	7
58	F	C	A	B	E	D	C	A	6	3	BYC	C	SI	A	A	A	C	A	B	C	D	OMA	6
59	F	B	E	A	G	D	A	A	3	2	BYC	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	OMA	7
60	M	C	B	A	C	A	B	A	5	3	BYC	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	FAR.	8
61	M	C	B	B	G	A	B	A	5	3	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	A	OMA	9
62	F	C	B	B	G	B	A	C	4	2	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	A	AMIG.	9
63	M	C	B	A	G	B	A	C	3	2	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	D	OMA	8
64	F	B	A	A	C	D	A	A	5	2	B	BYC	SI	A	A	A	C	B	B	C	A	CVAS	6
65	M	B	B	B	D	A	A	A	4	3	B	C	SI	B	A	A	C	A	A	C	A	CVAS	7
66	F	B	A	B	D	B	A	A	4	2	C	C	SI	B	B	A	C	B	B	C	D	RIN	5
67	F	B	E	B	D	D	A	A	4	1	A	B	NO		A	A	C	A	B	C	A	OMA	9
68	F	C	B	B	E	D	D	C	5	3	D	C	NO		A	A	C	A	B	C	A	CVAS	9
69	F	D	E	B	C	C	A	A	5	2	B	A	SI	B	A	A	C	D	A	B	A	FAR.	5
70	F	B	A	A	C	A	C	A	3	3	BYC	B	NO		A	A	C	B	C	C	D	OMA	6
71	F	B	B	B	D	D	A	A	5	1	A Y C	C	SI	B	A	B	C	A	B	C	D	RIN	6
72	F	C	B	B	G	B	A	C	4	2	C	C	NO		A	A	C	A	B	C	D	ADT.*	8
73	F	B	E	A	E	D	A	A	3	1	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	ADT.*	8
74	F	C	B	B	F	A	A	A	4	1	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	A	AMIG.	9
75	F	D	E	B	G	B	B	C	6	3	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	AMIG.	8
76	M	C	B	B	E	B	A	C	5	2	C	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	FAR.	8
77	F	D	B	B	G	A	C	B	4	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	AMIG.	7

78	F	C	E	B	G	A	C	A	4	3	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	ADT.*	7
79	F	D	B	B	D	B	C	A	4	2	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	A	AMIG.	9
80	F	C	B	A	G	A	A	C	6	4	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	OMA	8
81	M	C	B	B	E	B	C	A	5	3	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	OMA	8
82	F	C	B	A	G	B	A	A	3	2	B	C	NO		A	A	C	D	B	C	D	OMA	7
83	F	C	E	A	D	A	A	A	3	1	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	D	AMIG.	8
84	M	B	B	B	G	B	C	A	4	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	AMIG.	8
85	F	B	B	A	E	A	C	A	3	1	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	D	AMIG.	8
86	F	B	B	B	D	B	A	C	5	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	OMA	7
87	F	B	B	B	G	A	B	A	5	2	C	C	SI	B	A	A	C	C	B	C	D	ADT.*	6
88	F	B	E	B	E	B	B	C	4	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	OMA	8
89	M	B	B	B	D	B	C	A	5	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	ADT.*	8
90	M	C	B	B	G	B	C	A	6	3	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	AMIG.	7
91	F	C	B	B	E	B	A	C	4	3	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	OMA	8
92	F	B	A	B	C	A	A	C	4	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	CVAS	8
93	F	B	E	B	D	A	A	A	4	2	B	C	NO		A	A	C	A	B	C	D	FAR.	8
94	M	C	D	C	E	B	A	A	6	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	OMA	7
95	M	B	B	B	D	B	C	A	5	3	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	A	OMA	8
96	F	D	B	B	D	A	C	A	5	3	BYC	C	SI	B	A	A	C	B	B	C	A	OMA	7
97	M	C	B	B	E	B	A	A	6	3	BYC	C	SI	A	A	A	C	B	B	C	A	AMIG.	6
98	F	B	A	A	C	B	A	A	5	2	BYC	BYC	SI	A	A	A	C	A	B	C	D	ADT.*	6
99	F	C	B	B	D	D	A	A	5	2	B	C	SI	B	A	A	C	A	B	C	D	OMA	7
100	M	C	B	A	G	A	B	C	3	2	B	C	NO		A	A	C	A	C	C	A	RIN	8

ANEXO IV: ESTADÍSTICAS DE CONSULTAS EN GUARDIA: CLÍNICA GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS S.A.

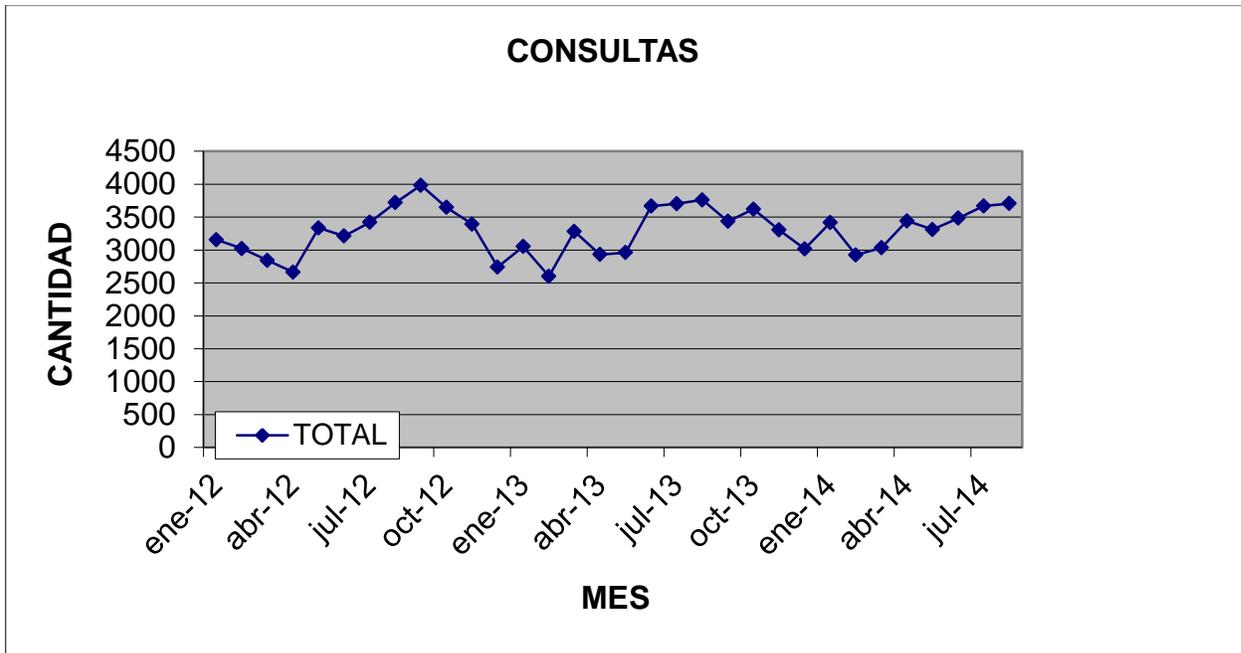
Tabla N°I: Cantidad de consultas mensuales realizadas por guardia Clínica GNyO S.A.

CONSULTAS			
MES	TOTAL	CONSULTA	GUARDIA
ene-12	3157	3157	
feb-12	3021	2956	65
mar-12	2842	2708	134
abr-12	2664	2592	72
may-12	3336	2980	356
jun-12	3213	2995	218
jul-12	3421	3113	308
ago-12	3721	3305	416
sep-12	3983	3315	668
oct-12	3648	3029	619
nov-12	3393	2774	619
dic-12	2741	2093	648
ene-13	3054	2015	1039
feb-13	2601	2035	566
mar-13	3283	2701	582
abr-13	2933	2326	607
may-13	2962	2273	689
jun-13	3666	2664	1002
jul-13	3704	2658	1046
ago-13	3762	2782	980
sep-13	3435	2517	918
oct-13	3620	2716	904
nov-13	3305	2621	684
dic-13	3017	2224	793
ene-14	3415	2197	1218
feb-14	2924	2285	639
mar-14	3034	2322	712
abr-14	3443	2699	744
may-14	3311	2556	755
jun-14	3484	2645	839
jul-14	3669	2626	1043
ago-14	3705	2721	984

* Las consultas de guardia solo están identificadas. Después de las 21.00 hs.

Fuente: Sra. María del Pilar Robles, Jefa Administrativa, Clínica de Nariz, Garganta y Oídos S.A. Enero 2012- Agosto 2014

Gráfico N°1: Cantidad de consultas mensuales realizadas por guardia Clínica GNyO S.A.



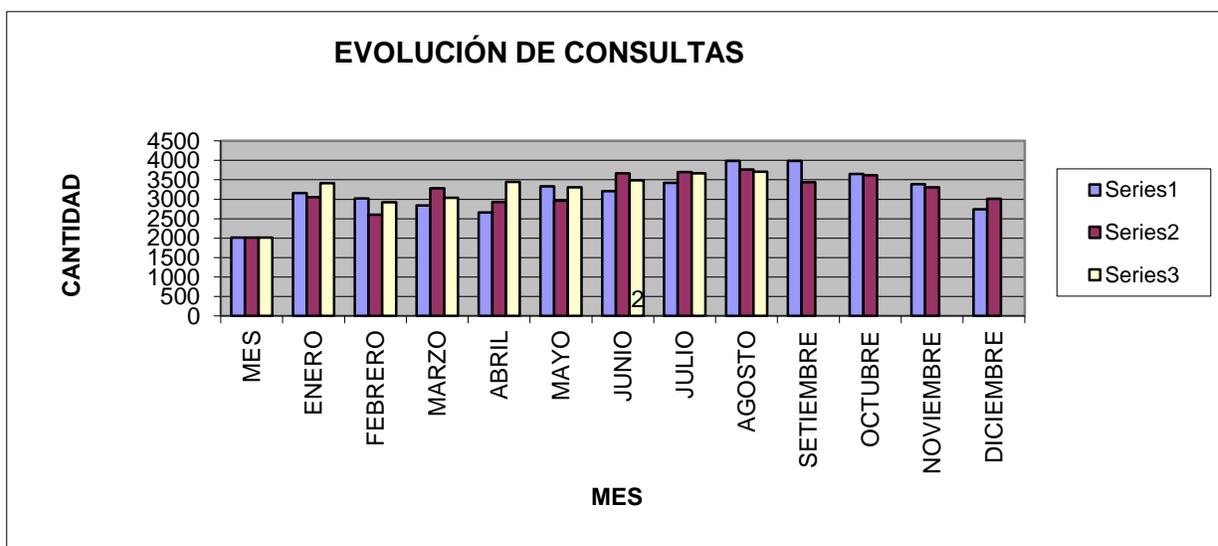
En esta tabla y gráfico podemos apreciar la fluctuación mensual de consultas realizadas en el servicio de Guardia de la Clínica GNyO S.A entre los años 2012 - 2014.

Tabla N° II: Comparación de la evolución de consultas mensuales

EVOLUCIÓN DE CONSULTAS			
MES/ AÑO	2012	2013	2014
ENERO	3157	3054	3415
FEBRERO	3021	2601	2924
MARZO	2842	3283	3034
ABRIL	2664	2933	3443
MAYO	3336	2962	3311
JUNIO	3213	3666	3484
JULIO	3421	3704	3669
AGOSTO	3983	3762	3705
SETIEMBRE	3983	3435	
OCTUBRE	3648	3620	
NOVIEMBRE	3393	3305	
DICIEMBRE	2741	3017	

Fuente: Sra. María del Pilar Robles, Jefa Administrativa, Clínica de Nariz, Garganta y Oídos S.A. Enero 2012- Agosto 2014.

Gráfico N° 2: Comparación de la evolución de consultas mensuales



Este gráfico muestra la comparación mes a mes de la evolución de las consultas efectuadas en el Servicio de Guardia de la Clínica GNyO S.A. entre los meses de los años 2012-2014 respectivamente.

ANEXO V: FOTO INSTITUCIONAL



Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti. Av. Bandera de los Andes 2603 - Guaymallen - Mendoza.



Clínica de Garganta, Nariz y Oídos S.A. San Lorenzo 441 - Ciudad- Mendoza.