



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS:

FOLIO (R-2008-2104-22)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1
PUEBLA, PUEBLA.**



**RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA DE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN
MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ANASTASIO ANTONIO CASIANO CASTILLO

PUEBLA, PUEBLA, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA DE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN
MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ANASTASIO ANTONIO CASIANO CASTILLO

AUTORIZACIONES

DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN PUEBLA

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ

MEDICO FAMILIAR

PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACION DOCENTE (CIEFD)
PUEBLA

DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZÁLEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

PUEBLA, PUEBLA 2009

**RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA DE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, EN
MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA
DR. ANASTASIO ANTONIO CASIANO CASTILLO**

AUTORIZACIONES.

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

AGRADECIMIENTOS

A mi padre y madre, que desde que tuve razón de entendimiento me han enseñado el camino a la superación.

A mis Maestros: Dr. Juan H, Dr. Eduardo V. Dr. Marco Antonio M. Dra. Lourdes H. Les agradezco de todo corazón, el haberme otorgado su tiempo y enseñarme a fortalecer los lazos de la amistad y la entrega y esa entrega a los demás, sin esperar a cambio nada, además de darme ese don de poder enseñar día a día a alguien que quisiera aprender.

A los compañeros: de Clases que me dieron el apoyo, cuando más necesitaba De esos lazos de amistad.

A mi esposa y mis Hijos: que con su esfuerzo y dedicación me supieron comprender en los momentos que más me necesitaban.

1	TITULO	1
2	ÍNDICE GENERAL	4
3	MARCO TEORICO	5
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
5	JUSTIFICACIÓN	11
6	OBJETIVOS	12
	6.1 GENERAL	12
	6.2 ESPECÍFICOS	12
7	HIPÓTESIS	13
8	METODOLOGÍA	13
	8.1 TIPO DE ESTUDIO	13
	8.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	13
	8.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
	8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	14
	8.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR	15
	8.6 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	15
	8.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	18
9	RESULTADOS	19
	9.1 DESCRIPCIÓN	19
	9.2 TABLAS	19
10	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	28
11	CONCLUSIONES	29
12	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
13	ANEXOS	32

3.- MARCO TEÓRICO

El término infecciones respiratorias agudas (IRAS) agrupa diversos síndromes y enfermedades cuya característica común es su puerta de entrada y localización en vías respiratorias.

En la Infección Respiratoria Aguda (tos o rinorrea de menos de 15 días de evolución acompañada de síndrome infeccioso (ataque al estado general, fiebre y/o hipoacusia), el primer algoritmo es identificar insuficiencia respiratoria aguda como complicación, la taquipnea es considerada un signo de alarma temprano, además de considerar otros signos como aleteo nasal, tiraje intercostal disociación torácico abdominal, quejido y cianosis. La educación a la madre en signos de alarma para solicitud inmediata de la atención es uno de los principales aspectos de las recomendaciones generales del tratamiento.^{1, 2, 3, 4}

La Norma Oficial Mexicana nos define a la infección aguda de las vías respiratorias, como a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días,² y a la infección aguda de las vías respiratorias inferiores, a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio, de las cuerdas vocales hacia abajo, durante un periodo menor de 15 días,² así como a la infección aguda de las vías respiratorias superiores, a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales, durante un periodo menor de 15 días.⁵

Fiebre, a la elevación anormal de la temperatura corporal, por encima de los límites normales citados, arriba de 38.0° C.⁵

Hipertermia, al estado de elevación anormal de la temperatura del cuerpo por arriba de 40°C, sin intervención del hipotálamo o participación de mecanismos termorreguladores, ejemplo, insolación, golpe de calor.⁵

Cianosis, a la coloración azul de piel y mucosas.⁵

Dificultad respiratoria, a la alteración en el funcionamiento pulmonar, que se manifiesta por uno o más de los siguientes signos: aumento de la frecuencia respiratoria (polipnea o taquipnea); tiraje; estridor en reposo; o sibilancia en diferentes intensidades.²

Disfonía, a la alteración en el tono de la voz.⁵

Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.⁵

Esquema básico de vacunación, al esquema de vacunación orientado a la prevención de diez enfermedades: formas graves de tuberculosis con una dosis de BCG; tétanos, difteria, tos ferina, infecciones graves por *Haemophilus influenzae* y Hepatitis B con tres dosis de la vacuna Pentavalente acelular (difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis e infecciones por *H. influenzae* b), y sarampión, rubéola y parotiditis con dos dosis de triple viral (SRP), neumocócica conjugada dos dosis, rotavirus dos dosis⁵

Esquema completo de vacunación, al número ideal de vacunas, dosis y refuerzos que debe recibir la población sujeta al Programa, de acuerdo con su edad.⁵

Estridor, ruido áspero de predominio inspiratorio, que ocurre cuando se estrecha la laringe.⁵

Factores de mal pronóstico, a las variables para identificar que un niño con enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda o desnutrición, tiene mayor probabilidad de desarrollar complicaciones graves y consecuentemente de morir. Dichas variables son: menor de dos meses, desnutrición, muerte previa de un menor de cinco años en el mismo hogar, madre analfabeta o menor de 17 años de edad, dificultad para trasladarse a una unidad de salud y menor de un año con bajo peso al nacer.⁵

Nutrición humana, al aporte y aprovechamiento de nutrimentos, que se manifiesta por crecimiento y desarrollo.⁵

Otalgia, al dolor de oído.⁵

Otitis media aguda, a la inflamación del oído medio que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio limitando la movilidad de la membrana timpánica. Su presentación puede ser muy diversa con sintomatología inespecífica, incluyendo otalgia, fiebre, sensación de oído ocupado, hipoacusia y otorrea.⁵

Otorrea, a la supuración en el oído, salida de líquido o pus, por el conducto auditivo externo.⁵

Polipnea o respiración rápida, al aumento de la frecuencia respiratoria arriba de 60 por minuto, en niños menores de 2 meses de edad; arriba de 50 por minuto, en niños de 2 a 11 meses, y arriba de 40 por minuto, en niños de uno a cuatro años.⁵

Promoción de la salud, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.⁵

Tiro o tiraje, al hundimiento del hueso supraesternal, de los espacios intercostales y del hueso epigástrico, durante la inspiración, como consecuencia de la obstrucción de las vías respiratorias, que, en su expresión de mayor gravedad, se manifiesta como disociación torácico-abdominal.⁵

Las enfermedades infecciosas son ahora los mayores exterminadores de niños. En los países en desarrollo, la tercera parte aproximadamente de la población - 1300 millones de habitantes - viven con ingresos inferiores a \$ 1 por día. Casi uno de cada tres niños está malnutrido. Uno de cada cinco no está totalmente inmunizado en su primer cumpleaños. Además, más de la tercera parte de la población mundial carece de acceso a los medicamentos esenciales. Frente a ese telón de fondo de pobreza y descuido no es sorprendente que se haya permitido

ganar terreno a enfermedades infecciosas mortales. Actualmente, algunos de los países más pobres están pagando un elevado precio por la complacencia y el olvido del mundo.⁶

No sólo los refugiados y las personas desplazadas son especialmente vulnerables a las enfermedades infecciosas; su movimiento puede ayudar a difundir las enfermedades infecciosas a nuevas zonas.⁶

Mientras tanto, el crecimiento de ciudades densamente pobladas, con agua insalubre, mal saneamiento y difundida pobreza, ha creado el terreno de cultivo perfecto para los brotes de enfermedades. En los barrios miserables de las ciudades es poco probable que los niños estén vacunados contra las enfermedades causantes de mortandad y que los padres sean capaces de pagar la atención de salud cuando caen enfermos. En esas circunstancias, enfermedades que estuvieron controladas en otros tiempos pueden rápidamente ganar pie y establecerse de nuevo.⁶

Sin embargo, las enfermedades infecciosas no son sólo un problema de los países en desarrollo. A no ser que quede controlada, la crisis amenaza también a los países industrializados. Antiguos azotes, como la tuberculosis y la difteria, han aparecido en forma de epidemias explosivas en Europa y otros países industrializados. El brote de poliomielitis que se produjo en 1996 en Albania, Grecia y la República Federal de Yugoslavia mostró con qué facilidad puede reintroducirse una enfermedad en países que estaban exentos de la misma si se permite que baje la cobertura de la inmunización. El rápido aumento de los viajes aéreos significa que las enfermedades pueden ahora ser transportadas de un continente a otro en cuestión de horas. Actualmente, ningún país está a salvo de la amenaza de las enfermedades infecciosas.⁶

Esto sucede en un momento en que el arsenal de medicamentos disponibles para tratar las enfermedades infecciosas se está agotando progresivamente debido a la creciente resistencia de los microbios a los medicamentos antimicrobianos.⁶

Aun cuando la mayoría de las Infecciones Respiratorias Agudas son autolimitadas, los errores diagnósticos y terapéuticos representan un problema por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, lo cual ha dado origen a resistencia bacteriana y desperdicio de medicamentos por falta de apego al tratamiento una vez desaparecidos los síntomas.⁷

Por otro lado, se ha encontrado que las principales complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas no son identificadas ni tratadas oportunamente, lo que favorece la elevada mortalidad aun en regiones con acceso adecuado a los servicios de salud.⁸

Las acciones que se llevan a cabo en las unidades de primer contacto y se relacionan con el crecimiento y el desarrollo pueden ser agrupadas en: a) tratamiento de enfermedades intercurrentes, b) educación a la madre en la detección de los signos de mala evolución de enfermedades comunes, c) referencia al segundo nivel para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos que requieren de los recursos hospitalarios, d) capacitación a la madre en la utilización de las curvas de crecimiento e) vigilancia de la aplicación del esquema nacional de inmunizaciones y f) acciones de apoyo por los profesionales de trabajo social.⁹

El termino infecciones respiratorias agudas agrupa diversos síndromes y enfermedades cuya característica común es su puerta de entrada y localización en vías respiratorias.

El huésped reservorio, la fuente y el portador de estas infecciones es el ser humano, el mecanismo directo de transmisión es fundamentalmente el contacto por gotitas de saliva al hablar, toser o estornudar y el indirecto por los objetos contaminados por el enfermo.

A nivel mundial se considera que la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituye todo un sueño ya que se encuentra asociada fuertemente a las condiciones sociales, económicas y familiares, que son factores determinantes para el bienestar infantil.¹⁰

Se considera que el 95% o más de los casos de rinofaringitis, laringitis, bronquitis, y laringotraqueitis son virales, de los cuales la mayoría son benignas y sin complicaciones. Los agentes más frecuentes en menores de cinco años son; virus sincitial respiratorio, adenovirus, virus parainfluenza e influenza A y B.

Del 10% al 60% de las faringoamigdalitis y otitis media son de etiología bacteriana, entre las que se destacan la infección por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophylus influenzae*, (oído, pulmón) y el *Streptococcus beta hemolítico* (faringe).^{10, 11, 12}

La mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años constituye para los menores de 1 año, la tercera causa de muerte y es la segunda causa en el grupo etario de 1 a 4 años.¹³

La tasa de mortalidad (TM) por enfermedades respiratorias en menores de cinco años ha permanecido estable desde 1994. La tasa se mantiene cercana a Dos por mil y el leve descenso por debajo de esta cifra, observado luego del año 1999, cambia desfavorablemente en el 2003 con un nuevo incremento a 1,99 por mil. La misma tendencia se observa en la tasa de mortalidad infantil específica para las infecciones respiratorias agudas bajas.^{13, 14}

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa de consulta pediátrica en atención primaria y servicios de urgencia, constituyendo el 60% de todas las consultas anuales en promedio, De ellas, aproximadamente 50% son Infecciones Respiratorias Agudas altas y 50% Infecciones Respiratorias Agudas bajas.¹⁵

En las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB), hace mas de década, en 1994 la neumonía era la primera causa de mortalidad infantil tardía, dando cuenta del 24% de las defunciones en este grupo Etéreo; un 60% de ellos ocurrían en domicilio.^{15, 16, 17}

El cuidado de los menores es dado por el género femenino, quienes a través de su experiencia y por el legado familiar establecen cuidados específicos para mantener al niño con salud y libre de enfermedad advirtiendo prácticas de vida saludable, interesa conocer lo que hacen las madres y/o cuidadores intrafamiliares cuando sus hijos presentan algún síntoma o signo de infección respiratoria aguda, la manera como operan la toma de decisiones para acudir al servicio médico.¹⁸

Por otro lado las campañas y spot tanto de radio como de televisión anuales, en países latinoamericanos donde se hace hincapié sobre la salud del menor de cinco años, y prevención de

enfermedades respiratorias, como lo expresa el Plan de comunicaciones “campana de invierno de lucha contra la neumonía 2004” de lima, donde su objetivo primario es mejorar el conocimiento de las madres de niños menores de cinco años en cuanto a las medidas preventivas de la neumonía, síntomas de la enfermedad, tratamiento oportuno y adecuando de la neumonía, oferta de salud.¹⁹

Lograr que las madres de niños menores de cinco años tengan una actitud positiva de llevar a sus hijos a los establecimientos de salud si presentan respiración rápida.¹⁹

Lograr que las madres de niños de cinco años lleven a sus hijos al establecimiento de salud para que sean atendidos si presentan respiración rápida.¹⁹

Lograr que las madres de niños menores de cinco años tomen medidas preventivas para evitar la neumonía en sus hijos.¹⁹

Se destaca que la Organización Panamericana de la Salud, cuyos objetivos es reducir la mortalidad por neumonía en los niños menores de cinco años en los países en desarrollo de la región de las Américas, reducir el uso inadecuado de antibióticos y otros medicamentos tales como jarabes para la tos y el resfrió, reducir la incidencia de casos graves de infecciones de las vías respiratorias inferiores¹⁸.

En América Latina mueren medio millón de niños menores de cinco años, el 50% de estas muertes son por causas evitables como las infecciones Respiratorias Agudas. En el país se presentan 30 defunciones, 900 mensuales y más de 10000 anuales en niños menores de cinco años, causa de esta enfermedad. Una de las acciones en la actualidad para disminuir la morbimortalidad de este padecimiento consiste en mantener la salud aplicando la prevención por medio de la promoción. Su base radica en la educación para promover cambios de conducta, que impacten en los estilos de vida.²⁰

El conocer si las madres de familia identifican o no los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas conllevan a un efecto positivo en la salud de la población menor de cinco años, ya que crea la posibilidad de reforzar e insistir en las medidas educativas y preventivas establecidas (Guía clínica para el cuidado del niño menor de cinco años) que modifique o refuercen según sea el caso, el conocimiento de las madres para detectar e identificar los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas independientemente de su educación, cultura, nivel socioeconómico.^{1,21}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la atención al menor de cinco años con infecciones respiratorias agudas. Se ha observado que existe una baja capacitación a las madres de los niños menores de cinco años, lo que nos lleva a determinar que existe un desconocimiento de los signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas, lo que ocasiona complicaciones graves, como neumonías, traqueitis, dificultad respiratoria aguda que en el peor de los casos lleva a la muerte.

Dentro de esto tenemos que en la U. M. F. 27 Ajalpan está adscrita una población de 10830 derechohabientes, de los cuales asegurados son 3848, beneficiarios 6982, menores de 10 años 3958.

De los cuales tenemos, que 1436 son mujeres en edad fértil (15 a 44 años) que equivalen al 13.25% de la población total, y mujeres de 40 a 85 años 752 que corresponden al 6.9% de la población total, y que estas casi siempre o de algún modo se quedan al cuidado de los menores, ya sean las mamás, abuelas o tías, porque algunas mujeres tienen la necesidad de salir a trabajar y dejar con otros miembros de la familia el cuidado de sus hijos.

Tenemos mujeres menores de un año 21, que equivale al 0.1% de la población total, y hombres menores de un año 9, que equivale al .08% de la población total, esta población es la más vulnerable por la que tiene más riesgo de padecer alguna complicación de IRAS.

De uno a cinco años mujeres son 357 que equivale al 3.29% de la población total, y hombres de uno a cinco años de 302 que equivalen al 2.78% de la población total. En total tenemos, niños menores de cinco años entre mujeres y hombres un total de 659 que equivalen al 6.36% de la población total.

En los últimos años estas enfermedades han ido en incremento y aún así, se sigue encontrando en las autopsias verbales de los niños fallecidos, la falta de reconocimiento de los signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas.

Al tener conocimiento de los signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas, las madres podrían llevar con tiempo y anticipación, si no hay mejoría, nuevamente con el médico, y así prevenir muertes de menores de cinco años por complicación de Infecciones Respiratorias Agudas, por lo que se establece que en todos los medios de difusión posibles, se realice la capacitación constante de él personal de salud (REGIDOR DE SALUD, PROMOTORAS SOCIALES VOLUNTARIAS, ASISTENTES RURALES DE SALUD, PARTERAS, MÉDICOS TRADICIONALES ENFERMERAS, MÉDICOS).

Por lo descrito anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cual es el grado de reconocimiento de signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas en mujeres con niños menores de cinco años?

5.- JUSTIFICACIÓN

En los últimos años las Infecciones Respiratorias Agudas han ido en incremento y aún así, se sigue encontrando en las autopsias verbales de los niños fallecidos, la falta de reconocimiento de los signos de alarma por las personas que los cuidan.

Por lo que se considera importante conocer el grado de conocimiento de las madres y otras mujeres con menores de cinco años, para reconocer los signos de alarma (de Infecciones Respiratorias Agudas), dentro del contexto cultural, social, y psicológico, biológico y educativo, siendo importante el reconocimiento para que de esta manera realizar acciones de mejoramiento en la educación específicas (para el reconocimiento de estos signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas), y realizar la verificación de acciones que conlleven, al reconocimiento y certificación de que las mamás de estos menores si tengan presentes los signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas, para evitar complicaciones de Infecciones Respiratorias Agudas en los menores de cinco años que puedan llevarlos a la muerte.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de reconocimiento de signos de alarma en infecciones respiratorias agudas en mujeres con niños menores de cinco años.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la edad de las mujeres con niños menores de cinco años

Conocer el número de hijos de la mujer con niños menores de cinco años.

Conocer la escolaridad más frecuente de las mujeres con niños menores de cinco años

Conocer la ocupación de las mujeres con niños menores de cinco años

Identificar el grado de reconocimiento de signos de alarma en infecciones respiratorias agudas por mujeres con niños menores de cinco años.

7.- HIPOTESIS

El grado de reconocimiento de signos de alarma en infecciones respiratorias agudas en mujeres con niños menores de cinco años es bajo.

8.- METODOLOGIA

8.1 Tipo de estudio

Observacional.- Por la intervención del investigador en el fenómeno de estudio.

Prolectivo.- Por la captura de la información.

Prospectivo.- Por la evolución del fenómeno a través del tiempo.

Transversal.- Por el número de mediciones en el tiempo.

Descriptivo.- Por el propósito del estudio y número de poblaciones

8.2 Población, lugar y tiempo de estudio

Se estudió a mujeres con niños menores de cinco años que acudieron a la consulta externa de medicina familiar turnos matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Ajalpan, Puebla en el periodo del 1 de Junio al 31 de Agosto de 2008.

8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Se trabajo con una muestra probabilística de 96 mujeres que están al cuidado de niños menores de cinco años, que asistieron con ellos a consulta para ser atendidos por motivo de control de crecimiento y desarrollo y/o por enfermedad.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante la formula para estimación de proporciones en una población para estudios descriptivos:

TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 P (1 - P)}{d^2}$$

$$d = 0.10$$

$$Z^2 = 95\% = (1.96)^2$$

$$1 = 100\%$$

$$p = .20\% \quad (1 - p) = .80$$

$$\frac{3.8416 \times 0.25}{0.01} = 96$$

Donde:

$d = 0.10$ (error estándar de muestreo)

$Z^2 = 95\% = (1.96)^2$ Factor que nos asegura que toda la población se encuentra dentro de los límites de error establecidos.

P = Proporción de la población general que tiene la característica que se desea estudiar, y por tanto representa la posibilidad de obtener al azar una persona con esa característica (.75).

$(1 - P)$ = Es la población de personas de la población que no tiene la característica de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar una persona sin esa característica (.25).

$$1 = 100\%$$

8.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres adscritas a la U. M. F. 27 Ajalpan con niños menores de cinco años.

Mujeres que los cuidan y son responsables de ellos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres que no aceptaron participar en la encuesta

Mujeres que no sabían leer ni escribir.

Mujeres no adscritas a la unidad

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres que no contestaron adecuadamente el cuestionario.

8.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Por ser un estudio descriptivo el tipo de muestreo será determinístico.

8.6 MÉTODO O PRODECIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Definición conceptual:

Grado de reconocimiento de signos de alarma en infecciones respiratorias agudas en mujeres con menores de cinco años a su cargo:

Es el conocimiento que poseen y permite a las mujeres reconocer alteraciones de la dinámica respiratoria en niños menores de cinco años.

Definición operacional:

Grado de reconocimiento de signos de alarma sobre infecciones respiratorias agudas en mujeres con menores de cinco años a su cargo:

Es entendida como aquella capacidad que desarrolla una mujer al cuidado de niños menores de cinco años ya se hijo o nieto o sin un parentesco directo sobre el niño, en la que intervienen su experiencia para determinar cuando un niño presenta datos como aleteo nasal, tiraje intercostal, disociación toracoabdominal, taquipnea, tos, fiebre y cianosis periférica.⁵ Y que le permite a su vez tomar decisiones oportunas para el manejo, cuidado y/o solicitar atención médica oportuna.

VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR O RANGO
VARIABLE DEPENDIENTE			
Grado de reconocimiento de signos de alarma sobre infecciones respiratorias agudas en mujeres con menores de 5 años a su cargo	CUALITATIVA ORDINAL	ORDINAL	SEGUN LA ENCUESTA, ESTA SE CALIFICA CONFORME A LAS RESPUESTAS ACERTADAS: Adecuada de 0 a 7 aciertos, Regular de 8 a 15 aciertos, Inadecuada de 16 a 21 aciertos
VARIABLES INDEPENDIENTES			
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA ORDINAL	ORDINAL	LA QUE INDIQUE LA PACIENTE: 1.-ENSEÑANZA UNIV. O EQUIVALENTE. 2.-TECNICA SUPERIOR COMPLETA 3.- ENSEÑANZA SEC. COMPLETA, TECNICA MEDIA. 4.-ENSEÑANZA SEC. INC., TECNICA INFERIOR. 5.-ENSEÑANZA PRIMARIA, O OLFABETA. 6.- ANALFABETA
NUMERO DE HIJOS	CUANTITATIVA DESCRITA	RELACIÓN	EL NUMERO DE HIJOS REPORTADO EN LA ENCUESTA.
EDAD	CUANTITATIVA DESCRITA	RELACIÓN	15-19 AÑOS, DE 20-24 AÑOS, DE 25 A 29 AÑOS, DE 30 A 34 AÑOS, DE 35-39 AÑOS Y/O MÁS
OCUPACION	CUALITATIVA NOMINAL	NOMINAL	LA QUE INDIQUE LA PACIENTE: AMA DE CASA, EMPLEADA, COMERCIANTE, PROFESIONISTA, OFICIO PROPIO.

METODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La población de estudio fue toda mujer que tengan al cuidado a niños menores de 5 años, adscritos a U. M. F. 27 Ajalpan, Puebla. Que formen parte del tamaño de la muestra en del 1 de Junio al 31 de Agosto del 2008. A los cuales se les pedirá que contesten un cuestionario, previo consentimiento de ellos.

La encuesta nos determino que gradote conocimiento tienen estas personas para reconocer los signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas, así como su estrategia para solicitar ayuda médica.

ANALISIS DE DATOS

Para el presente estudio se utilizaron estadística descriptiva por frecuencia.

8.7 CONSIDERACIONES ETICAS

Se realizo carta de Consentimiento Informado y se firmo por cada participante en la encuesta. La carta de consentimiento contiene lugar y fecha; Nombre de la persona donde acepta participar, título del proyecto; número de registro del proyecto ante el Comité Local de Investigación; objetivos y justificación del estudio; tipo de participación; nombre y matrícula y firma del investigador principal; nombre y firma de dos testigos.

Tomando como referencia la Ley General de Salud de México en materia de investigación para la salud. En su Titulo segundo (De los aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos) Capitulo I, se toman en cuenta los siguientes artículos en el presente estudio:

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.²²

9.- RESULTADOS

9.1 DESCRIPCIÓN

Se incluyeron en el estudio a 96 mujeres que tuvieron bajo su responsabilidad a menores de cinco años, las cuales acudieron al servicio de la consulta externa tanto en el turno matutino como vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del I.M.S.S., Puebla.

9.2 TABLAS

Con respecto a la edad, en la población estudiada se encontró una media de 37.3 años, mediana de 36, moda de 33, 35, varianza de 90.5, rango 44, desviación estándar de ± 9.5 con un valor mínimo de 18 y un valor máximo de 62, error estándar 0.97. (Cuadro 1).

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE LAS MUJERES QUE
ATIENDEN A MENORES DE CINCO AÑOS

Grupo de edad	f	%
15 - 19	1	1
20 - 24	8	8.4
25 - 29	11	11.5
30 - 34	20	20.9
35 - 39	15	15.7
40 - 44	21	21.9
45 - 49	9	9.3
50 - 54	8	8.3
55 - 59	2	2
60 - 64	1	1
TOTAL	96	100%

Fuente: Encuesta Realizada

De acuerdo a la ocupación, 80 mujeres (83.4%) se dedican a las labores del hogar. (Cuadro 2).

Cuadro 2.
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE OCUPACIÓN DE MUJERES QUE
ATIENDEN A MENORES DE CINCO AÑOS

OCUPACION	f	%
AMA DE CASA	80	83.4
EMPLEADA	16	16.6
NEGOCIO PROPIO	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	96	100

Fuente: Encuesta Realizada

En cuanto al número de hijos por encargada de cuidar al menor de cinco años, la distribución fue la siguiente: (Cuadro 3).

Cuadro 3.
DISTRIBUCIÓN POR NUMERO DE HIJOS POR MUJERES QUE
ATIENDEN A MENORES DE CINCO AÑOS

NÚMERO DE HIJOS	f	%
1 - 2	40	41.7
3 - 4	34	35.5
5 - 6	15	15.6
7 y +	7	7.2
TOTAL	96	100%

Fuente: Total entre la muestra 116.

El promedio es de 3.7 hijos por mujer pero aun se encuentran mujeres con 7 hijos o más.

En relación a la escolaridad. Se observó que la mayoría de las mujeres habían culminado el 6° grado de primaria, correspondiendo a 37 (38.5%), 11 (11.4%) sin estudios, y 6 (6.3 %) habían concluido una licenciatura. (Cuadro 4).

Cuadro 4.
DISTRIBUCIÓN DE LA ESCOLARIDAD DE MUJERES QUE ATIENDEN A MENORES DE CINCO AÑOS

GRADO DE ESCOLARIDAD	f	%
ESTUDIO NULO	11	11.4
PRIMARIA INCOMPLETA	28	29.1
PRIMARIA COMPLETA	37	38.5
SECUNDARIA INCOMPLETA	0	0
SECUNDARIA COMPLETA	6	6.3
TECNICA	4	4.2
PREPARATORIA INCOMPLETA	0	0
PREPERATORIA COMPLETA	4	4.2
LICENCIATURA	6	6.3
TOTAL	96	100 %

Fuente: Encuesta Realizada

En lo que se refiere al reconocimiento de signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas por las mujeres que atienden a menores de 5 años, 78 (81.3 %) de ellas, si reconocen los signos de alarma, 18 (18.7 %) los reconocen regularmente. (Cuadro 5).

Cuadro 5.
RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS, DE MUJERES QUE ATIENDEN A
MENORES DE CINCO AÑOS

RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA DE IRAS	f	%
INADECUADO	0	0.00
REGULAR	18	18.7
ADECUADO	78	81.3
TOTAL	96	100%

Fuente: Instrumento para conocer la aptitud de las madres o personas que atienden a niños menores de cinco años en casos de Infección Respiratoria Aguda.

Dentro de la edad se encuentra un total de 18 mujeres identifican de manera regular los signos de alarma de Infecciones respiratorias Agudas y 78 mujeres que identifican adecuadamente los signos de alarma de Infecciones respiratorias Agudas. Siendo más frecuente en los grupos de 40 – 44 años y de 30 – 34 años. (Cuadro 6).

Cuadro 6.
CALIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA DE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, EN MUJERES QUE
ATIENDEN A MENORES DE CINCO AÑOS

EDAD	INADECUADA	REGULAR	ADECUADA
15 – 19	0	1	0
20 – 24	0	3	5
25 – 29	0	3	8
30 – 34	0	5	16
35 – 39	0	1	14
40 – 44	0	3	17
45 – 49	0	1	9
50 – 54	0	1	6
55 – 59	0	0	2
60 – 64	0	0	1
TOTAL	0	18	78

Fuente: Encuesta Realizada

Dentro de la ocupación de las mujeres, se encontró que obtuvieron calificación regular 18 mujeres, y adecuadamente 78 mujeres, siendo más frecuente el reconocimiento adecuado en mujeres cuya ocupación es labores del hogar. (Cuadro 7).

Cuadro 7.
OCUPACIÓN CON RESPECTO AL RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE
ALARMA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DE MUJERES
QUE ATIENDEN A MENORES DE CINCO AÑOS

		INADECUADA	REGULAR	ADECUADA
OCUPACIÓN	LABORES DEL HOGAR	0	12	68
	EMPLEADA	0	6	10
	NEGOCIO PROPIO	0	0	0
	OTROS	0	0	0
	TOTAL	0	18	78

Fuente: Encuesta Realizada

58 mujeres reconocen en forma adecuada los signos de alarma y con número de hijos de uno a cuatro. Y todas las que tienen 5 a 6 hijos reconocen en forma adecuada. (Cuadro 8).

Cuadro 8.
EN CUANTO AL NUMERO DE HIJOS CON RESPECTO AL
RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS DE MUJERES QUE ATIENDEN A MENORES
DE 5 AÑOS

		INADECUADA	REGULAR	ADECUADA
NÚMERO DE HIJOS	1 – 2	0	13	29
	3 – 4	0	4	29
	5 – 6	0	0	14
	7 y +	0	1	6
TOTALES		0	18	78

Fuente: Encuesta Realizada

Dentro de las mujeres con estudios, en esta comunidad las mujeres encuestadas predomina la mujer con pocos estudios. Once de las que no estudiaron reconocen adecuadamente los signos y con licenciatura dos en forma regular y tres en forma adecuada. (Cuadro 9).

Cuadro 9.
EN CUANTO AL GRADO DE ESTUDIOS CON RESPECTO AL RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DE MUJERES QUE ATIENDEN A MENORES DE CINCO AÑOS

		INADECUADA	REGULAR	ADECUADA
ESTUDIOS	NO ESTUDIO	0	0	11
	PRIMARIA INCOMPLETA	0	2	27
	PRIMARIA COMPLETA	0	7	30
	SECUDARIA INCOMPLETA	0	0	0
	SECUNDANTIA COMPLETA	0	2	4
	TECNICA	0	0	4
	PREPARATORIA INCOMPLETA	0	0	0
	PREPARATORIA COMPLETA	0	3	1
	LICENCIATURA	0	2	3
	TOTAL	0	16	80

Fuente: Encuesta Realizada

10.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Se incluyeron pacientes entre 15 a 64 años, apegándose a los criterios de inclusión, de toda mujer que atienda a menores de cinco años, estos datos resultan muy interesantes ya que difieren de algunos autores, como el estudio realizado en Lima, Perú cuyos resultados reportan que un 35% de las madres tienen conocimiento sobre signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y un 65% no lo tiene, y en el estudio realizado en el I.M.S.S. Monterrey Nuevo León, el cual estableció que el 26.47% de las madres tienen conocimiento y el 73.53% no¹, en nuestro estudio fue lo contrario ya que el 81.90% de las mujeres encuestadas tiene adecuado conocimiento de los signos de alarma de infecciones respiratorias agudas.

La escolaridad en promedio fue de 6 años cursados, 42 mujeres que equivale al 39.66% de las mujeres encuestadas, estos resultados evidencian que un alto porcentaje de las derechohabientes de la U.M.F. 27 Ajalpan, Puebla, poseen un nivel de preparación escolar bajo, ocasionando tal vez por la falta de equidad relacionada con el género en la oportunidad para acceder a las escuelas de enseñanza superior, no así que cinco (5.2 %) de las mujeres termina sus estudios profesionales, Dentro de las mujeres con estudios, en esta comunidad las mujeres encuestadas predomina la mujer con pocos estudios a pesar de contar con diferentes escuelas oficiales y particulares, además de tener algunas familias los servicios del programa Oportunidades. Tenemos que las mujeres encuestadas 76 no llegaron a iniciar la secundaria, 11 mujeres no estudiaron y 28 no terminaron la primaria, 6 tienen secundaria completa. Así las que conocieron regular los signos de alarma son 16 y las que contestaron adecuada son 80.

Se determina que tampoco la educación es un factor para no conocer los signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas.

En este estudio 80 (83.4 %) de las mujeres encuestadas se dedican a labores del hogar y 16 (16.6 %) son empleadas.

De la ocupación de las mujeres, se encontró que alcanzaron un grado regular 21, y adecuadamente 78. Esto nos dice que la ocupación no es un factor para no conocer los signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas.

Dentro de las mujeres que tuvieron hijos de 1 a 4 hay regular 17 y adecuada 58 y en 5 a 7 hijos hay regular 1 y adecuada 20. Esto nos dice que si es un factor importante el número de hijos, por la experiencia que toman para el reconocimiento de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas.

11.- CONCLUSIONES

1.- De las 96 mujeres encuestadas de la U.M.F. 27 Ajalpan, Puebla, la mayoría a recibido información acerca de los signos de alarma de IRAS en menores de 5 años, siendo la principal fuente la U.M.F. 27, Módulos de oportunidades, hospital integral de la SSA de Ajalpan, Puebla, así como promotores sociales voluntarios y brigadas del DIF municipal.

2.- Del grupo de mujeres encuestadas se identifican las siguientes variables demográficas: la mayoría se dedican al hogar, con escolaridad primaria completa.

3.- La edad promedio en que inician la vida reproductiva esta entre los 15 y 19 años.

4.- Los signos que más frecuentemente asocian como signos de alarma de IRAS son Temperatura alta, Respiración rápida (taquipnea), tos.

El presente estudio sustenta la importancia que debe tener para todos los médicos generales, familiares y especialistas la atención integral del menor de 5 años, así como dar a conocer ampliamente las indicaciones, y tener en cuenta que el mensaje sea entendido por la persona que acude con el menor de 5 años. Una vez conocido esto se debe de seguir con los programas de capacitación al personal auxiliar de salud, como son promotores sociales voluntarios, parteras rurales, equipos de salud de las diferentes comunidades.

El reconocimiento de signos de alarma se destaco porque los mujeres que se les realizo la encuesta si reconocían los signos de alarma de IRAS la mayoría 80 (83.4 %) fueron amas de casa, y estas están más en contacto con los menores de 5 años, sin en cambio las empleadas 16 (16.6%) los dejan con sus parientes mas cercanos tías, primos, abuelas etc. Y reconocen regularmente 18 (18.75 %) mujeres, los signos de alarma de infecciones respiratorias agudas, las profesionistas 6 (6.3 %) también entran en este grado. Las mujeres con más de 5 hijos reconocen adecuadamente los signos de alarma en su mayoría.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Valencia Ruiz YI, Gómez Soto V, Garza Garza ER. Determinación del conocimiento de las madres de niños menores de 5 años acerca de signos de alarma de infecciones de vías respiratorias agudas complicadas, RESPYN (Revista Salud Pública y Nutrición), Febrero del 2005, Monterrey, N.L. México Edición Especial No. 8-2005. Unidad de Medicina Familiar No.32.Guadalupe, Nuevo León.
- 2.- Kindelán Merceron FM, León Quindemil OL. Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas. Brigada Médica Cubana en Guatemala. Departamento de Zacapa.12 (suppl 8): 1029-1034.
- 3.- Yero Cedeño Y, Rodríguez Dalmao A, Fonseca Vazquez R, Castillo Aponte Y. Evaluación de riesgo asociado a las infecciones respiratorias agudas en lactantes del área de Veguirtas.
- 4.- Sepúlveda Vildasola AC, López Fuentes G, López Aguilar E, ¿Qué tan capaces son los padres de niños con síndrome de Down en el cuidado de infecciones de vías respiratorias altas y la detección de complicaciones? Bol. Med. Hosp. Infant. Mex, Nov./Dic. 2005, vol. 62, No. 6, p.443-448.
- 5.-NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.
- 6.- Brundtland H, Directora General, Organización Mundial de la Salud. Informe.
- 7.- Publicaciones OPS/OMS sobre el control de las IRA/ED, Control de las infecciones respiratorias agudas. Serie PALTEX.
- 8.- Flores Hernández S, Trejo y Pérez JA, Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Guiscafré Gallardo H. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones respiratorias agudas, Rev. Méd. IMSS 2003, 41, (supl): S3-S14.
- 9.- Trejo Pérez JA, Flores Hernández S, Peralta Mosco R, Fragoso Pedraza V, Reyes Morales H, Oviedo Mota MA, Escobar Barrios E. Guía clínica para la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de cinco años. Rev Med IM 2003; (supl) S47 – S58.
- 10.- Organización Panamericana de la Salud, Guía de Infección respiratoria. Rev. Salud Inbursa 2005, pp. 1-6.
- 11.- Salas Chaves P, Alfaro Bourrouet W. Variación estacional de infecciones respiratorias virales en niños hospitalizados. Revista Mexicana de Pediatría. Volumen 72, Número 1, Enero-Febrero 2005. pp. 5-8.
- 12.- Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años, Arch. argent. pediatr. 2006; 104(2):159-176 / 159.

Comité Nacional de Neumonología, Subcomisión de Epidemiología, Comité Nacional de Infectología, Comité Nacional de Medicina Interna.

13.- Hernández Ruiz AM, Orazi Martínez V, Madrera Manfredi L, Hernández Sarasqueta P. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. Hospitalización abreviada: Un modelo de atención basado en evidencia altamente efectivo para descender la mortalidad infantil. Archivos Argentinos de Pediatría vol. 103 No 3, Buenos Aires May /June 2005: 128(6): 627 – 632.

14.- Morbimortalidad materna y mortalidad infantil en la República Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los Servicios de Salud Materno Infantil. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Julio 2004.

15.- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en menores de 5 años. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

16.- Santoro A, Ferrera E, Ferrari AM, Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de tres años. Referencia a unidades de cuidado intensivo. Arch. Pediatr Urug 2002, 73(4):196-202.

17.- Gutiérrez R, Compian S, Mariño C, Ferrari AM. Relación entre signos clínicos e hipoxia en niños menores de 5 años con enfermedad respiratoria aguda baja, Rev. Chil. Pediatr., set. 2001, vol. 72, No. 5, p.425-429.

18.- Peña Aristizábal SL, Romero Torres M. Percepción de salud-enfermedad en los cuidados intrafamiliares de los menores de cinco años en una localidad de Bogotá-Colombia. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/099.php>

19.- Ministerio de salud, Personas que atendemos personas <http://www.minsa.gob>.

20.- Cruz Castruita M, Flores Villanueva C, López Zarate M. Impacto de un programa educativo de infecciones respiratorias agudas dirigido al personal de enfermería, VII Foro Delegacional de Investigación en Salud del IMSS en Nuevo León (México) 3 de Febrero del 2003: No. 2-2003. pp 1-2.

21.- Sáenz de Tejad S, Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala, Rev Panam Salud Publica v.1 n.4 Washington Abr. 1997; 2:5 – 19.

22.- Ley General de Salud de México. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. 1987.

13.- ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO

FECHA: _____

Nombre _____

Edad _____ años. Ocupación _____

Número de hijos: _____ Estudios _____

INSTRUCCIONES:

Usted tiene que anotar en la línea _____ de la izquierda cualquiera de las tres opciones siguientes:

Verdadero con una (V) Si considera que el enunciado afirma algo que es cierto.

Falso con una (F) si considera que el enunciado afirma algo que no es cierto.

Carina tiene un niño Raúl de 3 años y Manuel de 5 años de edad el cual tiene que dejarlo al cuidado de su mamá porque ella tiene que ir a trabajar fuera de la casa. La abuelita no sabe leer, ni escribir y padece diabetes, ellas viven en un lugar retirado. Raúl, empieza con mucha tos seca, secreción por la nariz, al sentirlo la abuelita lo siente muy caliente y se le mueve mucho la nariz al respirar, y no quiere comer, se le hunde el pechito al respirar, lo llevan con el médico y le toman, la temperatura indicando que tiene 38.5°C. Presenta sus labios azulados, y le comenta la abuelita al médico que se veían las costillas cuando respira.

- 1.- _____ La tos indica una enfermedad respiratoria
- 2.- _____ Con solo sentirlo sabría que tiene calentura.
- 3.- _____ Cree que el movimiento de nariz nos indica la gravedad de la enfermedad
- 4.- _____ Cuando se le hunde el pechito sabe que esta grave el niño.
- 5.- _____ La temperatura de 38.5 nos indica fiebre.
- 6.- _____ Los labios azules nos indica que esta grave el niño.
- 7.- _____ Cuando se le ven las costillas al niño indica que esta grave.

Aplicación de **SI Y NO**.

Maribel de 10 años de edad le piden en la escuela que investigue cuales son los signos de gravedad de un niño con Infecciones respiratorias agudas, con lo que investiga esto le dicen: Fiebre, respira muy agitado, escalofríos, respira muy fuerte, las costillas se le hundan, disociación toraxo abdominal, respira muy agitado, trata de jalar aire, no respira bien, se ponen azules los labios.

- 8.- _____ La fiebre nos indica una enfermedad grave.
 - 9.- _____ Respira muy agitado nos indica gravedad de la enfermedad
 - 10.- _____ los escalofríos nos indican calentura en una persona
 - 11.- _____ Al respirar muy fuerte nos indica una enfermedad grave.
 - 12.- _____ Las costillas se le hundan nos indica neumonía.
 - 13.- _____ Sabe que es la disociación torácico abdominal.
 - 14.- _____ La disociación torácico abdominal es algo malo en los niños con tos.
 - 15.- _____ Cuando respira muy agitado ese niño esta grave.
 - 16.- _____ Cuando un niño respira muy rápido y con tos esta muy grave
 - 17.- _____ Cuando un niño no respira bien, se le ponen azules los labios
 - 18.- _____ Un niño con neumonía se le ponen azules los labios
- Con esto usted cree que un niño
- 19.- _____ Cuando tiene tos, fiebre y respira muy agitado, tiene que solicitar ayuda médica.
 - 20.- _____ Cuando el niño tiene tos y hundimiento de costillas al respirar tiene que solicitar ayuda médica.
 - 21.- _____ Cuando el niño se le mueven muy rápido la nariz al respirar y tiene tos, tiene que solicitar ayuda médica.

La calificación se llevó de acuerdo a las respuestas acertadas, y se califico como:

Adecuada de 0 a 7 aciertos

Regular de 8 a 15 aciertos

Inadecuada de 16 a 21 aciertos

En donde se valoro el grado de reconocimiento de las madres de menores de 5 años en signos de alarma de IRAS.

En los cuales valoramos:

ALETEO NASAL -----	2 PREGUNTAS (3, 2, 1)
TIRAJE INTERCOSTAL -----	4 PREGUNTAS (4, 7, 2, 20)
CIANOSIS PERIFERICA -----	3 PREGUNTAS (6, 17, 18)
DISOCIACION TORACOABDOMINAL ---	4 PREGUNTAS (9, 11, 13, 14)
TAQUIPNEA -----	3 PREGUNTAS (15, 16, 19)
FIEBRE -----	4 PREGUNTAS (2, 8, 19)
TOS -----	1 PREGUNTA (1)

Anexo 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ajalpan, Puebla a ____ de _____ de 2008.

Yo _____ reconozco que me han informado sobre el cuestionario que voy a realizar, para fines de estudios y valoración del proyecto Aptitud para el reconocimiento de signos de alarma de INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS), en madres de niños menores de 5 años. En Beneficios que representa para el cuidado de mi salud. Y que el Dr. Anastasio Antonio Casiano Castillo con matricula 9973524 adscrito a U. M. F. 27 Ajalpan. Me ha informado.

Firmo este **CONSENTIMIENTO** por mi libre voluntad en presencia de dos testigos y sin haber estado sujeta (o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Aceptante

U. M. F 27 Ajalpan

Nombre y firma(o huella digital)

Unidad médica de adscripción

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

Personal que otorgó la información
Nombre, firma y matrícula