



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
TÍTULO DEL PROYECTO

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL GENERAL HOSNAG. 2017

Autor: Roa Alvarado Jonathan Israel

Tutor: Dr. Holguer Romero Urréa, Ph.D.

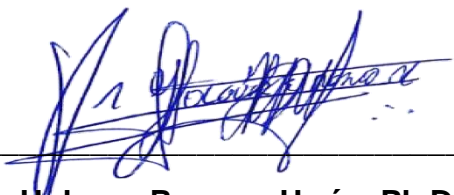
Milagro, 2021

ECUADOR

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, **Holguer Romero Urréa**, en calidad de tutor del Proyecto de Investigación, elaborado por el estudiante Jonathan Israel Roa Alvarado, cuyo título es **FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL GENERAL HOSNAG. 2017**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud Pública, Atención Primaria en Salud**. Previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública**; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y epistemológico, para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **Apruebo**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Proyecto de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 25 días del mes de abril de 2021.



Dr. Holguer Romero Urréa, Ph.D.

Tutor

C.I.: 06015525322

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **LIC. JONATHAN ISRAEL ROA ALVARADO** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación– Examen Completo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta práctica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la línea de Investigación Salud Pública, Atención Primaria en Salud, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior. El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 25 días del mes de abril de 2021.



Jonathan Israel Roa Alvarado
Maestrante
CI: 1104787724

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

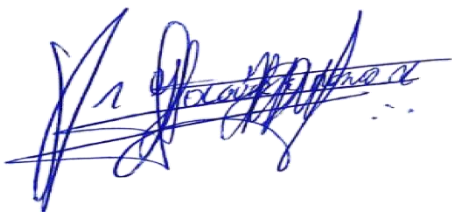
El tribunal calificador luego de realizar la revisión de la TESIS, previo a la obtención del título de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA, presentado el estudiante Lcdo. **JONATHAN ISRAEL ROA ALVARADO**; cuyo título es: **FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL GENERAL HOSNAG. 2017.**

Otorga a la presente tesis las siguientes calificaciones:

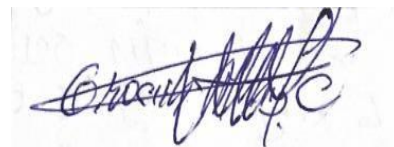
MEMORIA CIENTÍFICA	[]
DEFENSA ORAL	[]
TOTAL	[]
EQUIVALENTE	[]



PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



PROFESOR DELEGADO



PROFESOR SECRETARIO

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto como profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a las diferentes instituciones que me abrieron las puertas para mi preparación profesional como Magíster en Salud Pública. Empezando por el Hospital General HOSNAG que me permitió tener acceso a las instalaciones e información para cumplir de manera exitosa mi objetivo. A la Universidad Estatal de Milagro, que fue testigo del esfuerzo diario y pilar fundamental en mi preparación. Al igual que a las autoridades del post grado y docentes que con paciencia y esmero me inculcaron conocimiento y valores en cada una de sus clases.

DERECHO DE AUTOR

Ingeniero
Fabricio Guevara Viejó, PhD.
RECTOR
Universidad Estatal de Milagro
Presente,

Yo, Jonathan Israel Roa Alvarado en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la Tesis de Posgrado, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer la entrega de la Cesión de Derecho del Autor de tesis de posgrado realizada como requisito previo para la obtención del Título de Posgrado de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, como aporte a la Temática del “**FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL GENERAL HOSNAG. 2017**”.

Milagro, a los 25 días del mes de abril de 2021.



Jonathan Israel Roa Alvarado
Maestrante
CI: 1104787724

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	III
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
DERECHO DE AUTOR	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	XV
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.1. Problematización.	1
1.1.2. Delimitación del problema.	4
1.1.3. Formulación del problema.	4
1.1.4. Sistematización del problema.	4
1.1.5. Determinación del tema.	5
1.2 OBJETIVOS	5
1.2.1. Objetivo general	5
1.2.2. Objetivos específicos	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.	6
CAPÍTULO II	8
MARCO REFERENCIAL	8
2.1 MARCO TEÓRICO	8
2.1.1 Antecedentes históricos	8
2.1.2 Antecedentes referenciales	9
2.1.3 Fundamentación	25

2.2. MARCO LEGAL.	27
2.3 MARCO CONCEPTUAL	28
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
2.4.1 Declaración de Variables	29
2.4.2 Operacionalización de las Variables	30
CAPÍTULO III	32
MARCO METODOLÓGICO	32
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	32
3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA	32
3.2.1 Características de la población	32
3.2.2 Delimitación de la población	33
3.2.4 Tamaño de la muestra.	33
3.2.5 Proceso de selección.	33
3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	34
3.3.1 Métodos teóricos	34
3.3.2 Métodos empíricos	34
3.3.3 Técnicas e instrumentos	34
3.4 EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	36
3.5 CONSIDERACIONES ETICAS.	36
CAPÍTULO IV	37
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	37
4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	37
4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA, Y PERSPECTIVAS	47
CAPÍTULO V	52
PROPUESTA	52
5.1 TEMA	52
5.2 FUNDAMENTACIÓN	52
5.3 JUSTIFICACIÓN	53
5.4 OBJETIVOS	54
5.4.1 Objetivo general	54
5.4.2 Objetivos específicos	54
5.5 UBICACIÓN	55
5.6 FACTIBILIDAD	55

5. 7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	56
5.7.1 Actividades	56
5.7.2 Recursos, análisis financiero	57
5.7.2.1. Recursos.	57
5.7.2.2. Análisis financiero.	58
5.7.3 Impacto	58
5.7.4 Cronograma	59
5.7.5 Lineamiento para evaluar la propuesta	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	61
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y sexo.....	38
Tabla 3. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y población de procedencia.....	39
Tabla 4. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con la edad gestacional al nacer.....	40
Tabla 5. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad e inmunizaciones.....	41
Tabla 6. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y estado nutricional.....	42
Tabla 7. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con exposición al humo.....	43
Tabla 8. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con lactancia materna.....	44
Tabla 9. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con hacinamiento.....	45
Tabla 10. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y automedicación.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en pacientes pediátricos.....	38
Gráfico 2. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y sexo.....	39
Gráfico 3. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y población de procedencia.....	40
Gráfico 4. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con la edad gestacional al nacer	41
Gráfico 5. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad e inmunizaciones.....	42
Gráfico 6. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias en el servicio de hospitalización por grupos de edad y estado nutricional	43
Gráfico 7. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con la exposición al humo.....	44
Gráfico 8. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con lactancia materna.....	45
Gráfico 9. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con hacinamiento	46
Gráfico 10. Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y automedicación.....	47

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Formato de ficha de observación.....	69
Anexo 2. Validación del Instrumento.....	74
Anexo 3. Permiso de realización del proyecto en el Hospital General HOSNAG...77	
Anexo 4. Tabla 1.- Prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos	75

RESUMEN

Introducción: En la actualidad las infecciones en vías respiratorias en los niños son una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, siendo relevante en la Salud Pública esta problemática ya que pese a ser conocida, no se logra reducir la prevalencia de éstas, por lo que es necesario identificar de manera adecuada los factores de riesgo y determinar las acciones pertinentes. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias. **Metodología:** En la investigación se aplica el método cuantitativo, de corte transversal, descriptiva, retrospectiva determinando los factores de riesgo. La población estudiada es de 87 pacientes pediátricos hospitalizados por enfermedades respiratorias. El instrumento es una ficha de recolección de datos, validada por juicio de expertos. **Resultados:** Entre los principales factores de riesgo en las infecciones respiratorias tenemos el sexo masculino, el sobrepeso y la automedicación. Así como la enfermedad respiratoria prevalente en los egresos hospitalarios es la neumonía. **Conclusiones:** La relación entre factores de riesgo y enfermedades respiratorias es estadísticamente significativa, ya que como enfermedades prevenibles es importante determinar estos factores, para actuar sobre los mismos mediante la promoción de salud. **Recomendaciones:** Capacitación a los padres sobre medidas de prevención y cuidados en los niños en las enfermedades respiratorias.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo, infección respiratoria, niños, prevención, vulnerable.

ABSTRACT

Introduction: At present, respiratory infections in children are one of the main causes of morbidity and mortality worldwide, this problem being relevant in Public Health since despite being known, it is not possible to reduce their prevalence, so it is necessary to properly identify the risk factors and determine the relevant actions.

Objective: To determine the individual risk factors in pediatric patients with respiratory diseases in the hospitalization service. **Methodology:** In the research, the quantitative, cross-sectional, descriptive, retrospective method is applied, determining the risk factors. The population studied is 87 pediatric patients hospitalized for respiratory diseases. The instrument is a data collection sheet, validated by expert judgment. **Results:** Among the main risk factors in respiratory infections we have the male sex, being overweight and self-medication. Just as the prevalent respiratory disease in hospital discharges is pneumonia. **Conclusions:** The relationship between risk factors and respiratory diseases is statistically significant, since as preventable diseases it is important to determine these factors, to act on them through health promotion. **Recommendations:** Training of parents on prevention and care measures for children in respiratory diseases.

KEY WORDS: Risk factors, respiratory infection, children, prevention, vulnerable.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias son infecciones que actúan atacando el sistema respiratorio a nivel superior o inferior, en este caso los pulmones y son causadas por distintos microorganismos tales como hongos, bacterias y virus. Estas enfermedades se pueden producir tanto en niños como en personas adultas, siendo en el caso de los niños más común, debido a que es una población de alto riesgo, propenso al contagio por exposición a factores ambientales como: humo de tabaco, contaminación atmosférica, entre otras y por condiciones propias del estado de salud de la persona.

A nivel mundial se ha considerado esta enfermedad como peligrosa, debido al alto índice de contagio y mortalidad, provocando además otros problemas como ausentismo escolar, altos ingresos hospitalarios, demanda en las consultas pediátricas además de afecciones psicológicas y niveles de estrés alto en los padres o cuidadores del niño. El hospital donde se realizó este estudio no se aleja de esta realidad, puesto que el índice de pacientes que acuden a consulta e ingresos por infecciones respiratorias es relativamente alto.

Lo anteriormente expuesto, es importante, ya que al identificar los factores que son de riesgo en contraer las infecciones respiratorias agudas, permitirá tratarlos y prevenirlos de manera rápida y oportuna, enfocando la atención en todas las áreas que se requieran, esto incluye paciente, padres de familia y comunidad en general, reduciendo el número de menores afectados, contribuyendo así a mejorar la situación de esta problemática actual.

De esta manera, el propósito de esta investigación es determinar los factores de riesgo intrínsecos o no modificables y extrínsecos o modificables en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias en el servicio de hospitalización, mediante el estudio de diferentes eventos suscitados durante el año de estudio, obteniendo información directamente de la historia clínica de los niños.

Cabe mencionar que es un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo exploratorio, descriptivo, que contiene información precisa y concisa, dirigido por las dos variables fundamentales como son los factores de riesgo modificables y no modificables. De esta manera la población que es de 87 niños egresados con infecciones respiratorias, es estudiada de manera completa y en todos sus aspectos, incluido los cuidados y medidas de prevención.

La presente investigación será expuesta de manera sistemática y ordenada, presentada en capítulos, para el desarrollo del mismo el Capítulo I: establece el planteamiento de problema, presentación de objetivos y la justificación de la investigación. Capítulo II: marco referencial, marco teórico, marco conceptual y la determinación y operacionalización de variables. Capítulo III: se presenta el marco metodológico tipo y diseño de la investigación, presentando los instrumentos de la investigación, métodos, técnicas y el procesamiento de los datos obtenidos. Capítulo IV: en este capítulo, se desarrolla el análisis de la situación actual, el análisis comparativo, evolución, tendencia y perspectivas y los resultados. Capítulo V: se establece la propuesta para la solución al problema.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Problematización.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que “en el año 2015 la causa de defunción de 920.136 niños/as fue la neumonía, con datos de alrededor del 15% de todos los fallecimientos de niños menores de 5 años en todo el mundo, con mayor incidencia en los países subdesarrollados, como es el caso del África Subsahariana y Asia Meridional; y los costos por la atención de los pacientes pediátricos con neumonía superaron los ciento nueve millones anuales a nivel mundial” (OMS, 2019).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), entre ellas la neumonía, se considera que es responsable del 20% de las muertes en menores de cinco años, muy por encima de los países desarrollados, con cierta variabilidad regional. “En Perú causa el 11,8% de las muertes en menores de 5 años, en Cuba el 10,2%, en Haití el 40%, que contrasta con las cifras reportadas en Estados Unidos de aproximadamente un 6%6-9. En el caso específico de Colombia, la IRA constituye uno de los principales motivos de consulta a los servicios de salud y una de las cinco principales causas de muerte en menores de cinco años” (Bayona & Niederbacher, 2015), de esta manera se puede considerar que esta patología es una enfermedad que reporta mucha atención en el área hospitalaria.

“En América Latina y el Caribe se reportan 182.000 hospitalizaciones al año relacionadas a infección neumocócica, con un costo económico de 333 millones de dólares invertidos en la atención de los pacientes infestados” (Reyes, Fonseca, García, Llul, Yanes, Velázquez, 2017). Las IRA se han descubierto mediante investigación que, afecta a una gran parte de la población a nivel mundial, pero es una de las principales causas de muertes en niños menores de 5 años (García Rosique. En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2016), mediante el compendio estadístico del 2016, “se establece que dentro de las 10 principales causas de mortalidad infantil se evidencia como tercera causa la neumonía, constituyéndose en la primera a partir de pacientes lactantes menores, con una tasa de 258,4 por cada 10.000 niños y representa el 6% del total de egresos” (INEC, 2016).

Mencionado esto, se conoce que en la génesis de las infecciones respiratorias agudas en edades pediátricas se registran varios factores de riesgo pre dispuestos al desarrollo de estas patologías, los mismos que no están clasificados de manera precisa o definida, pero existe gran concordancia entre autores indicando que existen factores individuales o ambientales, otra clasificación puede ser factores extrínsecos o modificables e intrínsecos o no modificables, de cualquier modo se menciona la exposición al humo del tabaco, el hacinamiento y la falta de conocimientos higiénicos como principales, también se menciona la edad como factor no modificable (Juy AE, Céspedes FE, Rubal WAC, 2014). Es relevante recalcar que las enfermedades respiratorias tienen una estrecha relación con los factores de riesgo, ya que los microorganismos patógenos actúan de manera diferente en cada una de estas enfermedades, siendo determinado por la edad, el sexo, el estado nutricional y otros factores más que conllevan a la presencia de las mismas, así como sus complicaciones.

“Se acepta que el bajo nivel socio-económico, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida, la vivienda inadecuada, la contaminación del aire dentro del hogar provocado por diferentes agentes causales y las malas condiciones

ambientales son factores asociados a la elevada incidencia de infecciones respiratorias en la población de niños menores de cinco años”. (Coronel, Huerta & Odelmis, 2018), estos factores algo ignorados por el personal de salud, como son los socioeconómicos, están vinculados de gran manera ya que existe un bajo ingreso familiar, así como el desconocimiento de los padres de los infantes acerca de las infecciones respiratorias (Gaibor Calixto Edison, 2018).

La automedicación como factor de riesgo pasa desapercibido muchas veces por parte de los padres de los niños, pero esto causa que aumente el riesgo en la salud del infante, pudiendo ocasionar en muchos casos hasta la muerte, ya que la medicina en pacientes pediátricos debe ser administrada de acuerdo al peso del paciente; así mismo ésta mala práctica puede aumentar el riesgo de reacciones adversas y resistencia bacteriana en el caso de los antibióticos, frecuentemente administrados por parte de los padres en las patologías respiratorias (Sergio Ivan Agudelo Pérez, 2020).

Citados los factores de riesgo vinculados a estas patologías, es importante mencionar que no solo afectan a la salud del paciente, sino también a los padres, que muchas veces se tienen que ausentar de sus trabajos por estar al pendiente del cuidado de los niños y afecta la economía familiar, debido a que se generan gastos adicionales en pro del bienestar del niño, además el ausentismo escolar y laboral de los padres, y también viéndose afectado el sistema sanitario por los altos gastos en consultas ambulatorias y hospitalización, constituyéndose en uno de los problemas en salud pública más importantes, en especial los casos de neumonía bacteriana que muchas veces conllevan a complicaciones más graves (Jofré & Vega, 2009).

En el Hospital General “HOSNAG” existe una gran cantidad de niños con enfermedades respiratorias representadas en un 37% de pacientes pediátricos, que es el porcentaje más alto comparado con las otras patologías, de los cuales se desconocen los factores de riesgo para contraer estas infecciones, no existen

estudios sobre esta temática en esta institución, de modo que impide disminuir la morbi-mortalidad en los niños afectados con estas patologías, de la misma manera existe una sospecha de la influencia de los factores no modificables y modificables de la salud en los pacientes anteriormente mencionados. No existe una intervención específica.

1.1.2. Delimitación del problema.

El presente trabajo se realiza con la población total de pacientes pediátricos egresados por enfermedades respiratorias durante el año 2017 del Hospital General HOSNAG.

1.1.2.1. Línea de investigación: Salud Pública-Atención Primaria en Salud.

1.1.2.2. Objeto de estudio: Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.

1.1.2.3. Unidad de observación: Hospitalización de Pediatría.

1.1.2.4. Tiempo: 2017

1.1.2.5. Espacio: Hospital General HOSNAG

1.1.3. Formulación del problema.

¿Cuáles son los factores de riesgo en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias en el servicio de hospitalización del Hospital General HOSNAG?

1.1.4. Sistematización del problema.

¿Cuál es la prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos?

¿Cuál es la influencia de los factores de riesgo no modificables en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias?

¿Cuál es la prevalencia de los de los factores de riesgo modificables en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias?

1.1.5. Determinación del tema.

Factores de riesgo en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias en el servicio de hospitalización. Hospital General HOSNAG 2017.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.

1.2.2. Objetivos específicos

Definir la prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos.

Determinar la influencia de los factores de riesgo no modificables en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.

Identificar la prevalencia de los factores de riesgo modificables en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.

Diseñar una propuesta para disminuir los factores de riesgos encontrados en los pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Las enfermedades respiratorias se encuentran entre las principales causas de morbimortalidad, ausentismo escolar, gastos al sistema de salud, entre otras, debido a que su fácil contagio e inadecuado tratamiento. El promedio de muertes por infecciones respiratorias al año es de 4 millones de las cuales 1,9 suceden en los menores de cinco años; además de ser la principal causa de morbilidad en el mundo, también es la más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países (Castillo & Quilumba, 2019). Cabe mencionar que el Hospital General HOSNAG no se aleja de esta problemática, ya que la mayor cantidad de pacientes egresados del área de pediatría corresponden a enfermedades respiratorias, así como reingresos durante el año, contribuyendo a las cifras anteriormente mencionadas, lo que afecta a la comunidad naval.

Dicho lo anterior, es importante determinar los factores de riesgos en estos niños, para conocer las circunstancias que aumenta las probabilidades de contraer las infecciones respiratorias, por lo que la presente investigación nos permite determinar dichos factores. Así también, es fundamental conocer la estrecha relación de estos, con las patologías frecuentes en los niños hospitalizados en el HOSNAG, ya que, como causantes de un gran índice en la morbilidad a nivel local, deben ser identificadas para intervenir oportunamente y evitar propagación, riesgos o complicaciones mediante el correcto tratamiento y cuidados específicos, acorde a los problemas y necesidades que presenta el paciente.

El resultado del presente proyecto se divulgó con las autoridades y al personal de salud que labora en la institución, que nos concede la necesidad de crear una propuesta con el fin de motivar a la promoción y prevención de la salud de los infantes, mediante el conocimiento concreto de los factores de riesgo relacionados a las enfermedades respiratorias, que están afectando a los niños que acuden a la institución, logrando así una atención de calidad y satisfaciendo las necesidades de los pacientes y padres como beneficiarios directos, pero también se beneficia de

este proyecto la institución y el sistema de salud en general, por lo que se considera esta investigación de gran impacto a nivel hospitalario y social.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes históricos

Resulta complejo establecer el origen de estas enfermedades, existen descripciones desde el año 412 A.C por Hipócrates de una pandemia de neumonía y se estableció en las bases de la ciencia médica, considerando a estas como un efecto de la cólera divina, opinión apoyada en la interpretación de los libros sagrados. Se reportan epidemias de tipo gripal en Europa en los siglos VI y IX. Sin embargo, la primera epidemia anunciada como Influenza y generalmente aceptada, ocurrió en diciembre de 1173. El historiador Kirsch ha reportado 299 epidemias entre 1173 y 1985. La primera pandemia que afectó Europa, Asia y el norte de África ocurrió en 1580 y la primera en el continente americano ocurrió en 1647. En este siglo se han presentado 5 pandemias: 1900,1918, 1957, 1968 y 1977 (Moreno-Sánchez, 2018).

En el año 2009, la OMS mediante la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN), en un informe a la población mundial declaró como pandemia a la gripe A (H1N1), los primeros reportes de esta enfermedad se registraron en Estados Unidos de América y México, en base al número de contagiados se declara emergencia de Salud Pública de importancia internacional, este virus esta originado por material genético animal de cerdos y

aves, cuya transmisión se daba por contacto directo o indirecto con secreciones respiratorias o por inhalación de gotas o aerosoles (INFOSAN, 2009).

En Ecuador en el año 2016, según el INEC, la neumonía es la tercera causa de mortalidad en menores de un año, con 139 casos que representan el 4.57%, antecedida por la dificultad respiratoria del recién nacido con 484 casos y sepsis bacteriana del recién nacido con 217 casos. Y es la segunda causa de mortalidad en menores de 5 años, con 223 casos que representan el 5.80%, antecedido por dificultad respiratoria del recién nacido con 484 casos representados por el 12.59% de las muertes (INEC, 2016).

2.1.2 Antecedentes referenciales

Un estudio realizado descriptivo y transversal, de 253 pacientes menores de 5 años de edad, ingresados con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en el Hospital Distrital de Sayaxché. Entre estas afecciones se destaca la neumonía, con una incidencia muy elevada en la infancia y con variaciones según la edad (4 mil casos por 100 mil niños por año), principalmente en el grupo de 1 a 5 años. Los países más desarrollados de América, si bien consideran la neumonía entre las primeras causas de muerte en los menores de 1 año, sus tasas de mortalidad distan mucho de los que están en desarrollo (Elisa Aguirre, 2014)

Las enfermedades respiratorias agudas constituyen una de las principales enfermedades causadas por una inflamación de las vías respiratorias tanto superiores como inferiores, acompañadas de complicaciones y síntomas en los primeros años de existencia, por lo general constituyen el motivo principal para la consulta médica, normalmente la mayoría de estas infecciones son producidas por virus oportunistas que se aprovechan de un sistema inmunodeprimido, y en muchos casos las infecciones respiratorias agudas también suelen ser ocasionadas por un agente bacteriano, prevaleciendo las más comunes como bronquitis, neumonías, entre otras.

Se realiza un estudio analítico de caso y control en el Consultorio 6, perteneciente al Policlínico Docente “13 de marzo” de Bayamo, Granma donde se determinó la incidencia, los factores de riesgo y la etiología de la infección respiratoria aguda en edades pediátricas. En los resultados se encontró una elevada incidencia de infección respiratoria aguda predominando la etiología viral. Constituyeron factores de riesgo la edad pues predominó en niños menores de 5 años, el sexo predominando el masculino y las regulares condiciones higiénicas personal y del hogar muy significativamente (Isidro Gessos, 2019).

Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo transversal en 15 hogares infantiles y en 2 jardines sociales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar los cuales conforman la totalidad de instituciones en el municipio de San José de Cúcuta y que prestan el servicio a 2497 niños y niñas menores de seis años que pertenecen a estratos socioeconómicos 1, 2, 3 y a familias desplazadas del municipio en el año 2011. Se determinó que el 66.67%% de los hogares no contempla un protocolo interno para el manejo de infección respiratoria. En lo referente al conocimiento de las profesoras sobre los signos de alarma en la infección respiratoria aguda, se observó que el 93.33% de las profesoras de los hogares no tienen conocimiento de estos signos. En un estudio similar, el hacinamiento estuvo presente en 54,4 % de los pacientes, las malas condiciones de vida en 32,6 % y la desnutrición en 37,0 %; hallazgos que también coinciden con lo referido en otras series (Juy Aguirre, 2014).

Una investigación observacional, analítica, de casos-contróles en cuatro consultorios de tipo I pertenecientes al policlínico Raúl Sánchez del municipio Pinar del Río en el período febrero/2010-octubre/2011. El universo estuvo conformado por los pacientes que acudieron a los consultorios, asignándose al grupo estudio (casos) aquellos con infección respiratoria aguda de 0-14 años de edad (n=272) y por cada paciente del grupo estudio se seleccionó uno de la misma edad sin la enfermedad atendido posteriormente (contróles), los resultados indicaron que los factores de riesgo individuales más importantes son: no lactancia materna exclusiva

(OR=4,6) y peso <normal (OR=2,9); los factores de riesgo ambientales más importantes: humedad, contacto con pacientes con infección respiratoria aguda y polvo (OR=14,1 11,9 y 2,0 respectivamente) y los factores de riesgo sociales más importantes: vivienda con mala ventilación y hacinamiento (OR=4,3 y 3,8) (Yamilka Oliva, 2013).

Los factores de riesgo modificables similares que requieren atención en los dos estudios son: la necesidad de vigilar el lavado correcto de las manos de los infantes, poco conocimiento de los profesores respecto a los signos de alarma de la IRA, ausencia de protocolos para el manejo adecuado de los menores con IRA y poca colaboración de la familia para mantener los niños enfermos en el hogar (Pineda, Ortega, Dávila, Sandoval, & Betancur, 2013).

Los factores de riesgo modificables no pueden ser comparados entre los hogares infantiles y los jardines infantiles, sin embargo un común denominador hallado es el lavado de manos, el cual es un factor de riesgo modificable, la limpieza, el manejo preventivo a esta patología y la importancia de conocer sus signos de alarma, para brindar un manejo adecuado y facilitar el control de los diferentes agentes causales, los cuales ponen en riesgo el estado físico, mental y psicológico de la población infantil. El resultado fue que solo 5 pacientes fueron bajo peso al nacer y de ellos 2 desarrollaron la IRA, con un RR de 1.31 (Dalmao, Sotomayor, Moré, & Gonzales, 2014).

Una nutrición defectuosa conduce a una afectación de la salud y por ende a una disminución de las capacidades físicas, intelectuales o ambas, lo que determina importantes implicaciones de orden económico, político y social. La asociación de desequilibrios nutricionales, sobre todo por defecto, con las infecciones, es ampliamente conocida. Por lo tanto, se identificaron como factores de riesgo asociados a las Infecciones Respiratorias Agudas: la privación de la lactancia materna antes de los seis meses de vida, la desnutrición proteico-energética, las

enfermedades asociadas y las condiciones socio-económicas desfavorables y en un menor porcentaje el bajo peso al nacer.

Después de mencionar los estudios anteriores, a continuación, se describe conceptos básicos de conocimiento general acerca de la temática actual como factores de riesgo modificables y no modificables, patologías frecuentes con sus respectivas estadísticas en los menores hospitalizados por infección de vías respiratorias en el Hospital General HOSNAG, para el mejor entendimiento del presente proyecto.

Prevalencia de enfermedades respiratorias establecidas en pacientes pediátricos

Infecciones respiratorias.

Según la OMS, las enfermedades o infecciones respiratorias afectan a las vías respiratorias, incluidas las vías nasales, los bronquios y los pulmones. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la neumonía, son unas de las principales causas de muerte en el mundo, con más de 4 millones de muertes al año. Es una causa de muerte particularmente importante en los países de ingresos bajos y medios. Incluyen desde infecciones agudas como la neumonía y la bronquitis a enfermedades crónicas como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OMS, 2018).

La clasificación original de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), propuesta por la OMS, comprende 3 divisiones de IRA: las graves, que son aquellas que requieren hospitalización, las moderadas que mejoran con tratamientos usados en el domicilio sin hospitalización, y leves que solo requieren cuidados paliativos (Tamayo & Bastart, 2015). Algunos expertos indican que las madres referían objeciones en las neumonías, otitis media y laringitis estreptocócica, por lo que resultaba difícil vigilarlas por separado, ya que con la clasificación antes

mencionada el personal de salud se enfoca especialmente en las IRAS graves más que en las leves, pero es importante identificarlas por separado.

De acuerdo al lugar en donde se encuentran ubicadas las infecciones respiratorias pueden ser altas o bajas. Las altas afectan la nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senos paranasales. Debe recordarse que la mucosa del tracto respiratorio superior es continua por lo que una infección en cualquiera de sus sectores puede propagarse hacia las vías inferiores. Entre las principales enfermedades tenemos el resfriado común, o rinofaringitis, laringitis, amigdalitis aguda, rinitis aguda, sinusitis aguda y otitis media aguda (Zeng, 2014). Las infecciones respiratorias bajas son aquellas en las que el agente infeccioso lesiona o ataca la parte del sistema respiratorio bajo la laringe, y comprende la tráquea, los bronquios, bronquiólos y alvéolos pulmonares (Marín, Rosada, Guevara, Tamayo & Del Prado, 2019).

Infecciones respiratorias altas.

Resfriado común o Rinofaringitis aguda.

Conceptualmente, las infecciones respiratorias altas, parten desde la nariz hasta la laringe, siendo una de las causas más frecuentes de patología infecciosa entre ellas constan resfriado común que se reconoce como una enfermedad infectocontagiosa aguda, viral, con inflamación secuencial o simultánea de nasofaringe, autolimitada, de carácter benigno, que cursa con predominio de síntomas nasales y ocasionalmente faríngeos, fiebre y malestar general, variable en intensidad según la edad, complicaciones asociadas, así como otras características específicas del individuo afectado. El origen del catarro o resfriado común es viral; su puerta de entrada es conjuntiva o nasal y favorecida por temperaturas bajas hallándose principalmente el rinovirus cerca de 100 serotipos siendo menos frecuente VRS, parainfluenza e influenza, esporádicos los casos de enterovirus y adenovirus (Tamayo C., 2015).

Así mismo los resfriados comunes o rinofaringitis agudas, constituyen una alta propagación en los niños. Representa 50 % de las infecciones de las vías respiratorias superiores, y a pesar de encontrarse a lo largo de todo el año sus síntomas desaparecen en 7 a 10 días, y suelen presentarse por estaciones (Tamayo C., 2015). Las medidas terapéuticas recomendadas en pacientes con resfriado común, es indudablemente un tratamiento enfocado en aliviar los síntomas, tratamiento no farmacológico, sustentado en la aplicación de medidas de promoción y prevención, libres de “violencia terapéutica” ya que aún no se cuenta con medicamentos eficaces contra los virus que lo provocan.

Laringitis aguda.

La laringitis es la infección obstructiva de la vía aérea superior más frecuente en la infancia; afecta principalmente a niños entre 6 meses y 6 años. La laringitis puede ir precedida de un cuadro catarral y fiebre, con origen etiológico viral, siendo los agentes patógenos más frecuentes la parainfluenza 1 y 2. El diagnóstico es clínico y en la exploración se pueden encontrar signos de dificultad respiratoria alta y tiraje supraesternal, intercostal y subcostal con mayor o menor hipoventilación según la gravedad del cuadro (Callén, Pardos & Praena, 2007).

Se menciona también que la frecuencia de la laringitis aguda (LA) o crup viral a una edad determinada se explica, en parte, por razones anatómicas: el diámetro de la vía aérea en los niños es mucho más pequeño que en los adultos; por tanto, ante un mismo grado de inflamación, la obstrucción al flujo aéreo será mayor. La región subglótica es la parte más estrecha de la vía aérea superior en los niños y la más afectada en la LA. Además, esta zona está rodeada por un cartílago firme que facilita que pequeños grados de inflamación causen una obstrucción importante. La ventilación del niño también resulta afectada por la congestión nasal acompañante y por un aumento de la velocidad respiratoria durante el llanto (Arroba M., 2003).

Cabe mencionar que la LA y el crup espasmódico suelen ser procesos benignos que, en muchas ocasiones, no requieren medidas terapéuticas. La mayoría de los pacientes no precisan exploraciones complementarias ni hospitalización, por lo que pueden ser tratados en atención primaria. Si el niño va a ser tratado en su domicilio, debe estimularse la ingesta de líquidos y administrar antipiréticos si está febril.

Sinusitis aguda.

La sinusitis aguda es una inflamación de origen infeccioso de la mucosa de las cavidades paranasales. Se da frecuentemente en los meses fríos del año, del 5 a 10 % de las IRA que se presentan en los niños se complican con infección sinusal. Las manifestaciones clínicas son síntomas de resfrío común por más de 10 días, halitosis matinal, fiebre alta sobre 39°C, rinorrea purulenta, edema palpebral, en niños mayores cefalea que se intensifica con tos, entre otras. En Europa Central aproximadamente el 5% de los habitantes padecen sinusitis crónica (Azuara E., 2019). El 0.5 a 5% de infecciones de vías aéreas superiores se complica de sinusitis agudas. Normalmente los niños tienen entre seis y ocho cuadros de infección de vías aéreas superiores al año. Por lo tanto, la sinusitis aguda es frecuente en la edad pediátrica.

Se menciona que las bacterias comúnmente aisladas en pacientes pediátricos con rinosinusitis aguda bacteriana son streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae no tipificable, moraxella catarrhalis, estreptococo beta hemolítica del grupo A, streptococcus pyogenes y staphylococcus aureus; ya que como infección secundaria ocurre en un número pequeño de pacientes y es causada por los agentes mencionados anteriormente (Frugone P., 2016).

Amigdalitis o faringoamigdalitis aguda.

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una inflamación infecciosa aguda de la faringe que se localiza en la zona subglótica y provoca obstrucción respiratoria con

severidad variable, además puede presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Muchos virus y bacterias son capaces de producir FA y la mayoría de casos en niños están causados por virus con una evolución benigna y auto limitada, entre los que tenemos: Adenovirus, virus Coxsackie A., virus herpes simple tipo 1 y virus Epstein-Barr. De las bacterias que causan FA, estreptococo beta hemolítico grupo A (EbhGA) o Streptococcus pyogenes es la más importante en niños y la única en la que el tratamiento antibiótico está definitivamente indicado (Álvez & Sánchez, 2009).

Un 35-50% de pacientes presentan síntomas generales cuya relación con el origen estreptocócico no han sido contrastados con estudios diagnósticos objetivos. Si en un paciente mayor de 5 años, coinciden fiebre superior a 38°, inflamación y exudado amigdalario, adenopatía cervical anterior, la probabilidad de que la infección esté causada por EbhGA se ha estimado en un 66%. Los niños menores de tres años, merecen especial atención por la frecuencia con que reciben tratamiento antibiótico innecesario al establecerse el diagnóstico clínico de una supuesta FA estreptocócica que, aunque exista, es muy rara en este grupo de edad (Der M.,2007).

Otitis media.

La Otitis Media Aguda (OMA), es la inflamación del oído medio, caracterizada por la presencia de exudado o derrame (seroso, mucoso, purulento o mixto) en dicha cavidad, y generalmente secundaria a una infección de las vías respiratorias superiores. Es una enfermedad muy frecuente. Se clasifica en otitis media aguda (OMA), otitis media crónica con efusión (OMCE) y otitis media crónica supurativa. Su incidencia ha aumentado llamativamente en los últimos años, de forma que se ha convertido en una enfermedad casi universal, que presentan hasta el 20-62% de los niños y entre el 50-83 % a los 3 años de edad. La enfermedad tiene su máxima incidencia entre los 6 y 9 meses de edad, y se reporta que, al año de edad,

aproximadamente el 75 % de los niños ha sufrido al menos un episodio de OMA y el 15 %, 3 episodios o más (Chávez, Sánchez & Elías, 2015).

Se reconocen como principales microorganismos entre las bacterias a: *Streptococcus pneumoniae*, *haemophilus influenzae* no tipificable, *moraxella catarrhalis*, virus y otros microorganismos. En niños con OMA; rinitis mucosa y conjuntivitis purulenta es muy frecuente el aislamiento del *Haemophilus Influenzae* no tipificable. La asociación de faringoamigdalitis con exudados y OMA es muy característica de la infección por adenovirus (Chávez, Sánchez & Elías, 2015).

Infecciones respiratorias bajas.

Bronquitis aguda.

La bronquitis es la infección respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en niños menores de un año y supone el 18% de todas las hospitalizaciones pediátricas. Afecta principalmente los bronquios mayores, extrapulmonares incluyendo tráquea, se corresponden con la bronquitis corriente del adulto. De manera habitual es de curso benigno. Es casi siempre un trastorno leve (Barban, 2019). En niños, la bronquitis aguda es producida habitualmente por causa infecciosa; los síntomas son tos productiva y en ocasiones dolor retroesternal con respiraciones profundas o tos. El curso de duración de la infección es limitado con recuperación completa a los 10-14 días del inicio de los síntomas. Los agentes infecciosos causantes de bronquitis aguda son en un 90% virus (adenovirus, virus de la gripe, parainfluenza, entre otros); y en un 10% se trata de infecciones bacterianas (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, y otras) (Pérez J., 2016).

Bronquiolitis aguda.

La bronquiolitis es un síndrome clínico que ocurre en niños menores de 2 años y que se caracteriza por síntomas de vía aérea superior como la rinorrea, seguidos de infección respiratoria baja con inflamación, que resulta en sibilancias y/o crepitantes. Ocurre típicamente en infecciones virales (ya sea primoinfección o reinfección). La bronquiolitis se presenta cuando los virus infectan las células epiteliales de los bronquios y pequeños bronquiolos, causando daño directo e inflamación. El edema, el aumento de mucosidad y el desprendimiento de las células epiteliales recambiadas conducen a obstrucción de las vías aéreas pequeñas y atelectasias (Pérez J., 2016).

En todo caso, la bronquiolitis es causada en su mayoría por infecciones virales, supone el 18% de las hospitalizaciones pediátricas, un 70% de los niños infectados se infectan por un virus llamado respiratorio sincitial, durante el primer año de vida y un 22% desarrolla síntomas, el 13% de los niños presentan bronquiolitis aguda en su primer año de vida y precisan ingreso hospitalario (Pérez J., 2016).

Asma.

El asma, hoy reportada como una de las enfermedades crónicas más frecuentes en los niños, siendo un proceso inflamatorio de las vías respiratorias de células inflamatorias y múltiples mediadores, afecta la calidad de vida de pacientes y sus familias, incurriendo en altos costos a los sistemas de salud; según datos de la OMS (Llanos & Huerta, 2018), de 333 millones de personas 160 son hombres y 173 mujeres;1 por su elevada prevalencia ligada estrechamente al aumento de las enfermedades alérgicas y su cronicidad constituye un problema de salud a nivel mundial.

También, se debe entender que existen factores modificables, como la no adherencia a la medicación, y otros como el ambiente e incluso los factores

psicosociales, ayudan a que el paciente sea aún más vulnerable y su proceso de recuperación tarde más de lo pensado o establecido, lo que genera tiempo, habilidad y experiencia de múltiples profesionales de la salud dentro del equipo multidisciplinario a cargo del manejo del paciente asmático; “donde se tenga en cuenta la presencia de comorbilidades que ameriten tratamiento de manera individual y así favorecer una respuesta clínica satisfactoria en el manejo del paciente asmático” (Llanos & Huerta, 2018).

El asma se diagnostica a partir de los datos clínicos, sin embargo, ningún síntoma ni signo clínico es patognomónico y los más frecuentes, la tos y el pitido o silbido en el pecho, son muy poco sensibles, estudios epidemiológicos han demostrado la asociación entre la alergia a alimentos y la dermatitis atópica en los primeros años y la aparición posterior de manifestaciones de alergia respiratoria; de igual manera en pacientes asmáticos con reacciones alérgicas a alérgenos tales como ciertos alimentos, polvos, polen, mohos o ácaros por inhalación o ingestión; la alergia alimentaria aparece como factor desencadenante de crisis, los niños con presencia de alergias son más propensos a desarrollar el asma (García de la Rubia, 2016).

Neumonía.

La neumonía es una infección que inflama los sacos aéreos de uno o los dos pulmones y puede ser ocasionada por diversos gérmenes, tales como bacterias, virus u hongos. Esta infección se puede desarrollar además al inhalar líquidos o químicos. La neumonía puede variar en su estado de gravedad puede ir desde leve a ser potencialmente mortal, la población más vulnerable es la de lactantes, niños y adultos mayores de 65 años, además puede afectar a personas con un sistema inmunitario debilitado o con antecedentes patológicos (Chacha V., 2019).

Los niños de 3 semanas a 3 meses de edad, son muy difíciles de diagnosticar por ello se presentan múltiples dudas con respecto al tratamiento. Si bien es cierto que los virus tienen una alta incidencia en esta edad como causantes de procesos

respiratorios y, a su vez, también por su estado inmunológico poco efectivo tienen más riesgo de ser presas de gérmenes como *Estafilococo aureus*, *Klebsiella neumonía*, *HiB* y *Neumococo*. En general, entre más pequeños son dentro de este grupo más probabilidad hay de que la causa sea viral, pero también más riesgo hay de que evolucione en forma tórpida y se presente la coinfección bacteriana, con el consecuente aumento de la morbilidad del menor, lo cual obliga a seguimiento estricto de la evolución de estos niños (Orozco & Vargas, 2007).

Dicho esto, la neumonía es una enfermedad prevenible, en virtud de ello, todos los esfuerzos por combatirla deben estar centrados tanto en los factores de riesgos asociados a la infección como a la respuesta ante estas condiciones o circunstancias capaces de aumentar la posibilidad de la aparición de la enfermedad. En tal sentido, es imperioso el estudio de estos factores a los fines de enfocar las campañas preventivas en función de los mismos (Hernández, 2015).

Factores de riesgo.

Según un informe publicado por la OMS, afirma que “la esperanza de vida podría aumentar en todo el mundo casi cinco años si se afrontaran cinco factores que afectan a la salud: la insuficiencia ponderal en la infancia, las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de alcohol, la falta de agua salubre, de saneamiento y de higiene, y la hipertensión arterial” (OMS, 2009).

En la génesis de las infecciones respiratorias agudas en los pacientes pediátricos, se describe que existen factores de riesgo que estacan as condiciones individuales y ambientales a cuales se exponen los niños como: el bajo peso al nacer, la desnutrición, la no suministración de la lactancia materna, el bajo nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, el hacinamiento, la contaminación ambiental, la inhalación pasiva de humo en los niños de familias fumadoras, entre otros (Carvajal, Montaña, & Téllez., 2018).

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, según La OPS (citado por Paredes M., 2015) va a depender de los factores del huésped entre ellos la edad, los antecedentes patológicos, sistemas inmunitarios debilitados, por lo tanto, entre mejor se conozca de la enfermedad y el grupo vulnerable, será mucho más fácil detener su índice de morbilidad y mortalidad. En la mayoría de los niños enfermos por IRA puede encontrarse más de un factor de riesgo, como el bajo peso al nacer, la desnutrición, la falta de inmunizaciones y las condiciones ambientales desfavorables (Juy E. et al., 2014).

Un adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar de salud, vinculado también con el nivel socioeconómico de la población. El bajo peso al nacer aumenta varias veces el riesgo de morbilidad neonatal e infantil y a su vez aumenta el riesgo de contraer enfermedades del tracto respiratorio, además causa trastornos familiares y sobrecarga los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales (Zerquera Rodriguez, 2015).

Factores de riesgo no modificables.

Los factores de riesgo no modificables son aquellos sobre los cuales no es posible hacer ninguna intervención.

Edad

El sistema inmune de los menores se va desarrollando progresivamente desde que nacen. Ocurre del mismo modo con el sistema respiratorio, el cual continúa en maduración los primeros cinco años de vida y los hace vulnerables a adquirir infecciones respiratorias; el riesgo puede aumentar con el comienzo de la vida escolar de los menores (Posada P., 2011).

Sexo

Las enfermedades respiratorias son más comunes en niños varones que en las niñas, en un estudio realizado a 437 niños los cuales 234 (54%) eran niños y 203 (46%) niñas. Los niños estudiados no presentaban varios de los factores de riesgo considerados, que hacen referencia al peso al nacer, estado nutricional, edad de la madre al quedar embarazada, nivel educativo, etc., sin embargo al final del estudio se pudo determinar que los niños varones eran los más propensos a sufrir de IRAS a diferencia de las niñas (Bravo, 1996).

Población

Los factores de riesgos demográficos y socioeconómicos son importantes para definir los grupos de alto riesgo y es determinante máximo que genera condiciones de la salud respectivamente, pero no pueden cambiar con programas de salud, resultados de estudios arrojan que la mayoría tienen un nivel socioeconómico bajo y las condiciones en las que habitan son determinantes para la aparición de las IRAS (Zapana, 2015).

Edad gestacional

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan uno de los principales problemas de salud entre los menores de 5 años de los países en desarrollo. Al año los infantes presentan entre 4 y 8 episodios de IRA, se considera que la prematuridad es un factor de riesgo para presentar IRA, los niños con un tiempo gestacional menor a 37 semanas tienen 4 veces más posibilidades de enfermar que los niños que nacieron con una edad gestacional mayor a 37 semanas (Reyes, 2015).

Esquema de vacunación.

Otro factor de importancia es el esquema de inmunizaciones, las vacunas permiten que el niño adquiera inmunidad a las enfermedades causadas por una bacteria o un virus y es una de las intervenciones sanitarias más eficaz y potentes en relación al costo, previniendo enfermedades y salvado millones de vidas. La OPS afirma que, neumonía mediante la vacunación contra la Hib, neumococos, sarampión y tos ferina, puede prevenirse de forma eficaz, y es una de las principales infecciones respiratorias agudas que se puede evitar mediante vacunación (OPS, 2014). También muchas de las muertes por infecciones respiratorias pudieran evitarse si se utilizase el régimen de tratamiento estandarizado de antibióticos y la prevención mediante vacunas contra el sarampión y tos ferina (evitaría 1 millón de muertes); vacuna conjugada contra el Hib (reduciría el 4 % de las muertes); vacuna conjugada contra el Neumococo (reduciría el 10 % de las muertes) (Razón, 2003).

Cambios climáticos

Los cambios extremos en la temperatura ambiental, la precipitación, los vientos, el aumento en la frecuencia de eventos climatológicos extremos como inundaciones y sequías, tienen efectos en la distribución y en la incidencia de enfermedades.

Los cambios climáticos bruscos influyen en la aparición de infecciones respiratorias, razón por la cual, en las temporadas de lluvias aumenta el número de consultas por IRA (González Sánchez, 2013)

Factores de riesgo modificables

Estado nutricional.

El peso al nacer, como evaluador de la maduración biológica del recién nacido, constituye un parámetro importante que se debe tener en consideración, pues cuando este se encuentra por debajo de 2.500 gramos, se producen alteraciones

importantes en los elementos que determinan su estado de salud. El estado nutricional-metabólico puede tener una influencia notable sobre la evolución de las enfermedades por agentes biológicos, en una persona con un sistema nutritivo en óptimas condiciones es posible que resista al virus de manera adecuada, pero en una persona con una mala nutrición, puede conducirla incluso a la muerte (Torres, Martín & Manso, 2017). De esta manera la infección y la mala nutrición son potenciales enemigos para una persona, lo que se ha convertido en la principal causa de morbilidad y mortalidad de los niños en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina (Latham M., 2002).

Consumo de Tabaco

El consumo de tabaco ocasiona cambios patológicos en todos los componentes del aparato respiratorio y múltiples problemas en las personas que lo consumen y también en las personas que se encuentran alrededor del fumador o el consumidor de esta sustancia siendo en este caso los pacientes pediátricos, que conviven con fumadores activos. Las alteraciones funcionales asociadas a estar cerca de una persona que consume tabaco constantemente, incluyen la disminución del *clearance* mucociliar de sustancias inhaladas, favorece la adherencia de microorganismos a la mucosa respiratoria y cambios en la permeabilidad alvéolo-capilar secundario al aumento en el número y actividad de las células inflamatorias en el pulmón (SALDÍAS P, 2007).

Lactancia materna

Un porcentaje elevado de recién nacidos inicia la alimentación mediante lactancia materna exclusiva; sin embargo, alrededor de los dos meses de vida un alto porcentaje la abandona. Existen factores de riesgos asociados a la presencia de Infecciones respiratorias en los lactantes de corta edad, independientemente del tipo de lactancia recibido. Aunque el tipo de lactancia en el momento de la infección no influye sobre el riesgo de IR, sí lo hace su duración, de manera que cuando se

prolonga más de tres meses disminuye de forma significativa el riesgo de infecciones respiratorias en los meses posteriores, respecto a periodos más cortos de lactancia materna exclusiva (Bueno Campaña, 2011).

Hacinamiento

Se plantea que los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir IRA, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos, el niño paga por la despreocupación de los padres, afectándose su función respiratoria; en ellos aparecen de forma más frecuente las IRA (Herrera, Durán, & Landrian, 2000)

Automedicación.

Un problema muy común que se da en desde tiempos antiguos hasta la actualidad es la automedicación, esto se considera un hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares, tanto en Latinoamérica como en la mayoría de los países del mundo. Muchas personas al enfrentarse a algún tipo de enfermedad recurren a medicación comprada por su voluntad, conocidos o prescritos en ocasiones, sin embargo este es uno de los actos más puesto que pueden ser causas de los siguientes perjuicios críticos: 1) aparición de toxicidad en forma de efectos secundarios, reacciones adversas e intoxicación; 2) dependencia o adicción; 3) interacciones con otros medicamentos, pues la asociación de medicamentos puede ser peligrosa; 4) falta de efectividad por no estar indicados en esa enfermedad, dosis inadecuada o tiempo de administración incorrecto, entre otros síntomas (Del Toro, Díaz, Barrios & Catillo, 2017).

2.1.3 Fundamentación

El presente proyecto se sustenta en instrumentos normativos como la Declaración de los Derechos Humanos, declaración que permite a los seres humanos ejercer

sus derechos con igualdad y dignidad, haciendo énfasis en los grupos vulnerables. Así mismo, la Agenda 2030 y sus Objetivos Sostenibles pretenden erradicar la pobreza, asegurar el progreso y velar por la salud de las personas, en que nos enfocamos específicamente en el Objetivo que garantiza una vida sana a los grupos vulnerables.

Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos 2005.

El presente estudio se fundamenta en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos del 2005, establecido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2005), que en su art. 8 afirma: “Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”. (UNESCO, 2005). Se cumple esta declaración en el estudio, ya que se maneja una población perteneciente a grupos vulnerables que son los niños, en el cual esta investigación se debe ejercer de manera íntegra y planificada en beneficio de este grupo.

Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo sostenible.

Así mismo, este proyecto tiene como fundamento la agenda emitida por la Organización de las Naciones Unidas, a través de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que pretende cambiar el paradigma que se ha desarrollado hasta la actualidad, por uno que tenga como prioridad la igualdad, la inclusión, y el desarrollo integral, mediante la creación de 17 objetivos planteados lograr en el 2030 (Bárcena A., 2017).

Como objetivo 3 de esta agenda, se pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, con visión a disminuir las muertes y

prolongar la esperanza de vida, especialmente en grupos vulnerables como son los niños y mujeres. La meta 3.2 indica: “De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos” (Bárcena A., 2017).

2.2. MARCO LEGAL.

Declaración Universal de Derechos Humanos.

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, que comprende la libertad, justicia, paz y múltiples derechos de la persona, incluido el ámbito de salud, como lo manifiesta el artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Jusidman C., 2014).

Constitución Política de Ecuador 2008

La constitución del Ecuador en el Art. 45 indica que: “Las niñas, los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción” (Castro S., 2014). Por lo que es prioridad el grupo vulnerable objeto de estudio, enfocado en la prevención y cuidados.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Vía aérea o respiratoria superior. – La vía aérea superior es fundamental para evitar la entrada de materiales extraños en el árbol traqueobronquial, a la vez que contribuye a las funciones de fonación y olfacción. La vía aérea superior se compone de boca, nariz, nasofaringe, orofaringe, laringofaringe y laringe (García, 2014).

Vía aérea o respiratoria inferior. – Los principales conductos y estructuras del tracto respiratorio inferior son la tráquea y, dentro de los pulmones, los bronquios, los bronquiolos y los alvéolos. En la profundidad del pulmón, cada bronquio se divide en bronquios secundarios y terciarios, que continúan ramificándose en vías aéreas más pequeñas que se denominan bronquiolos. Éstos terminan en sacos de aire que se denominan alvéolos, los cuales, a su vez, se unen en ramilletes para formar los sacos alveolares. El intercambio gaseoso se produce en la superficie de cada alveolo mediante una red capilar que transporta la sangre que llega a través de las venas desde otras partes del organismo (García-Araque, 2015).

Infecciones respiratorias. – Las infecciones respiratorias agudas son patologías que afectan el tracto respiratorio desde la faringe proximal hasta los pulmones, Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se convierten en neumonía. (Velero N. et al., 2006).

Tasa de mortalidad infantil. - Se define como el número de muertes infantiles en el primer año de vida por cada 1000 nacidos vivos (Romero, Del Alcázar, Pastor & Martín, 2019).

Morbilidad. - El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados, (Definición ABC, 2019).

Sintomatología. – En el ámbito de las ciencias de la salud, un síntoma, es la referencia subjetiva u objetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad. El cansancio o fatiga es un ejemplo de síntoma subjetivo y la fiebre de uno objetivo (Jiménez, A, 2015)

Agente etiológico. - En epidemiología los agentes son un conjunto de factores que se denominan factores etiológicos o factores causales, que están presentes en el medio ambiente y que pueden provocar enfermedades al huésped (Valero, 2009).

Factores de riesgo. – Elemento o característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad (O'Donnell & Elosua, 2008).

Estado nutricional. – Es el resultado entre el aporte nutricional que recibe y las demandas nutritivas o gasto energético del mismo (Romero, Wärnberg & Marcos, 2007).

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

Este tema es una investigación de tipo descriptivo, se analiza al sujeto de manera directa, se describe las características especiales o factores, por lo que no lleva hipótesis.

2.4.1 Declaración de Variables

Variable Independiente: Factores de riesgo.

Variable Dependiente: Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.

2.4.2 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
Enfermedades respiratorias		Rinofaringitis aguda [resfriado común]	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ficha de recolección de datos
		Sinusitis aguda	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Amigdalitis aguda	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Neumonía, organismo no especificado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Bronquitis aguda	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Bronquiolitis aguda	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Otros trastornos de la nariz y de los senos paranasales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Asma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Neumonitis debida a sólidos y líquidos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO	
Factores de riesgo	No modificables	Edad	Menor de un año <input type="checkbox"/> 1-4 años <input type="checkbox"/> 5-9 años <input type="checkbox"/> 10-14 años <input type="checkbox"/>	Ficha de recolección de datos	
		Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
		Poblacion de procedencia	Rural <input type="checkbox"/>		
			Urbana <input type="checkbox"/>		
		Edad gestacional al nacer	A término <input type="checkbox"/>		
			Pretérmino <input type="checkbox"/>		
			Postérmino <input type="checkbox"/>		
	No refiere <input type="checkbox"/>				
	Inmunizaciones	Esquema completo <input type="checkbox"/>			
		Esquema incompleto <input type="checkbox"/>			
		No refiere <input type="checkbox"/>			
	Modificables	Estado nutricional según tabla de percentiles de acuerdo al peso	Peso elevado <input type="checkbox"/>		Ficha de recolección de datos
			Peso normal <input type="checkbox"/>		
			Peso bajo <input type="checkbox"/>		
Peso bajo severo <input type="checkbox"/>					
Exposición al humo		Si <input type="checkbox"/>			
		No <input type="checkbox"/>			
		No refiere <input type="checkbox"/>			
Lactancia materna		Exclusiva <input type="checkbox"/>			
		Mixta <input type="checkbox"/>			
		Ausente <input type="checkbox"/>			
		No refiere <input type="checkbox"/>			
Hacinamiento		Si <input type="checkbox"/>			
		No <input type="checkbox"/>			
		No refiere <input type="checkbox"/>			
Automedicacion	Si <input type="checkbox"/>				
	No <input type="checkbox"/>				

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

La modalidad de estudio es cuantitativa, porque nos permitieron cuantificar las variables de estudio como: factores de riesgo y enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos. Es de corte transversal porque se toma los datos por una sola vez. Y se realizó un seguimiento de los factores de riesgos que se presentaron en las enfermedades respiratorias en pacientes pediátricos durante el periodo de un año, además fue de tipo descriptivo ya que permitió obtener un conocimiento panorámico de las variables en estudio. Es observacional, debido a que no se manipularon las variables, así como es de tipo documental, debido a que los datos que se obtuvieron de las historias clínicas, es retrospectivo porque se investigó en tiempo pasado lo que se anotó en las historias.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población está conformada por el total de pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría en número de 237 durante el año 2017, comprendido entre las edades de un mes de vida hasta los 14 años, que egresan del servicio por presentar diversas patologías según el CIE-10, ya sea de origen gastrointestinal, dermatológicas, urinarias, traumatológicas, e infecciones respiratorias. De esta cantidad de pacientes pediátricos se selecciona a todos los niños egresados con enfermedades respiratorias que son 87, de los cuales 45 pertenecen entre la edad

de 1 a 4 años y los 42 restante a otras edades, así como 50 son de sexo masculino y 37 de sexo femenino, la mayor parte procedentes de zonas urbanas.

3.2.2 Delimitación de la población

La población estudiada es de 87 pacientes pediátricos, que fueron los egresos hospitalarios del Hospital General NOSNAG con patologías respiratorias durante el año 2017. Lo que se consideró a niños mayores de 1 mes hasta 14 años, que corresponden a edades pediátricas.

3.2.3 Tipo de muestra

Para el desarrollo del presente proyecto, siendo muestra no probabilística, se estudió al total de pacientes pediátricos egresados con diagnósticos de infecciones respiratorias según el CIE-10. Se omitió los egresos por otras patologías.

3.2.4 Tamaño de la muestra.

87 pacientes pediátricos.

3.2.5 Proceso de selección.

Se realizó mediante una muestra de carácter sujeto tipo, ya que se trabaja con los niños que egresaron de patologías respiratorias durante el año 2017, reuniendo las características específicas para obtener los resultados propuestos. Para esto se realizó un informe solicitando autorización al Gerente del Hospital para poder la información necesaria de las historias clínicas necesarias para la recopilación de datos en el proceso investigativo.

Criterios de inclusión. - Se consideró como único criterio de inclusión para la investigación a los pacientes pediátricos egresados con patologías clasificadas según el CIE-10 Capítulo X como Enfermedades del sistema respiratorio.

Criterios de exclusión. - Se tomó en cuenta los siguientes criterios de exclusión: Pacientes egresados con patologías según el CIE-10, no pertenecientes a enfermedades respiratorias.

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Métodos teóricos

Histórico-lógico, ya que el fenómeno estudiado fue en un determinado tiempo, estudiando su esencia.

Deductivo porque se extrae conclusiones lógicas y verdaderas, que va de lo general a lo específico.

3.3.2 Métodos empíricos

Se basa en el método empírico porque la información observada se comprueba mediante evidencias específicos.

3.3.3 Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada es la observación, debido a que se recogen los datos directo de las historias clínicas, para el posterior análisis. El instrumento es la ficha de recolección de datos, validada por juicio de expertos, con 3 ítems que comprenden: la prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos, los factores de riesgo no modificables y factores de riesgo modificables.

El ítem que comprende la prevalencia de las enfermedades respiratorias consta de 13 opciones. El ítem que comprende los factores de riesgo está dividido en no modificables y modificables, cada uno consta de 5 factores. Dentro de los no modificables tenemos edad, sexo, población de procedencia, edad gestacional al nacer e inmunizaciones. Dentro de los modificables constan el estado nutricional, exposición al humo, lactancia materna, hacinamiento y automedicación. Cabe

recalcar que el estado nutricional se determinó mediante la tabla de percentiles peso/edad de los indicadores de crecimiento que consta en el Protocolo de Atención y Manual de Consejería para el crecimiento del niño y la niña, emitida por parte de la Coordinación Nacional de Nutrición MSP; no se consideró determinarlo mediante el Índice de Masa Corporal debido a que no consta la talla en las historias clínicas de los niños hospitalizados.

Por lo que sigue, se califica según la rúbrica que debe constar en el instrumento al final de los cuestionarios, se establece para su efecto, de 100 a 80 excelente, 79 a 50 buena, con leves cambios en las preguntas, de 49 a 00, poco confiable; se debe cambiar la pregunta o sacarlo. Al terminar, se suma los puntajes obtenidos en cada uno de los parámetros, validez, pertinencia y coherencia, se divide para tres y ese resultado, es la confiabilidad de la prueba, instrumento o cuestionario, incluso las tablas de recolección de datos, que una vez validado, pueden ser aplicados de manera directa en las investigaciones que requieran obtener datos de una población o muestra, de esta manera se comprueba que los datos obtenidos están diseñados conforme a las necesidades de los objetivos (Romero Urrea, 2019).

Se sugiere que los jueces o expertos sean seleccionados en base a su capacidad y experiencias, tanto en investigación como en la ciencia o temática que se está investigando, en el caso de investigación deben poseer un título de doctor de cuarto nivel o su equivalente PhD, con conocida experiencia en esa actividad o currículo, contar con su identificación o filiación y el registro de su título en el área investigativa; se sugiere que el profesional que evaluará debe trabajar en el campo específico de información, pueden ser PhD y 3 especialistas por lo menos. Cada uno da su calificación, de todos los expertos participantes se obtendrá la media aritmética para obtener el puntaje final de la prueba. Por último, se calificará el instrumento en base a la rúbrica de confiabilidad: muy confiable, confiable, y poco confiable; de esta manera el instrumento proporciona los datos necesarios para la confirmación de las hipótesis o solución de los objetivos que se propone en la investigación (Romero Urrea, et al 2019).

Mencionado lo anterior, el instrumento realizado para la presente investigación fue validado por juicio de 3 expertos: 01 PhD. en Investigación, 01 médico Pediatra-Neonatologo y 01 Magíster en Salud Pública, obteniendo la siguiente calificación según los parámetros correspondientes en la ficha de recolección de datos: Pertinencia 97.8, validez 98 y coherencia 98, lo que promedia un total de 97.9 representada como excelente o muy confiable según la rúbrica de confiabilidad.

3.4 EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Los datos se obtienen mediante la recolección de información basado en la ficha observacional, donde los datos se procesaron utilizando el programa Excel para realizar la estadística, y así se expondrán por medio de cuadros estadísticos y gráficos para su mejor entendimiento.

3.5 CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicitó la autorización para ejecutar la recolección de los datos e información necesaria de las historias clínicas para el presente proyecto, mediante un oficio dirigido al gerente del Hospital General HOSNAG, firmado por los señores coordinadores de la maestría, el cual fue autorizado. Se recalca que no se aplica la autorización de un comité de ética ni consentimiento informado debido a que los datos son obtenidos de las historias clínicas, no directamente del paciente.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Para la presentación de los resultados debemos abordar cada una de las variables estudiadas en base al instrumento utilizado de la siguiente manera:

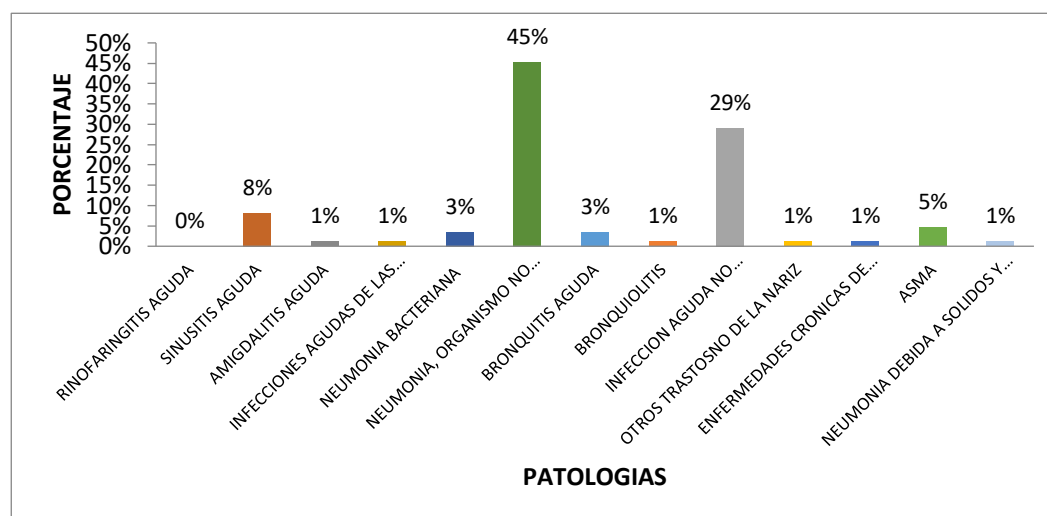
Tabla 1.- Prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos (Anexo 4).

Se encuentra representada por grupos de edad y 13 patologías respiratorias frecuentes en los pacientes pediátricos del hospital en mención, con número total de casos y sus debidos porcentajes. Los resultados de los pacientes con infecciones respiratorias son los siguientes:

- ✓ Rinofaringitis aguda ningún caso.
- ✓ Sinusitis aguda 1 caso.
- ✓ Amigdalitis aguda 1 caso.
- ✓ Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 1 caso.
- ✓ Neumonía bacteriana 3 casos.
- ✓ Neumonía, organismo no especificado 39 casos.
- ✓ Bronquitis aguda 3 casos.
- ✓ Bronquiolitis 1 caso.
- ✓ Infección aguda no especificada de vías inferiores 25 casos.
- ✓ Otros trastornos de la nariz 1 caso.
- ✓ Enfermedades crónicas de las amígdalas 1 caso.
- ✓ Asma 4 casos y

- ✓ Neumonía debida a sólidos y líquidos 1 caso, con un total de 87 casos de pacientes pediátricos.

Gráfico 1.- Prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

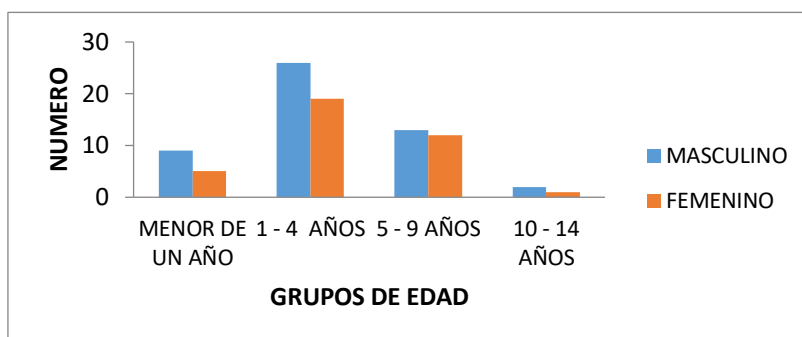
Análisis. Se refleja que la mayoría de pacientes egresados con diagnóstico principal de neumonía, corresponde a niños de 1 a 4 años, como se menciona en varios estudios y en las estadísticas mundiales aplicadas a niños menores de 5 años, por ser susceptibles a esta patología.

Tabla 2.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y sexo

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
MENOR DE UN AÑO	9	5	14	16%
1 - 4 AÑOS	26	19	45	52%
5 - 9 AÑOS	13	12	25	29%
10 - 14 AÑOS	2	1	3	3%
TOTAL	50	37	87	100%
PORCENTAJE	57%	43%	100%	

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado

Gráfico 2.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y sexo



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado

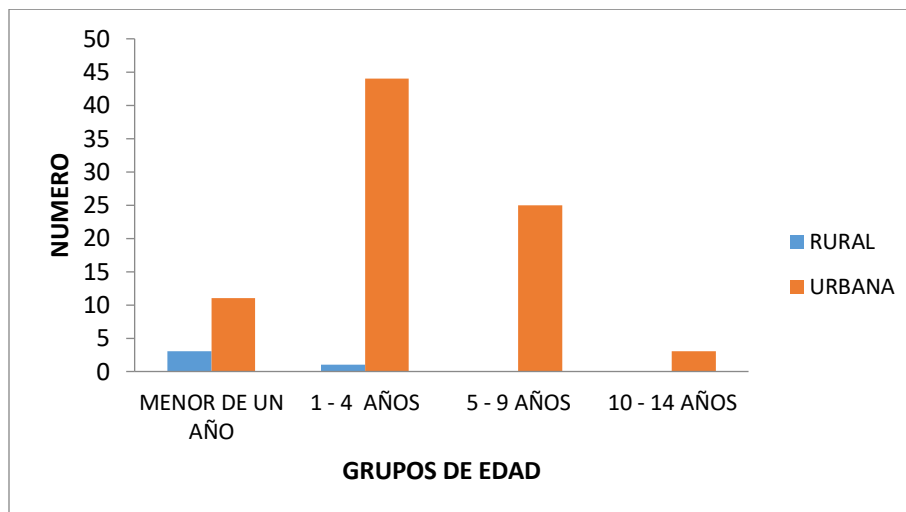
Análisis. Según la tabla por grupos de edad y sexo, se evidencia que los niños entre 1 y 4 años son más propensos a contraer enfermedades respiratorias, se menciona que el varón es más sensible a la acción de los cambios y alteraciones del medio ambiente.

Tabla 3.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y población de procedencia

GRUPOS DE EDAD	RURAL	URBANA	TOTAL	PORCENTAJE
MENOR DE UN AÑO	3	11	14	16%
1 - 4 AÑOS	1	44	45	52%
5 - 9 AÑOS		25	25	29%
10 - 14 AÑOS		3	3	3%
TOTAL	4	83	87	100%
PORCENTAJE	5%	95%	100%	

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

Gráfico 3.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y población de procedencia



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado

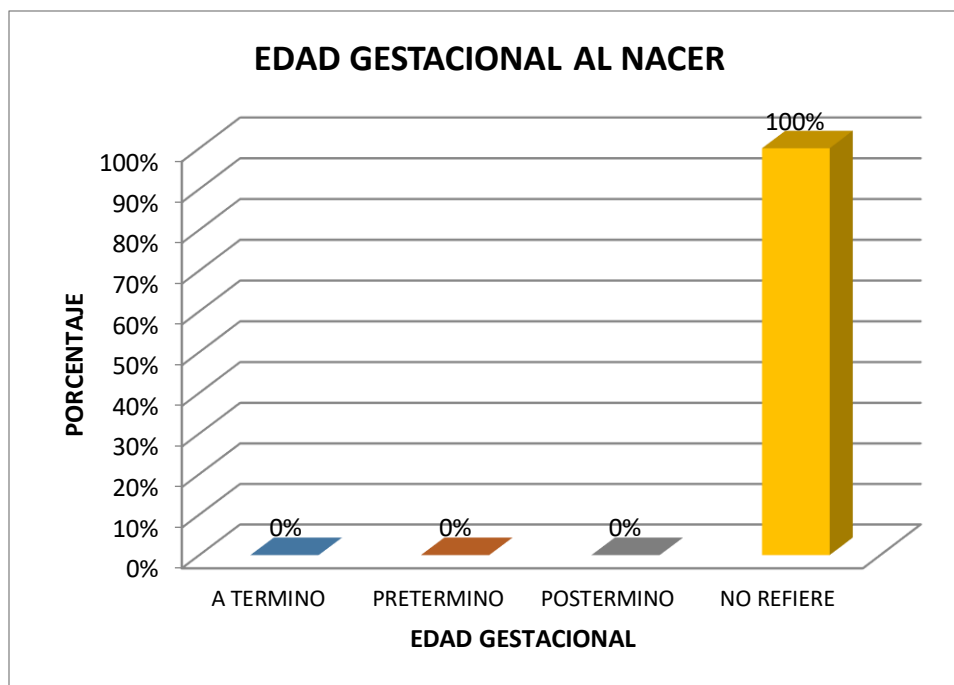
Análisis. Se evidencia según los datos obtenidos que los niños con infecciones respiratorias provienen en su mayoría de la ciudad, mientras que un bajo porcentaje proviene de zonas rurales, cabe mencionar que el hospital está ubicado en la urbe.

Tabla 4.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con la edad gestacional al nacer

EDAD GESTACIONAL AL NACER	PACIENTES	PORCENTAJE
A TERMINO	0	0%
PRETERMINO	0	0%
POSTERMINO	0	0%
NO REFIERE	87	100%
TOTAL	87	100%

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

Gráfico 4.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con la edad gestacional al nacer



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

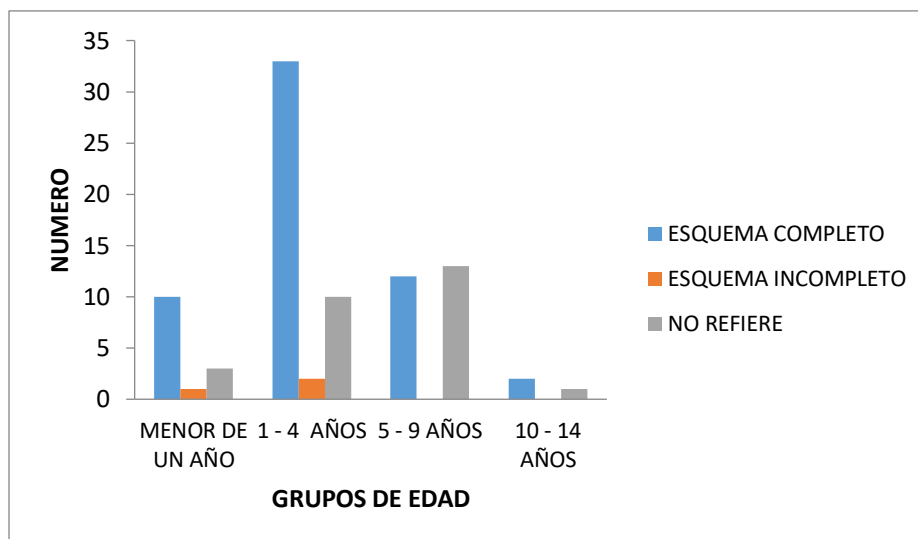
Análisis. No existen datos en los informes que permitan establecer un análisis comparativo de la edad gestacional de pacientes ingresados.

Tabla 5.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad e inmunizaciones

GRUPOS DE EDAD	ESQUEMA COMPLETO	ESQUEMA INCOMPLETO	NO REFIERE	TOTAL	PORCENTAJE
MENOR DE UN AÑO	10	1	3	14	16%
1 - 4 AÑOS	33	2	10	45	52%
5 - 9 AÑOS	12		13	25	29%
10 - 14 AÑOS	2		1	3	3%
TOTAL	57	3	27	87	100%
PORCENTAJE	66%	3%	31%	100%	

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

Gráfico 5.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad e inmunizaciones



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

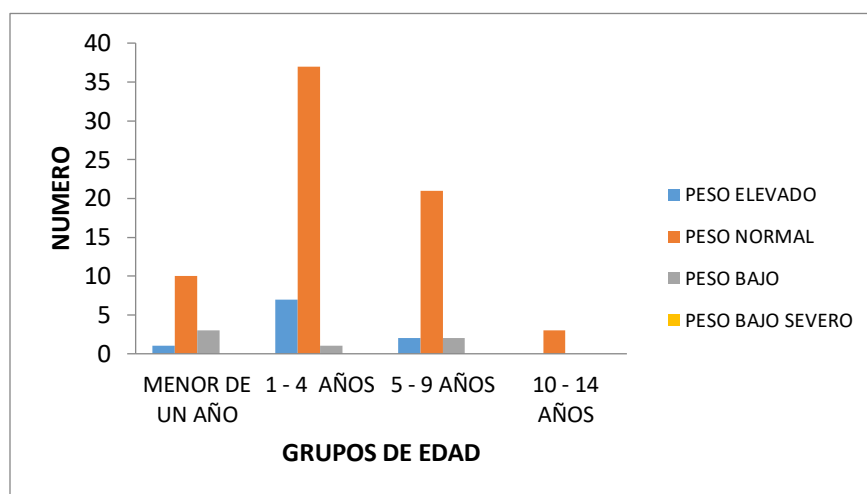
Análisis. La investigación nos indica que la mayoría de niños hospitalizados completaron el esquema de inmunizaciones, sin embargo, existe un alto porcentaje que no refiere, ya sea por desconocimiento de los padres o ausencia de datos en la historia clínica, y una cantidad mínima con el esquema incompleto.

Tabla 6.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y estado nutricional

GRUPOS DE EDAD	PESO ELEVADO	PESO NORMAL	PESO BAJO	PESO BAJO SEVERO	TOTAL	PORCENTAJE
MENOR DE UN AÑO	1	10	3		14	16%
1 - 4 AÑOS	7	37	1		45	52%
5 - 9 AÑOS	2	21	2		25	29%
10 - 14 AÑOS		3			3	3%
TOTAL	10	71	6	0	87	100%
PORCENTAJE	11%	82%	7%	0%	100%	

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado

Gráfico 6.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y estado nutricional.



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado

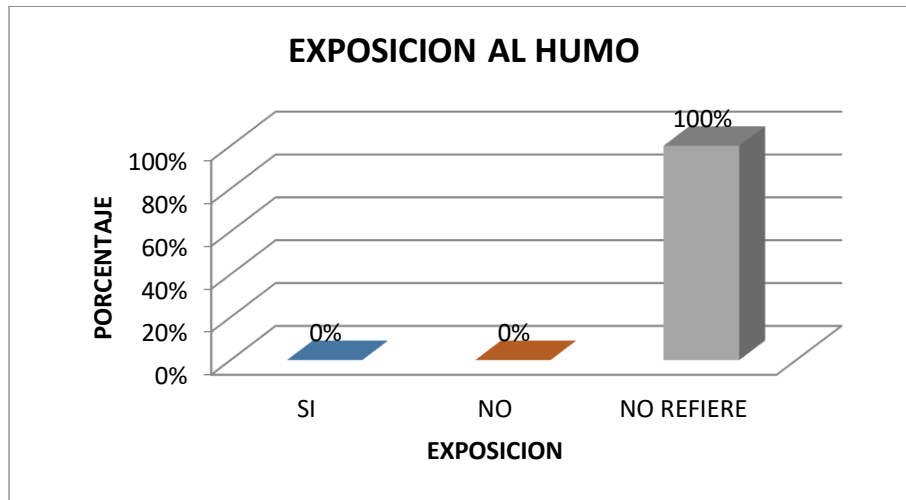
Análisis. Se observa que la gran parte de los niños tienen un peso normal, seguido de los niños que se encuentran con un peso elevado, con mayor número de casos en el grupo de 1 a 4 años, siendo estos los más vulnerables a patologías respiratorias. Cabe recalcar que esta tabla no indica el estado nutricional de manera definitiva, ya que con percentiles alterados se sugiere un estudio.

Tabla 7.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con exposición al humo

EXPOSICION	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	0	0%
NO REFIERE	87	100%
TOTAL	87	100%

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

Gráfico 7.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con exposición al humo.



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

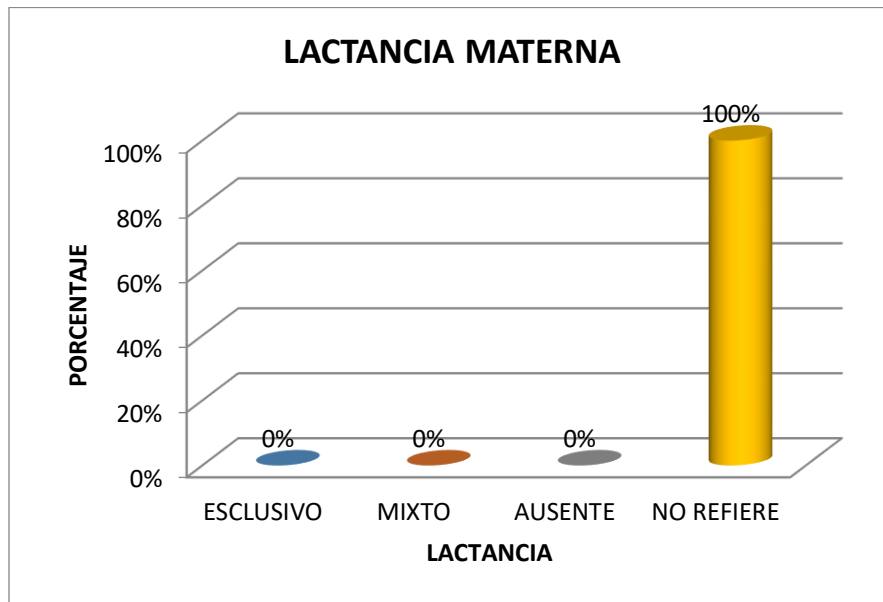
Análisis. No existen datos en los informes que permitan establecer un análisis comparativo de la exposición al humo de los pacientes ingresados.

Tabla 8.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con lactancia materna

LACTANCIA	PACIENTES	PORCENTAJE
ESCLUSIVO	0	0%
MIXTO	0	0%
AUSENTE	0	0%
NO REFIERE	87	100%
TOTAL	87	100%

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

Gráfico 8.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con lactancia materna



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

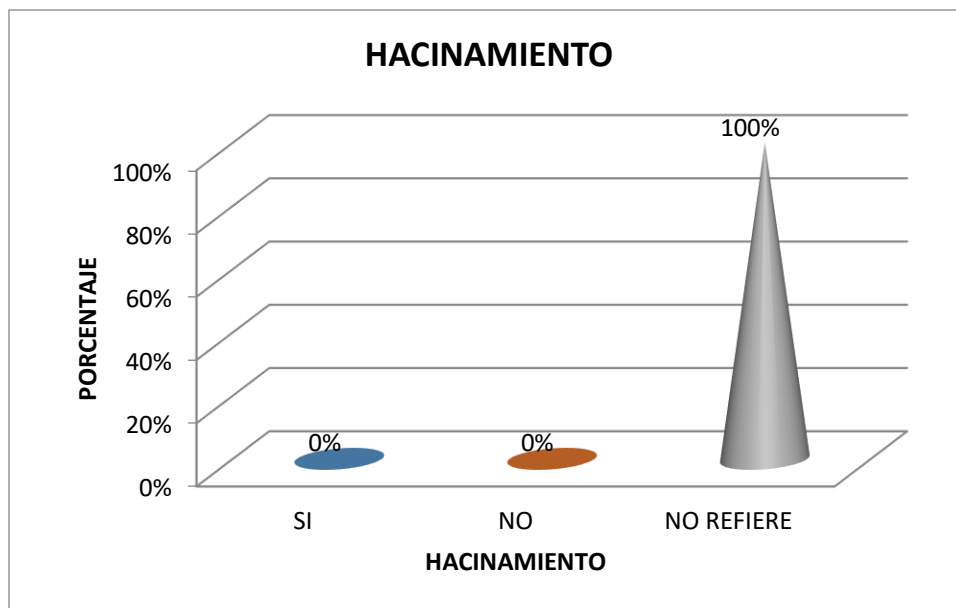
Análisis. No existen datos en los informes que permitan establecer un análisis comparativo de la relación de la lactancia materna con las infecciones respiratorias.

Tabla 9.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con hacinamiento

HACINAMIENTO	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	0	0%
NO REFIERE	87	100%
TOTAL	87	100%

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

Gráfico 9.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias relacionados con hacinamiento



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

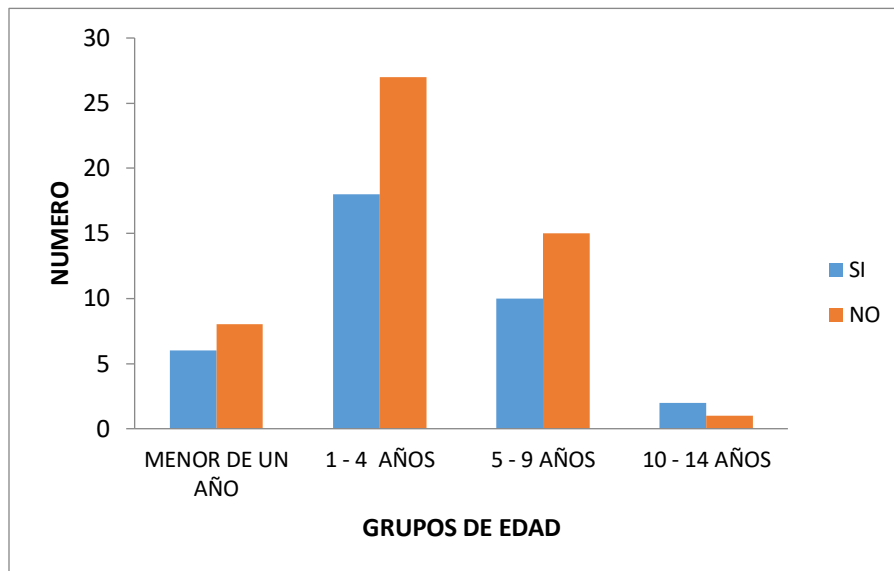
Análisis. No existen datos en los informes que permitan establecer un análisis comparativo de la relación del hacinamiento con las infecciones respiratorias.

Tabla 10.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y automedicación

GRUPOS DE EDAD	SI	NO	TOTAL	PORCENTAJE
MENOR DE UN AÑO	6	8	14	16%
1 - 4 AÑOS	18	27	45	52%
5 - 9 AÑOS	10	15	25	29%
10 - 14 AÑOS	2	1	3	3%
TOTAL	36	51	87	100%
PORCENTAJE	41%	59%	100%	

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

Gráfico 10.- Pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias por grupos de edad y automedicación



Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.

Análisis. Se evidencia que casi la mitad de los menores se auto medicaron antes de su ingreso, cifra alarmante ya que el mayor número de casos pertenece a los niños de 1 a 4 años, que son los más vulnerables a patologías respiratorias.

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA, Y PERSPECTIVAS

En el proceso del estudio actual se evidencian investigaciones sobre la misma temática expuesta, que servirán de referencia para evidenciar y comprobar los datos encontrados en el hospital general HOSNAG. La investigación realizada por Aguirre, se destaca la neumonía como una de las principales enfermedades respiratorias agudas, con una incidencia muy elevada en la infancia y con variaciones, si bien consideran la neumonía entre las primeras causas de muerte en los menores de 1 año, sus tasas de mortalidad distan mucho de los que están en desarrollo (Elisa Aguirre, 2014). Mientras que en el presente estudio predomina de igual manera la neumonía, puesto que se refleja que la mayoría de pacientes egresados con

diagnóstico principal de neumonía, corresponde a niños de 1 a 4 años, y que se encuentra entre las principales infecciones respiratorias.

Según Gessos y su estudio, donde se determinó la incidencia, los factores de riesgo y la etiología de la infección respiratoria aguda en edades pediátricas los resultados manifiestan que se constituyeron como factores de riesgo la edad, pues predominó en niños menores de 5 años, el sexo predominando el masculino y las regulares condiciones higiénicas personal y del hogar muy significativamente (Isidro Gessos, 2019). En este estudio realizado se puede observar según los resultados expuestos que existe prevalencia de riesgo de afectación en el sexo masculino con el 57%, y según la edad el 52% comprende entre 1 a 4 años, coincidiendo estos resultados con los estudios anteriormente citado. Un factor que no se considera relevante en muchos estudios que es la automedicación, donde el 52% de menores fueron auto medicados por los padres, cifras alarmantes con respecto a esta problemática de Salud Pública.

En un estudio similar, realizado en 15 hogares infantiles y en 2 jardines sociales el hacinamiento estuvo presente en 54,4 % de los pacientes, las malas condiciones de vida en 32,6 % y la desnutrición en 37,0 % (Juy Aguirre, 2014); hallazgos que también coinciden con lo referido en otros estudios, llamando la atención en el estudio actual que existe una inclinación al peso elevado con el 11% de niños como factor de riesgo, y con la prevalencia más baja en los niños con peso bajo o desnutrición.

La investigación observacional, analítica, de casos-contróles en cuatro consultorios de tipo I realizada por Oliva, indica que los factores de riesgo individuales más importantes son: no lactancia materna exclusiva (OR=4,6) y peso <normal (OR=2,9); los factores de riesgo ambientales más importantes: humedad, contacto con pacientes con infección respiratoria aguda y polvo y los factores de riesgo sociales más importantes: vivienda con mala ventilación y hacinamiento (OR=4,3 y 3,8) (Yamilka Oliva, 2013), en los resultados de la presente investigación no existen

datos que permitan comprobar estas hipótesis, sin embargo se toma referencia de otros estudios realizados considerados importantes, los cuales manifiestan que estos factores también son determinantes de las infecciones respiratorias agudas.

Comparando estos estudios, tal como indica la literatura se evidencia que la mayor cantidad de pacientes pediátricos con infecciones respiratorias corresponden a menores de 5 años por ser más vulnerables, son más propensos debido a que su sistema inmunológico está en proceso de desarrollo, así mismo son más susceptibles en ambientes contaminantes. Lo que varía es el estado nutricional donde se observa que en el presente proyecto existen más niños con sobrepeso que con desnutrición, lo que representa un estado nutricional alterado en ambos extremos. Factor poco considerado y relevante obtenido en el presente estudio es la automedicación, de suma importancia debido a ser la responsable de reingresos hospitalarios y resistencia bacteriana.

CONCLUSIONES

La prevalencia de las enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos, lo destaca la Neumonía, como principal causa de morbimortalidad en los niños, concordando con las estadísticas emitidas por la OMS, OPS y varios estudios, que declaran esta patología no solo como la principal causa de muerte, sino también en costos de hospitalización, ausentismo escolar, entre otras a nivel mundial, debido a que es una enfermedad de fácil contagio, principalmente a través de las vías aéreas. Como enfermedad prevenible es de suma importancia conocer los factores de riesgo por parte de los padres de los menores y actuar de manera oportuna para disminuir estas cifras.

Entre los factores de riesgo en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias de mayor relevancia son: Edad de 1 a 4 años, peso elevado y automedicación. Referente a la edad, los niños menores de 5 años son susceptibles a contraer enfermedades, así como desarrollar gravedad de las mismas,

dependiendo de los factores desencadenantes, ya que como se indicó anteriormente, su sistema inmunológico se encuentra en desarrollo. De la misma manera se recalca la importancia del estado nutricional como elemento predominante en las enfermedades respiratorias, donde existe mayor relevancia en el sobrepeso de los pacientes pediátricos, aunque la relación entre nutrición y función pulmonar es compleja, ya que pueden existir factores de alimentación alterados desde su nacimiento.

Existen factores relevantes en las infecciones respiratorias según la literatura y estudios de referencia, pero estos no son considerados ni registrados por el médico en las historia clínicas de los menores hospitalizados en el HOSNAG, factores tales como edad gestacional, lactancia materna, exposición al humo o hacinamiento, Así mismo, la automedicación es un factor clave que puede causar perjuicios como se menciona en el desarrollo de este proyecto, y se evidencia en los resultados de este estudio que gran parte de los menores, casi la mitad, fueron auto-medicados por los padres o familiares.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones y resultados obtenidos referentes a los factores de riesgo relevantes en los niños hospitalizados por enfermedades respiratorias, considerando que son enfermedades prevenibles, se recomienda lo siguiente:

- ✓ Educar a los padres de los niños mediante capacitaciones teórico prácticas sobre las causas, consecuencias y detección de los signos de alarma en la neumonía, así como las medidas de prevención, siendo esta patología la más frecuente a nivel local, regional y mundial, así como uno de los principales problemas de la salud pública.
- ✓ Concientizar a los padres de los niños que acuden al hospital mediante un taller educativo práctico, sobre la importancia de mantener el peso ideal y no

auto medicar, así como los efectos negativos que producen, ya que son indicadores relevantes en las enfermedades respiratorias en los menores.

- ✓ Considerar en las historias clínicas antecedentes y factores de riesgo de suma importancia tales como la edad gestacional, lactancia materna, exposición al humo o hacinamiento, que aumentan las probabilidades de contraer enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Prevención de los factores de riesgo en pacientes con enfermedades respiratorias del servicio de hospitalización pediátrica. Hospital General HOSNAG. 2017.

5.2 FUNDAMENTACIÓN

Las infecciones respiratorias agudas o también denominadas por sus siglas IRA, constituyen un problema de importancia, incidiendo en la morbimortalidad infantil y representando entre el 40 a 60% de las consultas a nivel mundial, sin embargo, según datos obtenidos, suele ser más elevada en las áreas urbanas, el número de episodios oscilan entre 2 y 6 crisis anuales (Robaina Suárez, 2003). El niño desarrolla entre tres a siete infecciones del aparato respiratorio superior cada año, que, dependiendo de la intensidad y el compromiso del estado general, pueden ser leves, moderados o graves, siendo estas últimas responsables de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años (Arenas C., 2016).

Por otra parte, el ser humano debe ser capaz de preservar la salud a partir de sus conocimientos y de la participación responsable en actividades de carácter social, comunicativo y educativo. A cada individuo le corresponde encontrar la armonía en interacción dinámica con el medio donde se desarrolla, por lo que el acceso a la educación y a la información es esencial para el logro de una vida plena y saludable (Torres Lebrato, 2018).

El derecho humano a la salud es la base del proceso de su promoción, el que, a su vez, es un producto y un proceso social. Lo primero es el resultado de las complejas interacciones entre los procesos económicos, biológicos, ecológicos, culturales y sociales predominantes en la sociedad, y que determinan su grado de desarrollo integral; mientras que, como proceso social, está sustentada en la organización y coordinación de los aportes de los múltiples actores sociales relacionados con las condiciones de vida y el bienestar de los individuos y las poblaciones (Rodríguez CG, 2016).

Al mismo tiempo las acciones preventivas siempre han estado relacionadas con grupos de edad específicos. Sin embargo, con la prolongación de la vida y la evidencia científica acumulada, se demuestra que las acciones y los resultados buscados no pueden circunscribirse a una etapa de la vida, pues los límites son cada vez más difusos y poco precisos (Tamayo Peña, 2008). Solo una prevención con un abordaje de curso de vida puede brindar la respuesta necesaria. No obstante, los propios límites que imponen la práctica clínica o la salud poblacional dificultan su implementación (Camps Jeffers, 2015).

Lo que nos lleva a decir que los puntos claves para preservar la salud de manera satisfactoria es la promoción y prevención, enfoques importantes en la atención primaria en salud y en la salud pública, donde las enfermedades respiratorias ocupan un lugar esencial en la población pediátrica a nivel mundial, por lo que como salubrista y con el conocimiento científico necesario, corresponde formar parte de los equipos multidisciplinarios para ejecutar acciones en beneficio de este grupo vulnerable.

5.3 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto se realiza con el fin de promocionar y prevenir la aplicación de conductas que contribuyen a la salud, mediante la determinación de los factores de riesgos en los niños con enfermedades respiratorias hospitalizados en el HOSNAG,

lo que se obtuvo como resultado el desequilibrio nutricional en algunos pacientes y la automedicación como principales factores, así como la neumonía como principal causa de egresos hospitalarios.

Con el propósito de concientizar la importancia del cuidado y prevención de enfermedades respiratorias en los niños, específicamente la neumonía, se direcciona mediante actividades teórico prácticas, a los padres de los infantes que acuden a la consulta externa del hospital, donde se puede evitar los futuros ingresos y complicaciones de las patologías respiratorias tal como se indica en la teoría, de esta manera reduciendo los índices de morbi mortalidad en este grupo vulnerable.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo general

Capacitar a los padres de los pacientes pediátricos que acuden a la consulta externa del Hospital General HOSNAG sobre la prevención de los factores de riesgos.

5.4.2 Objetivos específicos

Fomentar a los padres de los pacientes pediátricos la importancia de la detección precoz y medidas preventivas en las enfermedades respiratorias como la neumonía, mediante talleres participativos.

Usar estrategias para la promoción y prevención de los factores de riesgo entre los principales el estado nutricional y la no automedicación, en los pacientes pediátricos.

Evaluar el conocimiento de los padres que se capacitaron para conocer el impacto de la propuesta.

5.5 UBICACIÓN

El Hospital General HOSNAG, anteriormente conocido como Hospital Naval Guayaquil, se encuentra ubicado en la provincia del Guayas, ciudad de Guayaquil, Avenida 25 de Julio, cerca al puerto. Es un hospital básico considerado de segundo nivel, por lo que ofrece atención en ciertas especialidades, donde incluye pediatría. Esta especialidad consta de dos áreas: hospitalización y consulta externa, donde esta última será el lugar de ejecución de la propuesta, debido a que acuden los padres con sus hijos a controles médicos, punto importante en la atención primaria.



5.6 FACTIBILIDAD

La propuesta es factible ya que es de fácil aplicación y es aceptada por parte de las autoridades del Hospital General HOSNAG, facilitando los recursos humanos que son el personal profesional de médicos y enfermeros, y los materiales a usar como

proyector, pizarrón, así mismo se cuenta con el espacio físico; al igual que existe colaboración por parte de los profesionales de salud, padres y representantes legales. Además, que propone con un bajo presupuesto en inversión para su ejecución, con un aporte significativo no solo a los pacientes de este hospital, sino también al sistema de salud en general.

5. 7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

5.7.1 Actividades

Se realizará el cronograma para las diferentes actividades a ejecutarse, con el permiso de las autoridades de la institución, las cuales se realizarán de lunes a jueves, descartando los días viernes por actividades internas, durante 1 hora en las 4 semanas del mes de septiembre que se celebra el Día Mundial del Pulmón, haciendo mención a las patologías pediátricas respiratorias más frecuentes, en base a los resultados obtenidos en la investigación, así como sus cuidados y prevención. Dentro de las actividades semanales a realizar tenemos:

- Primer día: Socialización de la capacitación "Es mejor prevenir que lamentar las enfermedades respiratorias" al Director, Subdirector Técnico, Coordinador de enfermería, padres de familia, y demás personal profesional en salud, mediante trípticos y boletines de información, así como contabilizar el número de pacientes que acuden diariamente.

- Segundo día: Capacitación acerca de los factores de riesgo como el desequilibrio del estado nutricional y la automedicación, que incluye conceptos, signos y síntomas, complicaciones, y medidas de prevención y cuidados, mediante un taller ejecutando la técnica participativa: técnica de variación (Juego de palabras), donde se prepara el tema de exposición acorde a una serie de afirmaciones unas falsas y otras verdaderas y se pedirá la participación del grupo.

- Tercer día: Promoción de la importancia de la detección precoz y medidas preventivas en las enfermedades respiratorias como la neumonía, ejecutando la técnica de palabras claves (Sopa de letras), donde los asistentes deberán realizar la siguiente actividad que consiste en la selección de palabras acorde al tema de exposición. con la finalidad de fortalecer la información y aclarar dudas respecto al cuidado y medidas de prevención

- Cuarto día: Aplicación de videos educativos e ilustraciones gráficas para lograr concientizar sobre la importancia de la prevención en las enfermedades respiratorias.

- Evaluación al personal de padres mediante una prueba oral al personal presente estructurado, previamente planificado por el expositor con preguntas puntuales sobre los temas tratados al finalizar las actividades diarias.

5.7.2 Recursos, análisis financiero

5.7.2.1. Recursos.

Recursos humanos.

Médicos y licenciados en enfermería que laboran en el área de pediatría consulta externa.

Recursos materiales.

Horas de internet, transporte, impresiones de papelería, copias, marcadores, esferos, papelógrafos.

5.7.2.2. Análisis financiero.

Descripción	Cantidad	Costo unitario \$	Costo total \$
Recursos económicos			
Horas de internet	10 horas	1.00	10.00
Transporte			20.00
Sub total			\$30.00
Recursos materiales			
Impresiones de papelería	10 impresiones	0.10	1.00
Copias	50 copias	0.05	2.50
Marcadores	3 marcadores	1.00	3.00
Corrector	1 corrector	1.00	1.00
Pen drive	1pen	15.00	15.00
Esferográficos	4 esferos	0.30	1.20
Regla	1 regla	0.25	0.25
Borrador	1 borrador	0.30	0.30
Subtotal			\$ 24.25
TOTAL			\$ 54.25

Los recursos humanos son propios de la institución. Entre los recursos económicos y materiales que se necesitan para la ejecución de la propuesta, es necesario un presupuesto de 54.25 dólares.

5.7.3 Impacto

Mediante la ejecución de esta propuesta se logrará fomentar la prevención y motivación a los padres de los pacientes pediátricos que acuden a consulta en el Hospital General HOSNAG para así prevenir, detectar y actuar con enfoque a la salud familiar y pública, frente a los factores de riesgo en las enfermedades respiratorias evitando de esta manera futuros ingresos hospitalarios, disminución de gasto al sistema de salud, y complicaciones.

Al mismo tiempo, es un beneficio a las Fuerzas Armadas, al Hospital General HOSNAG y a nuestros hijos que se atienden diariamente en esta prestigiosa institución, colaborando de manera positiva a la problemática de salud pública a nivel mundial que afecta gran parte de la población infante, ya que se motiva, socializa y promueve conocimientos a los padres de estos niños, desconocidos en muchos casos, ofreciendo así una calidad de vida digna. Los niños son esenciales en la sociedad moderna, debemos de tener en cuenta que son los futuros adultos de la sociedad, y se pretende proteger su crecimiento de manera saludable en esa etapa importante en su vida.

5.7.4 Cronograma

ACTIVIDADES	MES: SEPTIEMBRE			
	SEMANA: 1 AL 4			
	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4
Socialización de la capacitación "Es mejor prevenir que lamentar las enfermedades respiratorias" al Director, Subdirector Técnico, Coordinador de enfermería, padres de familia, y demás personal profesional en salud, mediante trípticos y boletines de información, así como contabilizar el número de pacientes que acuden diariamente.	X			
Promoción de la importancia de la detección precoz y medidas preventivas en las enfermedades respiratorias como la neumonía, ejecutando la técnica de palabras claves (Sopa de letras), donde los asistentes deberán realizar la siguiente actividad que consiste en la selección de palabras acorde al tema de exposición. Con la finalidad de fortalecer la información y aclarar dudas respecto al cuidado y medidas de prevención.		X		
Capacitación acerca de los factores de riesgo como el desequilibrio del estado nutricional y la automedicación, que incluye conceptos, signos y síntomas, complicaciones, y medidas de prevención y cuidados, mediante un taller			X	

ejecutando la técnica participativa: técnica de variación (Juego de palabras), donde se prepara el tema de exposición acorde a una serie de afirmaciones unas falsas y otras verdaderas y se pedirá la participación del grupo.				
Aplicación de videos educativos e ilustraciones gráficas para lograr concientizar sobre la importancia de la prevención en las enfermedades respiratorias.				X
Evaluación al personal de padres mediante una prueba oral al personal presente estructurada, previamente planificado por el expositor con preguntas puntuales sobre los temas tratados.		X	X	X

5.7.5 Lineamiento para evaluar la propuesta

Se evalúan los resultados al finalizar cada actividad diaria, mediante una entrevista estructurada al personal presente, previamente planificado por el expositor con preguntas puntuales sobre los temas tratados en el transcurso de la semana. De esta manera se evaluará el conocimiento adquirido por el personal beneficiario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Agudelo Pérez, S. I., Maldonado Calderon, M. J., Gamboa Garay, O. A., Upeguí, D., & Duran, C. (2020). Prevalencia de automedicación en niños con enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en la clínica Universidad de la Sabana. *Revista Científica Salud Uninorte*, 36(1).
- Araque, H. F. G., Orgaz, O. V., Vicente, R. L., & Vidal, S. E. G. (2014). Anatomía de la vía aérea para el broncoscopista. Una aproximación a la anestesia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 42(3), 192-198.
- Barban Pérez, D. L., Acosta Yero, A., Tamayo Acosta, Y., & Santamarina Fernández, A. Morbilidad de Bronquitis Aguda en menores de 5 años Acute Bronchitis Morbidity in Children Under 5 Years.
- Bárcena, A., & Prado, A. (2017). Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible. D-CEPAL.
- Basanta, M. A. (2003). Laringitis aguda (Crup). *An pediatría [Internet]*, 1(S1), 55-61.
- Blecuaa, M. C., Martínezb, C. P., & Crespoc, M. P. (2007). Patología respiratoria prevalente: rinitis alérgica, bronquiolitis, sinusitis, laringitis. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 9(Suplemento 2).
- Bravo, I. M. (1996). Enfermedades respiratorias agudas en los primeros 18 meses de vida . *Bol Oficina Sanit Panam* .
- Bueno Campaña, M. C. (2011). Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida. . *Pediatría Atención Primaria*, 213 - 224.
- Camps Jeffers, Mariela y Calzado Begue, Dominga y Galano Guzmán, Zulema y Perdomo Hernández, Juan O. (2015). Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Un acercamiento a la bronquiolitis. *Revista Información Científica*, 90 (2), 391-400. [Fecha de consulta 27 de junio de 2020]. ISSN:. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5517/551757251019>
- Carvajal, M. C., Montaña, D. Y., & Téllez., D. O. (2018). Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años. *Rev. Arch Med Camaguey*.

- Castillo Cedeño, M. J., & Quilumba Vilca, S. L. (2019). Rinovirus y su influencia en el desarrollo de infección respiratoria aguda en niños de 1 a 8 años atendidos en el Subcentro del Mamey, Babahoyo, Los Ríos, octubre 2018-abril 2019 (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2019).
- Castro Hernández, S. E. (2015). Derechos y garantías constitucionales de las niñas, niños y adolescentes y su respeto por parte de los juzgadores (Bachelor's thesis).
- Coronel Carvajal, C., Huerta Montaña, Y., & Ramos Téllez, O. (2018). Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 194-203.
- Córdova Sotomayor, Daniel Angel, Chávez Bacilio, Clara Guadalupe, Bermejo Vargas, Elisabet Winiferson, Jara Ccorahua, Ximena Nicole, & Santa Maria Carlos, Flor Benigna. (2020). Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(1), 54-60. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n1.08>
- Dalmao, A. R., Sotomayor, I. G., Moré, Y. Y., & Gonzales, M. V. (2014). Factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas en lactantes, Veguitas 2013. *Multimed. Revista Médica. Granma*.
- Definición ABC. (05 de diciembre de 2019). CIENCIA» MORBILIDAD. Obtenido de <https://www.definicionabc.com/ciencia/morbilidad.php>
- Der M, Carolina, Iñiguez C, Rodrigo, Guzman D, Ana Maria, Jofré P, David, Iñiguez C, Armando, & Labarca L, Jaime. (2007). Amigdalitis aguda recurrente bacteriana: Estudio prospectivo, comparativo y controlado de sus características clínicas y microbiológicas. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 67(1), 38-45. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162007000100007>
- Enrique, A. P. (2019). Sinusitis. Sus complicaciones en los niños.
- Gaibor Calixto Edison, G. L. (2018). Factores ambientales y su influencia en enfermedades respiratorias agudas en niños menores de 10 años de la Escuela 1 de Mayo, Quinsaloma, Los Ríos, OCTubre 2018 - Abril 2019. *Tesis de Grado*. Babahoyo - Los Ríos, Ecuador.
- García-Araque, H. F., & Gutiérrez-Vidal, S. E. (2015). Aspectos básicos del manejo de la vía aérea: anatomía y fisiología. *Revista mexicana de Anestesiología*, 38(2), 98-107.

- García Rosique, Regla Mercedes. (2010). Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Revista Médica Electrónica*, 32(3) Recuperado en 23 de junio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300010&lng=es&tlng=es.
- García de la Rubia, S. Pérez Sanchez. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Revista Pediatr Integral*, XX (2): 80 – 93.
- Giménez Sánchez F, Sánchez Marengo A, Battles Garrido JM, López Soler JA, Sánchez-Solís Querol M. Características clínico-epidemiológicas de la neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 6 años. *An Pediatr*. 2007; 66(6):578-84.
- Giraldo M., R. R. (2004). Semiología clínica de la cianosis. *Medicina UPB*, 171 - 177
- González, F. Á., & Lastres, J. S. (2011). Faringoamigdalitis aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Academia Española de Pediatría: Infectología pediátrica. Capítulo, 4, 25-36.
- Grisales, V., Castaño, J. J., & Paredes, E. (2009). Prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en menores de 5 años hospitalizados en las clínicas de una entidad de primer nivel, Manizales años 2004 - 2006. *Archivos de Medicina*, 58 - 68.
- González, N. C., Pérez, Y. S., & Montes, Y. E. (2016). Otitis Media Aguda en menores de 5 años. 2010-2011. Revisión Bibliográfica. *Multimed*, 19(2).
- Hernández, M. D. J. P. (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 10(2), 62-66.
- Hernandez Yordanka, Serra Miguel. (2015), Neumonía adquirida en la comunidad: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados. *Revista Cubana de Salud Pública*; 41 (3): 413 – 426.
- Herrera, M. E., Durán, G. R., & Landrian, L. R. (2000). Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Rev Cuabana Med Gen Integr*, 160 - 164.
- INEC. (2016). Compendio Estadístico 2016. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico-2016/>
- Isidro Gessos & Yumei Rosada. (2019). *Factores de riesgo de infección respiratoria aguda en niños menores de 15 años*. CMF # 6. Policlínico Docente 13 de Marzo. 2017-2018. *Multimed*. Revista Medica. Granma

- Jiménez, A. (2015). *Personalidad, ira y sintomatología clínica en familiares cuidadores de personas con demencia* (Doctoral dissertation, Universidad de Murcia).
- Jofré, L., & Vega-Briceño, L. (2009). Impacto de la infección por virus influenza en niños: Costos, morbilidad y mortalidad asociada. *Revista chilena de Neumología pediátrica*. ISSN, 0718-3321.
- Jusidman-Rapoport, C. (2014). El derecho a la alimentación como derecho humano. *salud pública de méxico*, 56, s86-s91.
- Latham, M. C. (2002). *Nutrición humana: en el mundo en desarrollo* (Vol. 29). Roma, Italia: Fao.
- Llanos Guevara, Y., & Huerta López, J. G. (2018). Actualización en el tratamiento del asma en pediatría. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, 27(1), 10-17.
- Marín Labrada, I. G., Rosada Navarro, Y., Guevara Morales, A. G., Tamayo Ladrón de Guevara, A., & del Prado Salgado, M. (2019). Factores de riesgo de infección respiratoria aguda en niños menores de 15 años. *CMF# 6. Policlínico Docente 13 de Marzo. 2017-2018. Multimed*, 23(4), 699-714.
- Moreno-Sánchez F y cols. (2018). Las grandes epidemias que cambiaron al mundo. *Historia y filosofía de la medicina*. Vol. 63, Núm. 2 Abr. - Jun. 2018 p. 151 - 156
- O'Donnell, C. J., & Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista española de Cardiología*, 61(3), 299-310.
- OMS. (2009). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/health_risks_report_20091027/es/
- OMS. (2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/respiratory_tract_diseases/es/
- OPS. (2014). Organización Panamericana de la Salud. Infecciones respiratorias agudas en el Perú. Experiencia frente a la temporada de bajas temperaturas. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28549>

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005.
- Organización Mundial de la Salud. (02 de agosto de 2019). Recuperado el 11 de octubre de 2019, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Ortiz, C. V. A., Ortiz, Z. N. C., Rodríguez, G. G., Becerra, Z. P. N., Forero, L. Y. S., Carrillo, S. P. G., ... & Morales, M. L. C. (2016). PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS BARRIO EL VERGEL, SAN GIL. *Revista Universalud*, 3(1).
- Paredes-Reyes, M. (2015). Factores de Riesgo para Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 1 año. CS Santa Fe-Callao. 2014. *Revista peruana de obstetricia y enfermería*, 11(1).
- Pineda, O. M., Ortega, N. L., Dávila, A. P., Sandoval, C. J., & Betancur, V. D. (2013). Factores de riesgo modificables de infecciones respiratorias en Hogares Infantiles y Jardines Sociales del municipio de San José de Cúcuta. *Universidad y Salud*.
- Posada P., R. M. (2011). Riesgo de infecciones respiratorias agudas en la población infantil de municipio Ciego de Ávila. *Mediciego*.
- Quintero, A. C., Díaz, O. L., & Martínez, G. C. (2010). Factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 673-681.
- Razón Behar, R. (2003). Prevención de las infecciones respiratorias agudas: Presente y futuro. *Revista Cubana de Pediatría*, 75(4), 0-0.
- Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN). (2009). Brote humano de gripe por A(H1N1): consideraciones sobre la a interfaz hombre-animal. Ginebra.
- Reyes, M. R. (2015). Factores de riesgo para infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 1 año. C.S Santa Fe - Callao. 2014. *Rev. Peru. Obstet. Enferm.* , 574 -578.
- Reyes Sebasco, A. R., Fonseca Hernández, M., García Rodríguez, I., Llul Tombo, C. T., Yanes Macías, J. C., & Velázquez Águila, A. (2017). Hospitalizaciones

por enfermedades asociadas al *Streptococcus pneumoniae* en niños de la provincia de Cienfuegos. *Revista Cubana de Pediatría*, 89, 98-106.

Robaina Suárez, Gloria, & Campillo Molieva, Rita. (2003). Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Revista Cubana de Pediatría*, 75(3) Recuperado en 26 de junio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000300007&lng=es&tlng=es.

Rodríguez CG, Ledea CEM, Rojas FA (2016). Acciones estratégicas sobre prevención de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años. *Mul Med.*;20(4):784-796.

Romeo, J., Wärnberg, J., & Marcos, A. (2007). Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. *Pediatría Integral*, 11(4), 297-304.

Romero-Sandoval, N., Alcázar, D. D., Pastor, J., & Martín, M. (2019). Mortalidad infantil en Ecuador asociada a factores socioeconómicos durante los últimos 30 años. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(2), 295-301.

ROMERO-URRÉA, H. E., Chamorro, E. M. C., Caicedo, K. P. E., & ROMERO-VELOZ, L. V. (2019). Validación de la Escala de riesgo de violencia contra la pareja para Ecuador. *AMMENTU-Bollettino Storico e Archivistico del Mediterraneo e delle Americhe*, 1(15), 18-32.

Rubio, M. D. T., Pérez, A. D., Puerta, Z. B., & Avila, I. Y. C. (2017). Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1509-18.

Sanz, J. P. (2016). Bronquitis y bronquiolitis. *PediatríaIntegral*, 6, 28.

SALDÍAS P, F. M. (2007). El riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo. . *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 179 - 187.

Sergio Ivan Agudelo Pérez, M. J. (2020). Prevalencia de automedicación en niños con enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en la clínica Universidad de la Sabana. *Revista Científica Salud Uninorte*.

Spirko, L. V., López, J. G., Cepeda, K. O., & Rumilla, M. I. V. (2007). Neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. *Salud Uninorte*, 23(2), 231-242.

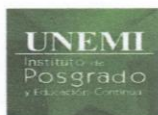
Tamayo Peña DI, Almarales Sarmiento G, Pupo Damas G, Tamayo Serrano JR (2008). Infecciones respiratorias agudas bajas en menores de cinco años de Hatu-Builico, Timor Leste.

- Tamayo Reus, C. M. (2015). Catarro común y “violencia terapéutica” en la población infantil. *Medisan*, 19(02), 229-241.
- Tamayo Reus, C. M., & Ortiz, E. A. B. (2015). Nuevo enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. *MediSan*, 19(05), 684-694.
- Toledo Rodríguez, I. D. L. M., & Toledo Marrero, M. D. C. (2012). Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. *Revista cubana de medicina general integral*, 28(4), 712-724.
- Torres Lebrato, L., Martínez Paradela, T., Torres Lebrato, L., & Vicente Portales, Z. (2018). Promoción y educación para la salud en la prevención de las infecciones respiratorias agudas. *Humanidades Médicas*, 18(1), 122-136.
- Torres, V., Orama, V. M. M., & Álvarez, I. M. (2017). Infecciones respiratorias y desnutrición. *Gaceta Médica Espirituana*, 9(3), 9
- Valdés Martín M, Gómez Vasallo A, Pérez Martínez JM. *Temas de Pediatría*. 2 ed. La Habana, Editorial Ciencias Médicas; 2011.
- Valero, N., Larreal, Y., Arocha, F., Gotera, J., Mavarez, A., Bermudez, J., & Espina, L. M. (2009). Etiología viral de las infecciones respiratorias agudas. *Investigación Clínica*, 50(3), 359-368.
- Vivar, V. H. C., Vivar, M. J. C., Tixi, C. E. L., & Manzano, E. P. P. (2019). Neumonía en niños: factores de riesgo y respuesta. *RECIMUNDO*, 3(2), 1290-1305.
- Oliva González, Yamilka, Piloto Morejón, Manuel, & Iglesias Gómez, Paulina. (2013). Clínica y epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(1), 49-62. Recuperado en 20 de marzo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100006&lng=es&tlng=es.
- Zapana, C. Q. (2015). Factores de riesgo individuales y ambientales asociados a signos de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, Puno - 2013. *Tesis de Grado*.
- Zerquera Rodriguez, J. C. (2015). Factores de riesgo relacionados con bajo peso al nacer en el municipio Cienfuegos. *MediSur*, 366 - 374.
- Zeng, L., Zhang, L., Hu, Z., Ehle, E. A., Chen, Y., Liu, L., & Chen, M. (2014). Systematic review of evidence-based guidelines on medication therapy for

upper respiratory tract infection in children with AGREE instrument. PloS one, 9(2).

ANEXOS

Anexo 1. Formato de ficha de observación.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

TEMA: FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL GENERAL HOSNAG. 2017

Instrucciones. Cada ítem debe ser analizado y calificado sobre 100, según la rúbrica que consta al final; debe ser analizado en relación de cada objetivo según su validez, coherencia y pertinencia.

	ANÁLISIS DE JUECES O EXPERTOS		
	VALIDACION		
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	PERTINENCIA	VALIDEZ	COHERENCIA
Objetivo 1. Describir la prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en los pacientes pediátricos.	Rinofaringitis aguda [resfriado común]: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sinusitis aguda: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Amigdalitis aguda: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Neumonía, organismo no especificado:				
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			
Bronquitis aguda:				
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			
Bronquiolitis aguda:				
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			
Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores:				
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			
Otros trastornos de la nariz y de los senos paranasales:				
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			
Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides:				
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			
Asma:				
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			
Neumonitis debida a sólidos y líquidos:				
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



Objetivo 2. Identificar la prevalencia de los factores de riesgo no modificables en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.	Edad:					
	Menor de un año	<input type="checkbox"/>				
	1-4 años	<input type="checkbox"/>				
	5-9 años	<input type="checkbox"/>				
	10-14 años	<input type="checkbox"/>				
	Sexo:					
	Masculino	<input type="checkbox"/>				
	Femenino	<input type="checkbox"/>				
	Población de procedencia:					
	Rural	<input type="checkbox"/>				
	Urbana	<input type="checkbox"/>				
	Edad gestacional al nacer:					
	A término	<input type="checkbox"/>				
	Pretérmino	<input type="checkbox"/>				
	Postérmino	<input type="checkbox"/>				
	No refiere	<input type="checkbox"/>				
Inmunizaciones:						
Esquema completo	<input type="checkbox"/>					
Esquema incompleto	<input type="checkbox"/>					
No refiere	<input type="checkbox"/>					

Objetivo 3. Determinar la influencia de los factores de riesgo modificables en pacientes pediátricos con enfermedades respiratorias.	Estado nutricional según tabla de percentiles de acuerdo al peso/edad:			
	Peso elevado	<input type="checkbox"/>		
	Peso normal	<input type="checkbox"/>		
	Peso bajo	<input type="checkbox"/>		
	Peso bajo severo	<input type="checkbox"/>		
	Exposición al humo del tabaco:			
	Siempre	<input type="checkbox"/>		
	A veces	<input type="checkbox"/>		
	Nunca	<input type="checkbox"/>		
	No refiere	<input type="checkbox"/>		
	Lactancia materna:			
	Exclusiva	<input type="checkbox"/>		
	Mixta	<input type="checkbox"/>		
	Ausente	<input type="checkbox"/>		
	No refiere	<input type="checkbox"/>		
	Hacinamiento:			
	Si	<input type="checkbox"/>		
	No	<input type="checkbox"/>		
	No refiere	<input type="checkbox"/>		
	Automedicación:			
Si	<input type="checkbox"/>			
No	<input type="checkbox"/>			



RÚBRICA DE CONFIABILIDAD



APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ÍTEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

DATOS DEL EVALUADOR EXPERTO

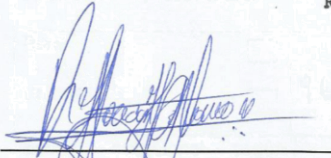
Nombre:
Título académico:
Trabaja:
C.I.:
Reg. Prof. Cód.:
Telf.:

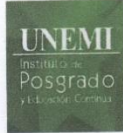
Firma del Experto

Anexo 2. Validación del Instrumento.

	UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO	
RÚBRICA DE CONFIABILIDAD		
APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ÍTEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

DATOS DEL EVALUADOR EXPERTO Nombre: Holguer Romero Urrea Título académico: Dr. Ciencias de la Salud Phd Trabaja: UNEMI- SENESCYT Ci: 0601552532 Reg. Prof. Cód.: 150 152 Cód. 123 Telf.:0997511878	Dr. Holguer Romero U. Phd PSICOTERAPEUTA Reg. Prof. 1-50 152 Cod. 123 Reg. INV- 17-01773
---	---


Firma del experto



RÚBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	<u>100 - 80</u>	MUY CONFIABLE
LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ÍTEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

DATOS DEL EVALUADOR EXPERTO

Nombre: *Dr. Ariosto Vergara Coello*
Título académico: *Pediatra - Neonatólogo*
Trabaja: *Hospital General Hosnag.*
C.I.: *130634677-4*
Reg. Prof. Cód.: *130634677-4*
Telf.: *095 67 80053*

Dr. Ariosto Vergara Coello
PEDIATRA - NEONATOLOGO
M.S.P. REG. 130634677-4
(Dr. Ariosto Vergara C.)

Firma del Experto



RÚBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ÍTEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

DATOS DEL EVALUADOR EXPERTO


Nombre: Milton Manuel Placer Hurtado
Título académico: Licenciado en Enfermería - Magister en Salud Pública
Trabaja: Hospital General Hornos
C.I.: 1723432694
Reg. Prof. Cód.: 1024-2019-2100045
Telf.: 0982877745

Firma del Experto

Anexo 3. Permiso de realización del proyecto en el Hospital General HOSNAG

14

1828
257


UNIVERSIDAD ESTADAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Oficio No. UNEMI-DIP-MSP-2019-2CO.
Milagro, 16 de octubre del 2019

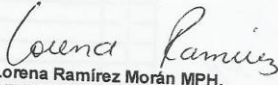
Sr:
Pablo HERRERA Salazar
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL HOSNAG
Presente:


De nuestra consideración:

Reciba un cordial saludo de las autoridades del Departamento de Investigación y Postgrado de la Universidad Estatal de Milagro, quienes hacemos extensos los sinceros agradecimientos por la predisposición, la orientación y el apoyo. Considerando su apreciable aporte a la formación de los maestrantes en Salud Pública, solicito a usted y por su digno intermedio a quien corresponda, el ingreso del maestrante Sr. Jonathan Israel Roa Alvarado con cédula 1104787724 de la Maestría en Salud Pública, a las instalaciones del Hospital que dignamente dirige, para la obtención de información de las historias clínicas de los usuarios que permanecieron hospitalizados en el servicio de pediatría por enfermedades respiratorias, para el mes de octubre del presente año, datos que van a ser utilizados en el proyecto de investigación, con el tema "FACTORES DE RIESGOS INDIVIDUALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL GENERAL HOSNAG. 2017"

Conocedores de su espíritu de colaboración quedamos agradecidos

Cordialmente,


Lorena Ramírez Morán MPH.
DIRECTORA - MAESTRIA EN SALUD PUBLICA


Gabriel José Suarez Lima, Msc
COORDINADOR - MAESTRIA EN SALUD PUBLICA


Hector Teodoro Mendoza
CAPITAN DIPLOMADO
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACION Y POSTGRADO


SDA
Recibido
12-10-19
10:00
de Jmm

1



ARMADA DEL ECUADOR
HOSPITAL GENERAL HOSNAG

FECHA RECEPCIÓN: 17 OCT 2019 HORA: -----

GERENCIA	A	B	RESOLUCIÓN
DTE			<p><i>AutORIZADO des. facilidades.</i></p>  <p>PABLO HERRERA SALAZAR CAPITAN DE FRAGATA-MD GERENTE DEL HG. HOSNAG</p>
DEI			
AYF			
FIN			
PLD			
SGI			
UCP			
THU			
ADS			
TIC			
SEC			
AJU			
CAL			
ECQ			
ENF			
PRIORIDAD UU U P M			
ACCION TOMADA:			FIRMA

Anexo 4. Tabla 1.- Prevalencia de las diferentes enfermedades respiratorias en pacientes pediátricos

GRUPOS DE EDAD	DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL CIE-10													TOTAL
	RINOFARINGITIS AGUDA	SINUSITIS AGUDA	AMIGDALITIS AGUDA	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	NEUMONIA BACTERIANA	NEUMONIA, ORGANISMO NO ESPECIFICO	BRONQUITIS AGUDA	BRONQUOLITIS	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICA DE VIAS INFERIORES	OTROS TRASTOS NO DE LA NARIZ	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS AMIGDALAS	ASMA	NEUMONIA DEBIDA A SOLIDOS Y LIQUIDOS	
MENOR DE UN AÑO						10	1	1	3					15
1 - 4 AÑOS		3		1	3	20	2		12			3	1	45
5 - 9 AÑOS		3	1			9			9		1	1		24
10 - 14 AÑOS		1							1	1				3
TOTAL		7	1	1	3	39	3	1	25	1	1	4	1	87
PORCENTAJE	0%	8%	1%	1%	3%	45%	3%	1%	29%	1%	1%	5%	1%	100%

Fuente: La investigación realizada en el Hospital General HOSNAG. Autor: Jonathan Roa Alvarado.