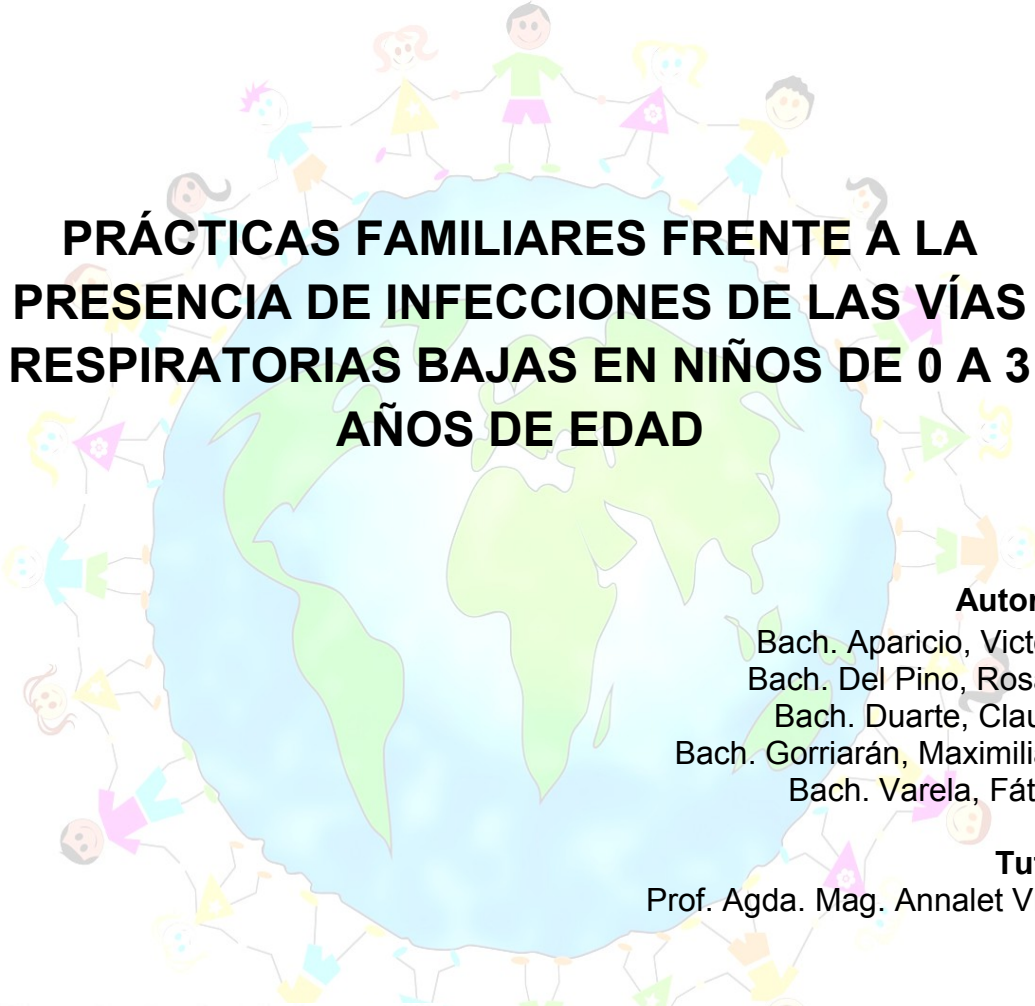




UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE



**PRÁCTICAS FAMILIARES FRENTE A LA
PRESENCIA DE INFECCIONES DE LAS VÍAS
RESPIRATORIAS BAJAS EN NIÑOS DE 0 A 3
AÑOS DE EDAD**

Autores:

Bach. Aparicio, Victoria
Bach. Del Pino, Rosario
Bach. Duarte, Claudia
Bach. Gorriarán, Maximiliano
Bach. Varela, Fátima

Tutor:

Prof. Agda. Mag. Annalet Viera

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

ÍNDICE

<u>Introducción</u>	3
Pregunta problema.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
Antecedentes.....	5
<u>Justificación</u>	9
Marco Teórico.....	11
<u>Marco Referencial</u>	18
<u>Diseño Metodológico</u>	22
Resultados y Análisis.....	32
Conclusiones.....	55
Sugerencias.....	56
<u>Bibliografía</u>	57
<u>Anexos</u>	59

INTRODUCCIÓN

El presente informe fue elaborado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República, en el marco del Trabajo Final de Investigación.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de indagar sobre las prácticas familiares frente a la presencia de infecciones de las vías respiratorias bajas (IRAB), en niños y niñas de 0 a 3 años de edad, que concurren al CAIF Los Serranitos de la ciudad de Minas, departamento de Lavalleja.

El tema fue seleccionado dado que las IRAB se encuentran dentro de las patologías prevalentes de nuestro país, que tienen gran impacto en la morbi-mortalidad infantil.

Se aplicó un cuestionario a 84 adultos responsables de niños y niñas que concurren al mencionado CAIF, donde se buscó profundizar sobre los conocimientos que los referentes responsables de los niños y niñas poseen sobre las infecciones respiratorias, prácticas que realizan ante la presencia de signos y síntomas de la enfermedad y las prácticas generales que realizan para cuidar la salud de los niños.

Para la recolección de datos se aplicó un instrumento, elaborado por el grupo investigador, realizando un cuestionario por familia entre el 4 y el 8 de marzo de 2013, logrando una captación de 84 referentes.

A lo largo de la investigación se pudo observar que la mayoría no poseen conocimientos acerca de los signos y síntomas que puede presentar un niño/niña que se encuentra cursando alguna infección respiratoria, y que en general realizan adecuadas prácticas generales de salud, que promueven el bienestar del niño/niña.

Solo el 29,8% realiza tratamientos caseros y el 84,5% logran consultas médicas oportunas frente a la presencia de síntomas de infecciones respiratorias.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo actúan los referentes responsables de niños de 0 a 3 años de edad de un CAIF de Minas, frente a la presencia de infecciones respiratorias bajas?

OBJETIVO GENERAL

- Indagar sobre prácticas que llevan a cabo los referentes responsables de niños/as de 0 a 3 años de edad, que concurren a un CAIF de la ciudad de Minas, frente a la presencia de infecciones respiratorias agudas bajas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los referentes responsables de los niños/niñas que concurren al CAIF.
- Determinar el grado de conocimiento que poseen sobre las infecciones respiratorias agudas bajas.
- Identificar qué prácticas realizan frente a la aparición de algunos signos y síntomas de la enfermedad.
- Determinar las prácticas generales que realizan para cuidar la salud de los niños/niñas.

ANTECEDENTES

La investigadora María Teresa Luna, perteneciente al Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano, con sede en la ciudad de Sabaneta, Colombia, en el año 1999, desarrolló un estudio de cómo la sociedad y la cultura repercuten en la crianza de los niños pertenecientes a familias campesinas, en el saber de los padres para con sus hijos, desarrollado en el Departamento de Antioquia, Colombia.

En el mismo, se entiende el criar como la orientación para alcanzar niveles óptimos de desarrollo de los niños, con base social y cultural.

Sobre las prácticas que se realizan se trabaja en el papel que llevan adelante los padres, cómo se educa a los niños, el género, cómo se prepara una familia para tener a sus hijos, cómo se preparan las madres al quedar embarazadas y a quién acuden para dar a luz, cómo se trata en la enfermedad, y la prevención de la misma.

También se trabaja sobre los hábitos que los niños deben de ir adquiriendo, refiriéndose a las funciones y cómo se desarrollan, así como de qué manera se atiende este desarrollo.

No debe de faltar al realizar prácticas de crianza el factor comunicador y afectivo.

Otro estudio encontrado que hace énfasis en las prácticas de crianza es el realizado en Argentina en el año 2006, por Sonia Carballos Vargas "Actualidades investigativas en educación", que tratan aspectos sobre la educación de niños y niñas por parte de madres jefas de hogar.

Se resalta en el mencionado estudio la importancia de las experiencias tempranas, que las madres tengan herramientas para desarrollar oportunidades para potenciar las capacidades de sus hijos. Estas herramientas deberían ser brindadas por la sociedad, el estado.

Se exponen teorías de desarrollo de las cuales se rescata el valor de cada período de desarrollo como único, y con características particulares.

Este desarrollo depende de la historia y el contexto en el que está inmerso el niño.

A lo largo del desarrollo se da un equilibrio entre crecimientos y deterioros; las capacidades intelectuales tienden a mejorar con la educación, el potencial para el cambio tiene sus límites.

Sobre la percepción de las madres, los niños necesitan tener a su lado personas modelos que con sus actos y palabras estimulen y potencien los logros que alcancen al aprender.

El autor se basa en Piaget, para referirse a que el desarrollo cognitivo resulta de la maduración del sistema nervioso y la adaptación al ambiente; prácticas de crianza positivas son las que permiten la interacción, manipulación, exploración, etc., del entorno del niño por parte de éste. Un ambiente familiar donde están claros los límites, que sea permisivo y asertivo fortalecerá la educación de sus integrantes y los tratará como personas de derechos.

Cabe destacar que las madres tienen un cuerpo de conocimientos, creencias y percepciones sobre lo que son sus hijos, su desarrollo y cambios, y cómo educarlos. No eligen al azar qué prácticas utilizar, seleccionan de este cuerpo el cual refleja su modo de entender al niño y sus necesidades.

Si se educa a la madre se debe primero de integrarla en la construcción de la estrategia de educación.

Para educar a los niños y niñas es necesario comenzar por las madres, en este caso las jefas de hogar, que por estar solas y no tener tiempo suficiente, no les es posible brindarles una adecuada crianza.

En Londres en el año 2005 se realizó un estudio sobre las prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Sus autores son Zelee Hill, Betty Kirkwood y Karen Edmond; ofrecen evidencia de la importancia que implica que las prácticas de crianza establecidas por la OMS y UNICEF sean aplicadas en todos los niños.

Las Prácticas de Crianza son las siguientes:

- 1) Aplicar el esquema completo de inmunización previene 3 millones de muertes infantiles cada año.
- 2) Amamantar a los lactantes por 6 meses de forma exclusiva se asocia a la reducción de la mortalidad, morbilidad y la mejora del desarrollo infantil.
- 3) A partir de los 6 meses administrar alimentos ricos en energía y nutrientes mientras se continúa la lactancia materna hasta los 2 años, se podrían salvar 800 mil vidas por año.
- 4) Asegurarse que los niños reciban cantidades adecuadas de micronutrientes (vitamina A, hierro, zinc), influyen reduciendo la mortalidad un 23%.
- 5) Descartar las heces en un lugar seguro, lavarse las manos luego de cada defecación, antes de preparar los alimentos y antes de alimentar a los niños, se demostró que reduce la incidencia de diarrea en una media de 33%.
- 6) Proteger a los niños en áreas de incidencia de malaria asegurando que duerman bajo mosquiteros tratados con insecticida, están asociados con una disminución del 17% de la mortalidad.
- 7) Cuando los niños se encuentran enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar, y buscar atención por parte de los agentes de salud apropiados, no buscar atención ocasiona entre el 60 y el 70% de las muertes.

- 8) Seguir el consejo del personal de salud sobre tratamiento, seguimiento y remisión.
- 9) Promover el desarrollo mental y social del niño respondiendo a sus necesidades de cuidado, como también hablándole, jugando con él y dotándolo en un ambiente estimulante favorecen el buen desarrollo.
- 10) Asegurarse que cada mujer embarazada tenga el cuidado prenatal adecuado, lo cual incluye por lo menos 4 visitas con un proveedor de salud apropiado antes del parto y la dosis recomendada de la vacuna toxoide tetánico.

Cordero Valdivia, Dilberth y Barrera Susana, realizaron un estudio al que llamaron: Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995.

Se presenta un estudio descriptivo que emplea una metodología combinada (cuantitativa y cualitativa), para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende niños menores de 5 años y de sus cuidadores (generalmente madres), en relación al manejo de casos de infecciones respiratorias agudas.

El mismo se realizó en una muestra de servicios de salud urbanos y rurales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz en el año 1995. Los niños atendidos fueron seguidos cinco a siete días después de la visita a los servicios de salud. Los resultados fueron analizados principalmente según el tipo de capacitación que recibió el personal de salud (teórica, teórico/práctica y ninguna capacitación).

Dio como resultado, que uno de cinco capacitados en teoría y cuatro de 14 con capacitación teórico/práctica pueden ser considerados adoptadores del manejo estandarizado de casos infecciones respiratorias agudas, (MEC-IRA), ninguno de los que no recibieron capacitación logro completar los requisitos necesarios. No se encontraron diferencias entre los tres grupos, en relación a las dificultades que enfrentan durante la atención de pacientes con IRA. Las principales son: madres que demandan medicamentos, falta de recursos económicos, falta de insumos necesarios, (especialmente antibióticos), muchos pacientes y poco tiempo para atenderlos, bajo nivel de instrucción de la madre, dificultad para contar la frecuencia respiratoria en un niño irritable.

En relación al personal de salud estudiado, en su mayoría fueron médicos pediatras, los mismos recibieron mayoritariamente la capacitación teórico-práctica, fundamental esta condición por la posibilidad de que traspasen sus conocimientos a otros integrantes del equipo de salud. Los signos de alarma no fueron buscados como se requería. De la valoración por parte del personal al paciente, el conteo de la frecuencia respiratoria no alcanzo a la cuarta parte de los estudiados. Esto refleja que el programa MEC IRA no se está cumpliendo en los centros de salud elegidos. Se destaca el valor que tiene la capacitación teórica-práctica para su aplicación en la atención de pacientes con IRA tanto por parte de los profesionales como en los cuidadores. Es necesario que exista una adecuada comunicación médico-madre donde el primero informe de manera certera la situación del niño así la madre puede estar a la altura del cuidado que su hijo requiere. Para brindarle conocimientos a las madres es necesario abordarlas desde dos frentes; uno en la consulta médica y otro en actividades educativas en la comunidad con el fin de que su tomar de decisiones sobre la salud de su hijo sea oportuno. Tiene mucha importancia la re consulta por parte de la madre. En algunos casos, ésta se vio dificultada por la distancia para llevar a sus hijos a los centros de salud. Todo servicio sanitario debe de tener estrategias de atención a estas situaciones como lo son la mejora del acceso o el uso de servicios ambulatorios.

El resultado final del estudio sobre la capacitación al personal y las madres arroja que es necesario capacitarlos tanto en la teoría como en la práctica para que los niños reciban una atención adecuada, correcta y oportuna. Los que recibieron capacitación teórica o ninguna tuvieron falencias al momento de actuar.

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones respiratorias bajas constituyen un importante problema de salud en nuestro país. En los meses de invierno son la principal causa de consulta en las emergencias pediátricas siendo la edad predominante los menores de 5 años y pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos.

En la mayoría de los países en desarrollo de la Región de las Américas, las Infecciones Respiratorias Bajas (IRAB), se encuentran entre las 3 primeras causas de muerte de niños menores de 1 año y entre las 2 primeras de niños de 1 a 4 años. La neumonía es la responsable de, el 85% y el 90% de estas muertes, lo que representa aproximadamente 150.000 muertes anuales de menores de 5 años en la región, de las cuales el 95% ocurre en los países en desarrollo de América.¹

Esto conlleva a que sea de interés abordar el tema por parte de los investigadores, y poder adquirir más información sobre las patologías más frecuentes y que tienen tanta implicancia en la morbimortalidad infantil.

El hospital de referencia nacional como es el Centro Hospitalario Pereira Rossell, cuenta con estadísticas pertenecientes al año 2011 y demuestran que consultaron 1737 niños entre 0 y 3 años de edad por distintas afecciones respiratorias, de los cuales 20 niños fallecieron por causas de las mismas,

¹http://www.sup.org.uy/Archivos/adp73-4/pdf/adp73-4_3.pdf

correspondiendo a un 1.15 % del total de los niños; cifra que descendió con respecto a los años anteriores.

En el año 2012 las consultas se vieron aumentadas con respecto al año 2011, las mismas fueron de 2094 niños comprendidos entre 0 y 3 años, de los cuales 17 niños fallecieron; 0.8% del total de la población asistida en dicho Hospital por presentar una patología respiratoria, cifra que demuestra que año a año va disminuyendo la mortalidad, logrando así mejorar los indicadores de morbi-mortalidad infantil.²

A esto le sumamos que, en el Sanatorio Casa de Galicia en el período Enero-Diciembre 2012, hubo un total de 490 pacientes. Un 2,5% (12 niños) tenían de 0-29 días; un 7,3% (36 niños) de 1 a 3 meses; un 19% (91 niños) de 4 a 12 meses y de 13 meses a 5 años un 28% (138 niños).

Del total de los ingresos un 22% (108 niños) fueron por infecciones respiratorias dentro de las causas más frecuentes: 21 VRS+; 9 Tos Coqueluchoide; 3 Influenza A; 2 Adenovirus y 1 Influenza B.

No hubieron fallecidos por ninguna patología.³

La labor fundamental como futuros profesionales enfermeros es contribuir a elevar el grado de salud de la población infantil mediante la prevención y promoción de la misma a través de cuidados que incluyan el seguimiento y control de los niños, durante su crecimiento y desarrollo.

Es necesario que los padres reciban estos conocimientos de manera continua para que puedan ser aplicados de la mejor forma logrando su eficacia y así evitar las complicaciones.

Muchos padres hoy en día están acostumbrados a tratar a sus hijos cuando están enfermos con cuidados basados en la puericultura que conocen, o sea, en lo que han aprendido por ejemplo de sus padres, abuelos y/u otros.

Practican estos cuidados sin saber a veces el grado de enfermedad que presentan, medicando a sus hijos sin previa indicación médica y así exacerbar la situación.

Muchas veces dejan de lado la consulta temprana, y cuando la enfermedad ya cursa una etapa más compleja acuden a servicios de emergencia.

Es esencial entonces conocer qué móviles tienen los padres para actuar durante la enfermedad de sus hijos, qué medidas toman para luego poder trabajar sobre las ventajas y desventajas de los conocimientos que poseen, y así poder realizar la promoción correcta de lo que deben saber para que sus hijos se encuentren en el más alto nivel de salud.

² <http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/66-noticias-actualidad/185-informacion-de-interes-para-padres-instrucciones-con-consejos>

³ Estadísticas de pediatría de Sanatorio Casa de Galicia elaboradas por la Lic. en Enfermería jefa, Lourdes García. Año 2012

MARCO TEÓRICO

El siguiente estudio tiene su base en las prácticas de crianza que se definen como: *“el conjunto de habilidades cotidianas que emplean los adultos (consciente o inconscientemente) en su vínculo como cuidadores del niño/a que tiene relación directa a la crianza que han adquirido”*.⁴

Las mismas se encuentran inmersas en la cultura influyendo en los comportamientos y expectativas que rodean el nacimiento de un niño y su infancia, así como la niñez, la adolescencia y luego en su etapa adulta.

Las prácticas han sido derivadas de patrones culturales, de lo que debería hacerse y construyendo las prácticas aceptadas, están basadas en creencias de por qué una práctica es mejor que otra.

Las prácticas incluyen actividades, encaminadas a:

- Garantizar el bienestar físico del niño, manteniéndolo sano, brindándole seguridad, vestimenta y atendiéndolo en la enfermedad.
- Promover el bienestar psico-social del niño, brindándole apoyo emocional, socialización y sobre todo afecto.
- Apoyar el desarrollo físico del niño, alimentándolo, realizándole una correcta higiene y fomentando la recreación mediante juegos.

⁴ http://www.unicef.org/uruguay/spanish/manual_operadores_con_tapa.pdf

- Promover el desarrollo mental del niño, haciendo énfasis en la estimulación, interactuando mediante juegos.
- Facilitar la interacción del niño con su grupo de pares, a través de la concurrencia al colegio, comunidad y dentro de los Centros de Salud.

Para que esto suceda, como hace referencia el “Lineamiento técnico de Salud en la Primera Infancia”, los padres y las madres, tienen importante responsabilidad en la crianza de los niños/as en el hogar, en el proceso de educarlos y orientarlos en la aventura de la vida, para que avancen armoniosamente en su crecimiento y desarrollo, se trata de un acompañamiento inteligente y afectuoso. La responsabilidad es de ambos y de otros adultos que tienen gran significado en la vida del niño y de la niña como los abuelos, los tíos, los cuidadores principales, entre otros.⁵

Hay factores que influyen en el crecimiento y desarrollo de los niños/as, como el nivel socioeconómico ya que existe evidencia que ejerce un impacto significativo sobre el mismo. Las familias de grupos socioeconómicos bajos a veces carecen de los conocimientos o de los recursos necesarios para proporcionar un ambiente seguro, estimulante y rico que favorezca el desarrollo óptimo de los niños/as.

Las relaciones interpersonales desempeñan un papel crítico en el desarrollo, sobre todo en lo emocional, intelectual y de la personalidad. Para el aprendizaje y desarrollo de una persona sana, además de la calidad y cantidad de los contactos que el niño/a mantenga con otras personas, influye sobremanera la ampliación del tipo de relaciones.

La madre, o la persona que desempeñe su rol, es sin duda la más influyente durante la primera infancia. Es la única que satisface las necesidades básicas de alimento, calor, comodidad y amor. Estimula los sentidos del niño/a y facilita sus capacidades de expansión. A través de ella, el niño/a aprende a confiar en el mundo y a sentirse seguro para aventurarse en relaciones cada vez más amplias.

La educación de la madre y/o referente responsable actúa directamente proporcional al desarrollo del niño/a; la clase socioeconómica baja está en una posición de desventaja importante, que se refleja en la alta incidencia de fallos académicos y en el índice de abandonos. Esto lleva a que muchas veces suelen guiarse por la tradición y costumbres hereditarias, las creencias y prácticas culturales.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un conjunto de patologías que presentan en común el afectar al aparato respiratorio en general por virus, aunque en algunos casos puede ser bacterial.

De acuerdo al sector afectado del tracto respiratorio, podemos encontrar las infecciones respiratorias agudas altas (nariz, faringe) y las infecciones respiratorias agudas bajas, que afectan los bronquios y bronquiolos (IRAB).

⁵ http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018526982010000400005&script=sci_arttext

Según la estrategia AIEPI, las IRAB se definen como: la infección aguda de la epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones.⁶

Al realizar la revisión bibliográfica se encontró en el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS): Control de las Infecciones respiratorias Agudas: *“En la infancia, las IRA son uno de los problemas de salud más importantes en la mayoría de los países en desarrollo, ubicándose entre las primeras 5 causas de mortalidad en los niños menores de 5 años y siendo la primera causa de consulta y hospitalización pediátrica en los servicios de salud de estos países. Por esta razón las IRA, junto con las enfermedades diarreicas y la desnutrición, han sido identificadas como uno de los tres principales problemas que afrontan los gobiernos para lograr un mejoramiento global de las condiciones de salud de la infancia.”* SEPIS, OPS, OMS, Mayo 2000.

El diagnóstico de las infecciones respiratorias se basa en manifestaciones clínicas y el examen físico realizado en el momento que el niño consulta. Es fundamental que los padres tengan conocimiento de cuáles son los signos de alarma que hay que tener presente en los niños para concurrir a tiempo a consulta y no permanecer erróneamente en los hogares administrándoles medicación sin una previa indicación médica.

Los signos de alarma más comúnmente encontrados en niños que presentan afecciones respiratorias agudas bajas son: fiebre (que puede estar ausente en recién nacidos), vómitos, diarrea, dolor abdominal, bloqueo nasal, secreción nasal, tos, ruidos respiratorios.⁷

Se aconseja, por parte de los profesionales de salud del hospital pediátrico de referencia nacional de nuestro país, ante la presencia de síntomas como:

Fiebre - siendo cuando la temperatura axilar medida con termómetro es mayor a 37°C, se debe bañar al niño/a con agua tibia durante 30 minutos, mojando la cabeza; darle abundante líquido a beber; mantener el ambiente fresco. Y si la temperatura axilar es mayor o igual 38° C axilar, administrar el antitérmico indicado por el pediatra.

Vómitos:

Los niños deben recibir abundantes líquidos.

En los menores de 1 año, administrar suero de rehidratación oral, ya que contiene las sales que se pierden en cada episodio de vómito.

Si los vómitos son muy frecuentes, no se administrarán alimentos sólidos en las primeras horas.

Se debe consultar si:

- el niño se niega a tomar líquidos o tiene mucha sed
- vomita todo lo que toma

⁶ www.aiepi.com/

⁷ Enfermería Pediátrica Whaley & Wong, Vol. N°2, impreso año 1998.

- las pérdidas por diarrea líquida son muy abundantes
- nota la boca seca o los ojos hundidos
- las materias tienen moco y sangre
- el niño está irritable, o por el contrario muy decaído.⁸

Secreciones nasales: Colocar 2 ó 3 gotas de agua con sal o suero fisiológico en cada narina antes de alimentar al niño o de acostarlo a dormir (preferentemente a 45°). No administrar antibióticos si no son indicados por el pediatra.

Tos: se debe ayudar al niño cuando presenta exceso de tos no permitiendo que fumen en ningún lugar de la casa, así favorecer que respire un aire libre de humo. La hidratación es muy importante, las secreciones y las flemas cuanto más líquidas sean más fácilmente serán eliminadas por la tos por este motivo es fundamental que el niño beba líquidos y que respire un aire húmedo. Los vahos incorporarán gotitas de vapor de agua a los mocos y flemas haciéndolas más fluidas.

Se debe consultar al pediatra en caso de aumento de la frecuencia respiratoria, tiraje intercostal, aleteo nasal, cuando los labios y la lengua adquieran un color azulado u oscuro, si se acompaña con fiebre alta y la tos y/o mocos duran más de 10-15 días.⁹

Factores de riesgo que pueden influir en la aparición de infecciones respiratorias bajas

Los que se relacionan con la falta de prevención:

Inmunización: muchas enfermedades infecciosas, se pueden transmitir de un niño a otro.

Los/las niños/as vacunados/as correctamente tienen defensas suficientes para no contagiarse.

Si una proporción elevada de la población infantil está inmunizada frente a estas enfermedades, la circulación de los agentes infecciosos que las ocasionan entre la comunidad se reduce, protegiendo así de forma indirecta a los no vacunados.

Gracias a los programas de vacunación, enfermedades como la viruela han desaparecido del mundo.

Todos los niños y las niñas deben vacunarse para evitar determinadas enfermedades, así como sus consecuencias y complicaciones.

Un niño está bien vacunado cuando completa el total de las dosis recomendadas en el calendario de vacunas.

Los que se relacionan con el entorno:

⁸ <http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/hospital-pediatrico/consejos-para-padres/194>

⁹ <http://www.webconsultas.com/que-hacer-cuando-un-nino-tiene-tos-6696>

Humo de tabaco: compuesto por monóxido de carbono, amoníaco, nicotina, cianuro de hidrógeno, otras partículas y carcinógenos. Estos elementos son los que un fumador pasivo está introduciendo en su organismo en el caso de los niños cuando los padres son los fumadores y suelen hacerlo dentro del hogar, están confinados a respirar este humo y aumentar su riesgo de presentar infecciones respiratorias bajas (1,5 a 2,0 veces que hijos de no fumadores), es mayor el riesgo cuanto más pequeños son y si la fumadora es la madre dado que generalmente es la que está en el hogar y al lado de los más pequeños.

Hacinamiento: Promueve la transmisión de infecciones respiratorias mediante gotas y fómites, el riesgo se ve aumentado 2,5 veces cuando 3 o más niños menores de 5 años habitan en una vivienda, o en el caso de Instituciones como por ejemplo guarderías.¹⁰

El Colecho, (número de personas que comparten la cama con el niño), y la cohabitación, (número de personas que comparten la misma habitación), son considerados factores de riesgo, ya que aumentan considerablemente las posibilidades de contagio entre niños/as.

Los que se relacionan con la alimentación:

Estado nutricional: La desnutrición es resultante de una inadecuada ingesta de calorías y proteínas en la dieta. Cuando padece infecciones ingiere menos alimentos (anorexia, vómitos, dolores, cólicos) y aumenta la necesidad de nutrientes y energía por hipertermia y aumento del catabolismo de proteínas, diarrea y hemesis.

El resultado de esto es la disminución deficitaria de micronutrientes como vitamina A, hierro y zinc.

Esto produce que la respuesta inmune ante los virus y bacterias sea deficiente fomentando un círculo vicioso donde se presenta el aumento de su morbilidad.

Es esencial entonces aumentar el aporte de calorías durante la enfermedad, alimentando al niño en tiempo y forma, sin forzarlo.

La ingesta de líquidos debe aumentarse así como todos los alimentos que debe recibir durante su crecimiento determinados por el profesional de nutrición referente.

Lactancia materna: La leche materna posee un efecto protector para el niño. Es esencial durante los 6 primeros meses de vida. Es el alimento más adecuado y natural que puede y debe recibir. En ésta el niño recibe una gran cantidad de nutrientes de calidad que necesita para su desarrollo. La leche materna se adapta a las necesidades del lactante, por lo que varía en contenido durante el amamantamiento. El calostro (la leche de los 6 primeros días), posee gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas esenciales para la protección contra las infecciones, como es el caso de las de tipo respiratorio bajo. Es necesaria su ingesta dado que el niño durante el primer año de vida no posee sus defensas completamente desarrolladas. Siempre se encuentra en

¹⁰ Benguigui. Y, López. F, Schmunis. G, Yunes. J, (Enero 1999). Infecciones respiratorias en niños. Capítulo 3. Factores de riesgo en las IRA bajas, (Pág. 45 a 57). Washington D.C. OPS. Serie HCT/AIEPI-1

adecuado estado de higiene y temperatura, siendo el único alimento que debe recibir durante los seis primeros meses de vida, pudiéndose extender hasta los dos años de edad.

La bronquitis “es una inflamación de la tráquea y de los bronquios casi siempre asociada a una infección de las vías respiratorias superiores. Los agentes virales son la causa principal de la enfermedad. Presenta como característica principal: tos seca no productiva que empeora de noche y se vuelve productiva en dos o tres días”

Una de las patologías respiratorias que frecuentemente aparecen en lactantes es la Bronquiolitis, definida como “...un cuadro de dificultad respiratoria aguda, con compromiso bilateral y difuso del sector canalicular, de causa viral...”¹¹

Su inicio puede aparecer con una rinitis, tos seca, luego catarral pudiendo presentar en algunos casos fiebre. Luego comienza una instalación progresiva de polipnea, tirajes, aleteo nasal, rechazo de alimento, trastornos para descansar y ya en mayor gravedad asociarse cianosis y depresión neuropsíquica.

Frente a la aparición de algún síntoma de instalación progresiva o fiebre se debe hacer una consulta, cuyo tratamiento indicará, de sostén cuando los síntomas son leves y la saturación de O₂ es mayor a 95% se trata en el domicilio con adecuada hidratación, desobstrucción nasal, aspiración de secreciones nasales, alimentación fraccionada y vigilancia de síntomas y signos de peligro.

Cuando la saturación de O₂ es menor o igual a 95% el paciente debe ser hospitalizado.¹²

Según la OMS la neumonía es la causa principal de muerte de niños en todo el mundo, se calcula que mata más de 1,4 millones de niños menores de cinco años cada año, más que el SIDA, la malaria y el sarampión juntos (*OMS/Neumonía. Nota descriptiva N°331; Oct. 2011*). La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda causada por virus, bacterias u hongos. Los síntomas son tos, que en el niño escolar se puede acompañar de expectoración mucosa, purulenta o sanguinolenta y de gran volumen, fiebre, respiración dificultosa o rápida con dolor, pérdida de apetito y en casos graves se puede presentar tiraje subcostal, pérdida de conciencia y convulsiones.

Se puede tratar en el domicilio siempre teniendo una consulta a tiempo con el pediatra, quien indicará el antibiótico adecuado en las dosis adecuadas, posición semisentado o cama a 45° en lactantes, alimentación fraccionada, abundante ingesta de líquidos, antitérmicos y/o analgésicos en caso de necesitarlo. No abrigo demasiado ni con ropas ajustadas, evitar el contacto

¹¹ Pirez C, Montano A, Rubio I, Bello O, Scavone C, Berazategui R, editores. Atención Pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 7ª ed. Uruguay: Montevideo; 2008. p. 149

¹² Pirez C, Montano A, Rubio I, Bello O, Scavone C, Berazategui R, editores. Atención Pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 7ª ed. Uruguay: Montevideo; 2008. p 149- 54.

con otros niños hasta completar los días de antibióticos. En caso de necesitar aporte de oxígeno y mayor vigilancia será hospitalizado.

MARCO REFERENCIAL

Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF).

“El Plan CAIF desde 1988, constituye una política pública intersectorial de alianza entre el Estado, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) e Intendencias Municipales, cuyo objetivo es garantizar la protección y promover los derechos de los niños y las niñas desde su concepción hasta los 3 años de edad, priorizando el acceso de aquellos que provienen de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de las modalidades urbanas y rurales. Participan además otras instituciones como el Ministerio de Salud Pública, la Administración Nacional de Educación Pública, el Ministerio de Educación y Cultura y MIDES – Infamilia” (Plan CAIF, 2012).¹³

“Desarrollan una propuesta de atención de calidad, que apunta a la integralidad, a la interinstitucionalidad, y a la interdisciplina, con una metodología coherente con los resultados de las investigaciones en relación a la primera infancia. Se comienza el abordaje del niño/a y la familia desde la gestación en equipo con los servicios de salud” (Plan CAIF, 2012).¹⁴

El programa brinda cobertura nacional a través de 336 centros distribuidos en todo el país.

Da asistencia a 42.800 niños, de los cuales 20.500 integran la modalidad de educación inicial y 22.300 la modalidad de estimulación oportuna junto con la participación de sus responsables referentes. (Datos a Marzo de 2011 - INDA).

Funciona gracias al aporte de varios Organismos Públicos Nacionales como el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Ministerio de Transporte y Obras Públicas (MTO), Intendencias Municipales, Movimiento de Erradicación de la Vivienda Insalubre Rural (MEVIR) e INFAMILIA/Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y extranjeros como la Embajada de Japón.

El Instituto Nacional de Alimentación (INDA), brinda el componente alimentario nutricional, además de colaborar con la formación de las educadoras alimentarias y la vigilancia del estado nutricional de los niños y niñas.

El Instituto transfiere dinero mensualmente al CAIF para la compra de alimentos frescos y secos, para asegurar de dos a tres comidas diarias (desayuno, almuerzo y merienda) de lunes a viernes.

Las Asociaciones Civiles son las encargadas de la administración del recurso económico.

Con los organismos públicos se distinguen los siguientes tipos de convenios:

Tipo 1: conformado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) – Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Plan CAIF-INAU y MIDES.

¹³ <http://www.plancaif.org.uy/acerca-de-la-institucion/>

¹⁴ <http://www.plancaif.org.uy/acerca-de-la-institucion/>

Tipo 2: conformado por el Plan CAIF-INAU y la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

Tipo 3: conformado por el Plan CAIF-INAU y la Comisión Honoraria De La Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes.

Además tiene un acuerdo con la Comisión Honoraria de Promoción de la Salud Bucal de la Presidencia de la República.

En lo que refiere a las modalidades de atención:

La Modalidad Estimulación Oportuna atiende a gestantes, madres en lactancia y niños de hasta 2 años provenientes de hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza. Promueve el desarrollo integral y fortalecimiento del vínculo con los referentes responsables (mayor concurrencia materna, se trabaja para lograr la asistencia del padre). Los referentes deben hacer presencia semanal a talleres en compañía del lactante, niño-niña. En los mismos hay tres instancias: de juego, alimentación y un espacio de reflexión donde participa la psicomotricista con el binomio, y en algunas oportunidades junto a la Psicóloga o Asistente Social trabajando diferentes temas, inquietudes o problemas detectados por el profesional o surgidos en el grupo; siempre desde la perspectiva de prevención de salud.

Busca contribuir a la promoción de un adecuado estado nutricional desde que se concibe el niño-niña, hasta su egreso del centro a los 4 años.

Se trabaja mediante talleres donde se brinda el componente educativo de la alimentación durante el embarazo, la lactancia y la incorporación de los primeros alimentos.

La Modalidad Educación Inicial atiende a niños y niñas entre dos y tres años de edad, que viven en hogares en las mismas condiciones que la modalidad anterior. Presenta una propuesta pedagógica definida por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y el Consejo de Educación Inicial y Primaria-ANEP. Nutricionalmente asiste al 100% de los niños y niñas en etapa preescolar que concurren al centro, colaborando con una adecuada promoción de la salud y la nutrición, para lograr así un crecimiento y desarrollo integral satisfactorio.

El CAIF seleccionado para realizar la investigación abarca en su área de cobertura a los siguientes barrios: Las Delicias, La Curva, Cerro Artigas, Tanque, Peñarol, Filarmónica, La Rambla, Cementerio del Este y Centro (ver mapa al finalizar marco referencial). En lo que refiere a la accesibilidad geográfica, el barrio más alejado queda a 27 cuadras del centro. La red asistencial de salud se conforma por el Hospital que se encuentra a 5 cuadras del CAIF, la policlínica barrial ubicada a 3 cuadras y el servicio de Emergencia Móvil.

Existe servicio de ómnibus desde todos los barrios a los que el CAIF brinda cobertura.

Dicho centro posee un convenio tipo 2, recibiendo el apoyo económico del INAU para su funcionamiento, de INDA quien brinda el recurso para la obtención de los alimentos, la Intendencia Municipal de Lavelleja (IML) encargada del alquiler de la planta física y otros grupos que también colaboran, siendo administrado por una Asociación Civil.

Brinda asistencia actualmente a 118 niños, divididos en dos grupos según la modalidad: 64 en Estimulación Oportuna y 54 en Educación Inicial. Están a cargo de un equipo constituido por dos maestras, cinco educadoras, una psicóloga, una asistente social y una psicomotricista; cuenta además, con una cocinera y una ayudante de cocina.

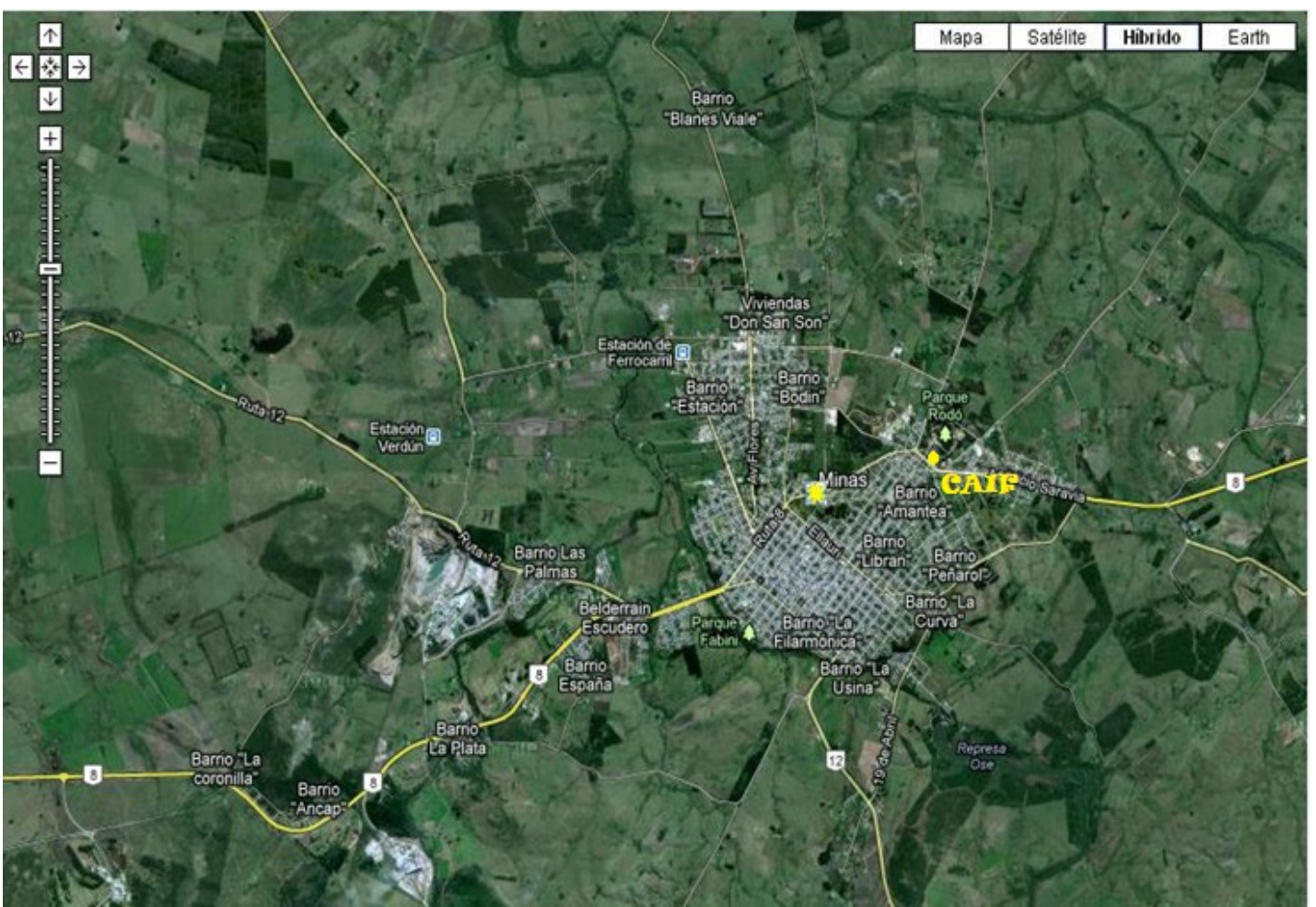
Como equipo de salud trabajan con la infancia y la familia. Apuntan a involucrar a que las mismas participen en la crianza y cuidados de los niños y niñas abordándolas a través de talleres y reuniones interinstitucionales junto a la comunidad.

Su horario de atención es de 8:30 a 16:30 de lunes a viernes. El requisito para el ingreso de los niños y niñas está determinado por el Plan CAIF. Son necesarios para el ingreso: documentación del niño/niña, carnet de control de salud del niño/niña, partida de nacimiento, certificado esquema de vacunación, entre otros.

Cuando un niño está enfermo, no puede concurrir al centro (norma institucional). El personal no realiza ningún tipo de tratamiento médico. Se debe de presentar certificado médico para justificar la inasistencia al centro, como método para incentivar la consulta oportuna ya que uno de los problemas que el personal identifica, es el desinterés por los controles de salud del niño/niña y la consulta frente a los síntomas de enfermedad. Prevalece la administración de fármacos sin previa consulta médica y la naturalización por parte de los referentes del estado de enfermedad, promoviendo su exacerbación.

Se buscan múltiples estrategias para abordar este tema.

Realizan la coordinación directa con Pediatras y con los programas de salud como el Plan Aduana.¹⁵



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal.

Población de Estudio: Abarcó todos los referentes de niños de 0 a 3 años de edad que concurrieron al CAIF.

Muestra: estuvo comprendida por 84 referentes responsables de niños/niñas de 0 a 3 años de edad que concurren al CAIF entre el 4 y el 8 de marzo de 2013. Cabe aclarar que se implementó un cuestionario por familia. El muestreo utilizado fue no probabilístico, intencional.

Unidad de observación: todos aquellos referentes responsables de los niños/niñas entre 0-3 años que concurren al CAIF entre el 4 y el 8 de marzo, que accedieron a realizar el cuestionario.

Criterios de inclusión:

Que la persona entrevistada fuera la responsable del niño/niña y accediera a responder el cuestionario.

Aspectos Éticos:

Luego de autorizado el protocolo de investigación por parte de la Cátedra Salud del Niño/a y Adolescente de la Facultad de Enfermería de la UDELAR, los encargados del CAIF “Los Serranitos”, en conjunto con INAU accedieron a la solicitud elevada para realizar la investigación en dicho centro (Anexo n° 4). Finalmente a través del consentimiento informado, los referentes de los niños/niñas que conformaron la muestra, autorizaron su participación en el estudio.

Variabes:

Las variables de estudio serán:

Grado de parentesco con el niño:

Definición Conceptual: vínculo que presenta el referente responsable con el niño/a.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

Madre

Padre

Abuela/o

Hermano/a

Tío/a

Primo/a

Tutor/a

Edad:

Definición Conceptual: años cumplidos al momento de la investigación.

Definición Operacional: variable cuantitativa, continua, independiente

Categorías:

- Menor o igual a 19 años, 11 meses, 29 días
- 20 a 34 años, 11 meses, 29 días
- 35 a 44 años, 11 meses, 29 días

- 45 a 64 años, 11 meses, 29 días
- Más de 65 años

Sexo:

Definición Conceptual: se refiere a la división del género humano en dos grupos (mujer-hombre).

Definición Operacional: variable cualitativa, independiente, nominal.

Categorías: masculino o femenino.

Nivel de Instrucción:

Definición Conceptual: es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Definición Operacional: variable cualitativa ordinal

Categorías:

- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Terciaria Incompleta
- Terciaria Completa
- UTU Incompleta
- UTU Completa
- Otros

Ingresos Económicos:

Definición Conceptual: dinero que ingresa al núcleo familiar a través de distintas tareas realizadas o apoyos del Estado

Definición Operacional: Variable cualitativa, nominal.

Categorías:

Ingreso estable

Ingreso inestable

Apoyo familiar

Apoyo del Estado

Otros

Procedencia:

Definición Conceptual: barrio donde vive la persona.

Definición Operacional: variable cualitativa, discreta, independiente, nominal.

Categorías:

- Barrio Las Delicias
- Barrio La Curva
- Barrio Cerro Artigas
- Barrio Tanque
- Barrio Peñarol
- Barrio Filarmónica
- Barrio La Rambla
- Barrio Cementerio del Este
- Barrio Centro
- Otros

Accesibilidad geográfica al centro de salud:

Definición Conceptual: distancia que presenta desde su hogar al centro de salud

Definición Operacional: variable cuantitativa discreta

Categorías:

1 a 4 cuabras

5 a 9 cuabras

10 a 14 cuabras

15 a 19 cuabras

Más de 20 cuabras

Cantidad de niños/niñas que conviven en la casa:

Definición Conceptual: número de niños/as que comparten la misma vivienda

Definición Operacional: variable cuantitativa discreta

Categorías:

1 niño/a

Entre 2 y 4 niños/as

Entre 5 y 7 niños/as

Entre 8 y 10 niños/as

Más de 10 niños

Cohabitación:

Definición Conceptual: número de personas que comparten la misma habitación con el niño/a

Definición Operacional: variable cuantitativa discreta

Categorías:

Ninguna

Una persona
Dos personas
Tres personas
Cuatro personas
Cinco personas
Más de cinco personas

Colecho:

Definición Conceptual: número de personas que duermen en la misma cama junto al niño/a.

Definición Operacional: variable cuantitativa discreta

Categorías:

Ninguna

Una persona

Dos personas

Tres personas

Más de 3 personas

Conocimiento sobre los síntomas de las infecciones respiratorias agudas bajas:

Definición Conceptual: grado de conocimiento que poseen los referentes responsables sobre los síntomas de las IRAB.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

Malo: No conoce

Regular: menciona uno o dos síntomas de la enfermedad

Bueno: contesta más de tres síntomas de la enfermedad

Muy bueno: contesta todos los síntomas de la enfermedad

*(Síntomas: tos, expectoración, fiebre, respiración dificultosa, pérdida del apetito, tirajes subcostal, trastornos para descansar, cianosis)

Prácticas frente a la presencia de síntomas de infecciones de las vías respiratorias bajas

Definición conceptual: prácticas que llevan adelante los referentes frente a la presencia de IRAB en los niños/niñas.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

Consulta

No consulta

Implementa tratamientos sin consultar al médico

Otros

Prácticas generales sobre cuidado de salud:

Definición Conceptual: accionar de los referentes responsables frente a la salud de los niños/as.

Definición Operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
Lactancia materna continuada hasta los 2 años más alimentación
Realiza higiene diaria
Presencia de humo de tabaco dentro del hogar
Certificado esquema de vacunación vigente
Carné de Control de Salud del niño/niña vigente
(*Contestar cada opción SI-NO)

ENFERMEDAD:

Actuación frente a la fiebre:

Definición Conceptual: acciones que realiza el referente frente a la elevación de la temperatura

Definición Operacional: variable cualitativa, nominal

Categorías:

- Baño
- Administración de antitérmicos
- Consulta

Indicador de fiebre:

Definición conceptual: cifra que consideran indicador de fiebre los referentes responsables del niño/niña.

Definición operacional: variable cuantitativa discreta

Categorías:

Menor o igual a 37°C

37,1°C a 37,5°C

37,6°C a 38°C

Mayor a 38°C

Actuación frente a Tos:

Definición Conceptual: acciones que realiza el referente frente a la presencia de tos

Definición Operacional: variable cualitativa, nominal

Categorías:

Utilización de inhalador

Consulta

Realiza tratamientos caseros y consulta

Lo acuesta semi-sentado y realiza vahos

Realiza vahos y consulta

Realiza tratamientos caseros

Administra medicación sin prescripción médica

Solo realiza vahos

Mantiene al niño/niña en reposo

Actuación frente a la presencia de secreciones:

Definición Conceptual: acciones que realiza el referente frente a la presencia de secreciones

Definición Operacional: variable cualitativa, nominal

Categorías:

Extrae mocos manualmente sin consultar médico

Consulta

Realiza nebulizaciones y extrae manualmente

Realiza vahos y extrae manualmente

Realiza vahos y consulta

Actuación frente a la disminución del apetito:

Definición Conceptual: acciones que realiza el referente frente a la disminución del apetito

Definición Operacional: variable cualitativa, nominal

Categorías:

No insiste en retomar la alimentación

Obliga al niño/niña a alimentarse

Permite que coma lo que sienta ganas

Consulta

Otros

Especificar

Actuación frente a vómitos:

Definición Conceptual: acciones que realiza el referente frente a la presencia de vómitos

Definición Operacional: variable cualitativa, nominal

Categorías:

Administra líquidos

Alimentos sólidos

Suspende la alimentación

Continúa la alimentación normal

Consulta

Otros.

Especificar

Consulta médica por presencia de vómitos

Definición conceptual: Número de episodios de vómitos que transcurren previo a la consulta médica

Definición operacional: variable cuantitativa, discreta

Categorías:

Entre 1-2 episodios, (consulta oportuna)

Entre 3-4 episodios, (consulta normal)

Más de 4 episodios, (consulta tardía)

Actitud de los referentes cuando el niño/niña está enfermo

Definición conceptual: acciones por parte de los referentes cuando el niño/niña está enfermo, lo llevan al CAIF o lo dejan en casa ya sea solo o acompañado.

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

Concurre al CAIF

El niño/niña se queda en su casa

Solo

Acompañado

Cumplimiento del tratamiento indicado en la consulta médica

Definición conceptual: cumplimiento por parte de los referentes responsables del niño/niña del tratamiento indicado por el médico

Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

Si

No

En caso que su respuesta sea negativa ¿Cuáles son los motivos?

- No cuenta con el dinero
- No es fácil conseguir medicación en el lugar de asistencia del niño/niña.
- Mucha distancia de su domicilio al lugar de asistencia del niño/niña.
- No confía en el tratamiento médico indicado y prefiere implementar tratamientos caseros

Tratamientos Caseros:

Definición Conceptual: realización de acciones por parte del referente cuando el niño/niña se encuentra enfermo

Definición Operacional: Variable cualitativa, nominal

Categorías:

- Si ¿Cuáles?
- No

Proceso

Una vez obtenida la autorización del CAIF para desarrollar el trabajo de investigación, se comenzó con la selección de la población que cumplía con los criterios de inclusión y que accedieron voluntariamente a formar parte de la misma.

Se les entregó un formulario de consentimiento informado, solicitando la autorización correspondiente para llevar adelante la misma.

En él, se deja en claro que los datos recabados serán utilizados solo con fines académicos y que no conlleva ningún perjuicio como tampoco ningún beneficio directo.

Obtenida la población que aceptó formar parte del estudio, se recolectó la información mediante un instrumento de registro, de elaboración propia que se les aplicó a los mismos.

Una vez recogida la información, se procedió a realizar el análisis de los datos obtenidos.

Instrumento de recolección de datos:

El instrumento de recolección de datos, elaborado por el grupo de investigadores, consta de una entrevista semiestructurada, que se les realizó a los referentes responsables de niños/as de 0 a 3 años de edad que concurren al CAIF entre el 4 y 8 de marzo de 2013.

Está conformado por cuatro bloques principales:

- Datos generales del referente responsable
- Conocimientos sobre IRAB
- Prácticas que realizan ante la presencia de IRAB
- Prácticas generales de salud.

La finalidad de dicho instrumento, es poder conocer cuáles son las acciones y comportamientos que llevan a cabo los referentes responsables de los niños/niñas, frente a las infecciones respiratorias agudas bajas, las cuales afectan a la población en estudio en los meses de invierno, por lo que es de suma importancia indagar sobre el accionar de dichos referentes para contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad infantil.

Consta de 23 preguntas abiertas y semiestructuradas donde se asignan diferentes categorías para facilitar las respuestas, teniendo en cuenta que no se debe sesgar a los encuestados y mantener la información obtenida en forma confidencial y solo ser utilizada con fines académicos.

Luego de llevar a cabo las entrevistas, se procedió a procesar la información y tabular los datos para así lograr una mejor interpretación de los mismos.

Los datos obtenidos fueron tabulados mediante tablas de un paquete informático, luego procesados en gráficos de barras, donde se puede observar los resultados de la investigación y el plan de análisis correspondiente.

Plan de análisis

Con el fin de alcanzar los objetivos establecidos y según el tipo de variables en estudio se emplearon medidas estadísticas de resumen (cuantitativas y/o cualitativas), así como análisis de frecuencias.

Los datos se evaluaron a través del análisis cuantitativo univariado; se organizaron y distribuyeron en tablas de frecuencia absoluta (FA) y de frecuencia relativa porcentual (FR%).

Se utilizó para la confección de tablas y gráficos, el programa estadístico Microsoft Office Excel 2007.

Finalmente, se procedió a desarrollar el análisis escrito de los datos obtenidos en la investigación, destacando los resultados más relevantes.

Recursos Humanos: grupo constituido por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería.

Recursos Materiales y Financieros:

Cantidad	Descripción	Importe en \$U
5	Carpetas	200
	Encuadernaciones	450
100	Fotocopias	100
	Lápices	70
	Hojas	250
23	Pasajes Minas-Montevideo	3611
23	Pasajes Montevideo- Minas	3611
46	Pasajes Urbanos	874
200	Horas Internet	1000

Total \$U	10166
------------------	--------------

Recursos materiales sin costo: computadora.

Cronograma de Gantt:

	Año		
	2011	2012	2013
	Meses		
Elaboración del protocolo			
Revisión de antecedentes			
Elaboración del marco teórico			
Trabajo de campo			

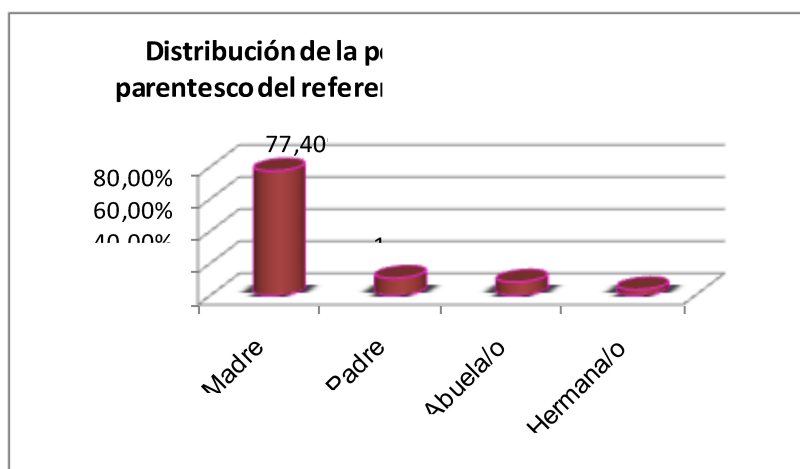
Procesamiento de datos					➔
Análisis y conclusiones					➔
Preparación de defensa oral					➔

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla N°1-Distribución de la población según grado de parentesco del referente responsable con el niño/a

Grado de parentesco del referente responsable	FA	FR%
Madre	65	77,4
Padre	9	10,7
Abuela/o	7	8,3
Hermana/o	3	3,6
Tía/o	0	0
Prima/o	0	0
Tutor	0	0
Total	84	100%

Gráfica N°1- Distribución de la población según grado de parentesco del referente responsable del niño/a



*Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

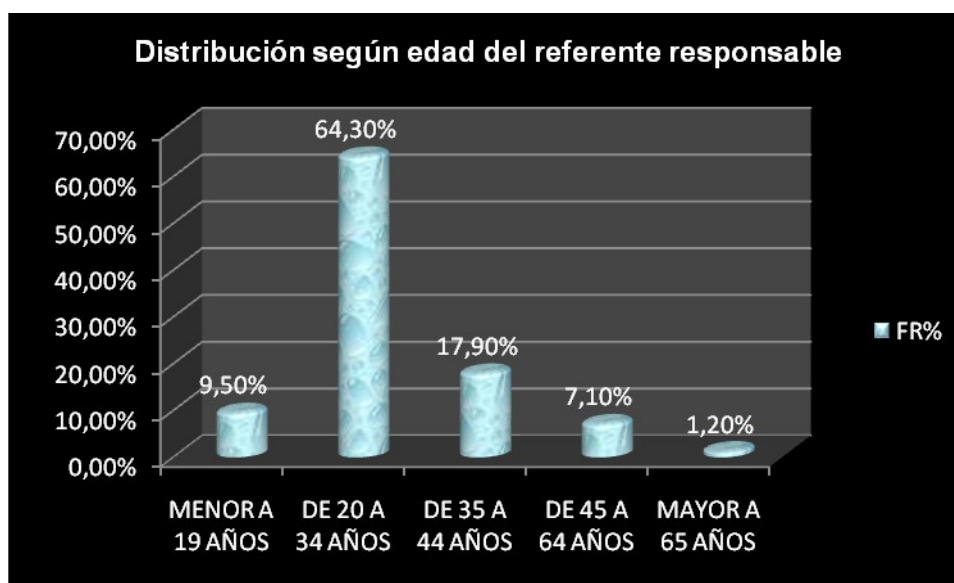
Se observan diferencias significativas porcentuales en relación al grado de parentesco, predominando ampliamente las madres, con un 77.4%, demostrando que en nuestro país se mantiene el rol tradicional de la madre como principal responsable del cuidado del niño/niña.

Este resultado no refleja el cuidado dentro del hogar, ya que este es compartido no solo por el padre cuando está presente, sino también por otros adultos importantes en la vida del niño/niña como abuelos, tíos, hermanos, etc. Se considera fundamental, el rol materno en la vida de los niños/as, desde su concepción, ya que es un nexo fuerte y seguro, que garantiza una buena socialización, autoestima adecuada e inteligencia emocional para toda la vida.

Tabla N°2-Distribución de la población según edad del referente responsable

Edad del referente responsable	FA	FR%
Menor a 19 años	8	9,5
De 20 a 34 años	54	64,3
De 35 a 44 años	15	17,9
De 45 a 64 años	6	7,1
Mayor a 65 años	1	1,2
Total	84	100%

Gráfica N°2-Distribución de la población según edad del referente responsable



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

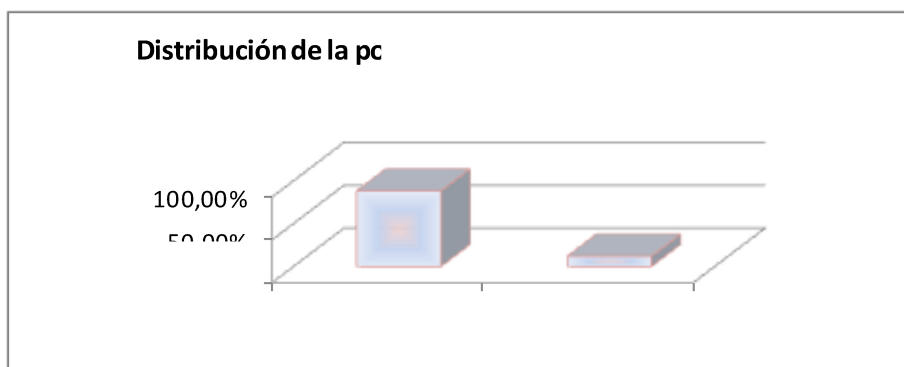
En cuanto a las características de dicha población se destaca que la misma presenta en su mayoría edades comprendidas entre 20 y 35 años, en un porcentaje del 64.3%, seguido del 17.9% con edades comprendidas entre 35 a 44 años.

Estos datos los consideramos importantes, ya que demuestran que la mayoría de la población es adulta joven, en etapa reproductiva, personas activas, con mayor grado de responsabilidad, comprensión y acción. Se esperaría que frente a la presencia de IRAB en los niños/as a su cargo, previa educación por parte de un profesional, llevaran a cabo adecuadas prácticas de salud.

Tabla N°3-Distribución de la población según sexo del referente responsable

Sexo	FA	FR%
Femenino	74	88.1
Masculino	10	11.9
Total	84	100%

Gráfica N°3-Distribución de la población según sexo del referente responsable



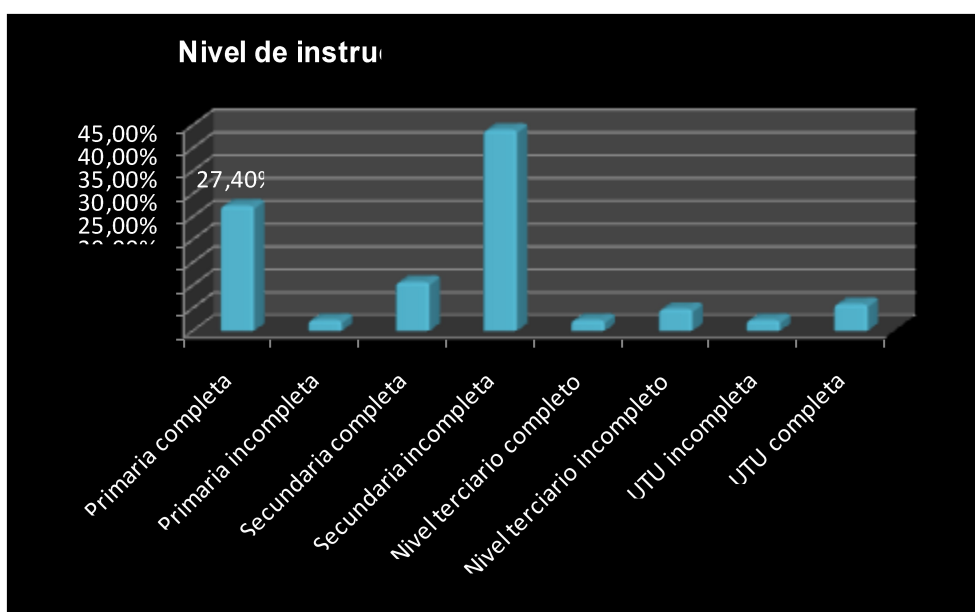
* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

Corresponde a una población feminizada, (88.1%).Cifra que continúa con la afirmación planteada sobre que la mayoría de los responsables del cuidado del niño/a son las madres -dato muy significativo en relación a la importancia del rol materno en la vida de los niños/as- sumándosele un porcentaje menor de mujeres, comprendida en su mayoría por abuelas, las cuales cumplen el rol materno.

Tabla N°4-Distribución de la población según nivel de instrucción del referente responsable

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria incompleta	2	2.4
Primaria completa	23	27.4
Secundaria incompleta	37	44.0
Secundaria completa	9	10.7
Terciaria incompleta	4	4.8
Terciaria completa	2	2.4
UTU incompleta	2	2.4
UTU completa	5	5.9
Total	84	100%

Gráfica N°4-Distribución de la población según nivel de instrucción del referente responsable



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

El nivel de instrucción refleja que un 44% de ellos cuentan con secundaria incompleta, y un 27,4% primaria completa.

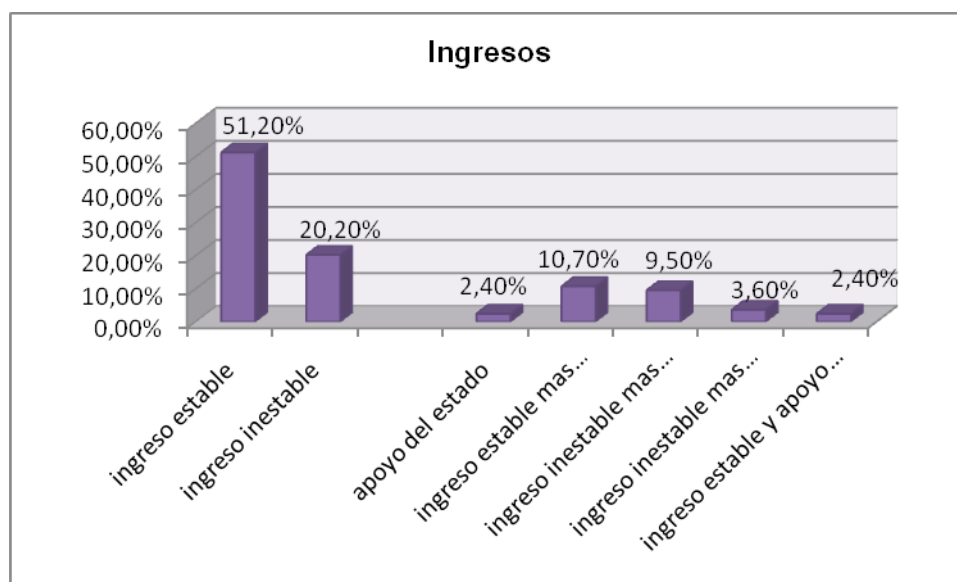
Estos resultados aseveran la alfabetización en el Uruguay en más de un 98% de la población¹⁶, lo que facilita el aprendizaje sobre prácticas de crianzas hacia los niños/niñas, esperando que los resultados demuestren adecuadas conductas de los referentes a tomar frente a las IRAB en los niños/as

¹⁶ Revista digital TACUAREMBO 2030, nuestro tiempo en el siglo XXI

Tabla N°5-Distribución de la población según ingresos

Ingresos	FA	FR%
Ingreso estable	43	51.2
Ingreso inestable	17	20.2
Apoyo familiar	0	0
Apoyo del Estado	2	2.4
Ingreso estable más apoyo del Estado	9	10.7
Ingreso inestable más apoyo del Estado	8	9.5
Ingreso inestable más apoyo familiar	3	3.6
Ingreso estable y apoyo familiar	2	2.4
Total	84	100%

Gráfica N°5-Distribución de la población según ingresos



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

En relación a los ingresos que percibe la población, la mayoría, con un porcentaje de 51.2%, poseen ingresos estables.

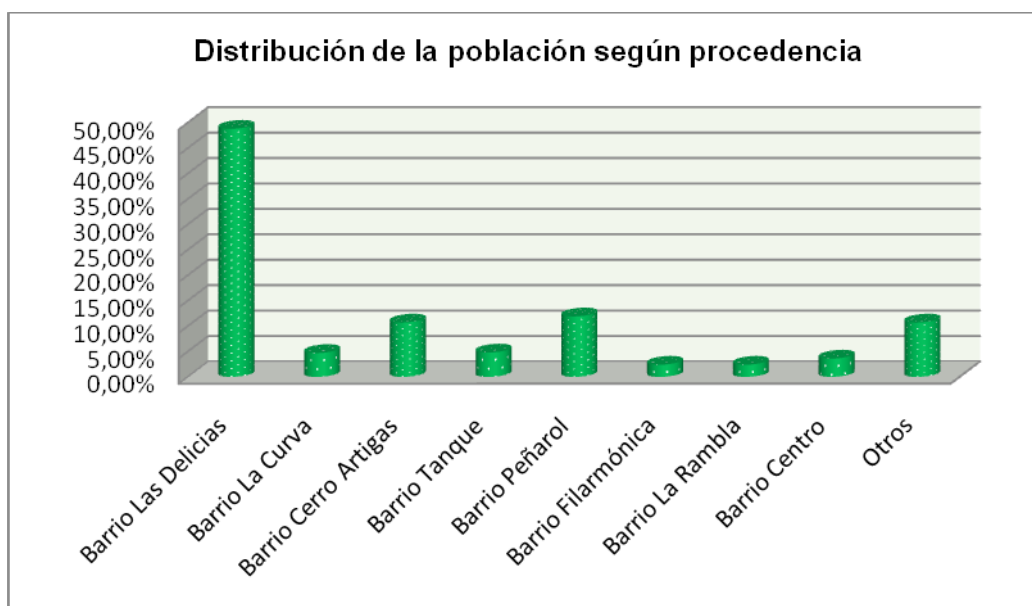
Dichos números muestran que en todos los hogares aquí representados existe un ingreso económico, aunque no queda claro si son suficientes para cubrir las necesidades básicas, así como el poder cumplir con un tratamiento indicado en caso de enfermedad, proporcionar un ambiente seguro, estimulante y rico que favorezca el desarrollo óptimo de los niños/as.

Tabla N°6-Distribución de la población según procedencia

Procedencia	FA	FR%
Barrio Las Delicias	41	48.8

Barrio La Curva	4	4.7
Barrio Cerro Artigas	9	10.7
Barrio Tanque	4	4.8
Barrio Peñarol	10	11.9
Barrio Filarmónica	2	2.4
Barrio La Rambla	2	2.4
Barrio Cementerio del Este	0	0
Barrio Centro	3	3.6
Otros	9	10.7
Total	84	100%

Gráfica N°6-Distribución de la población según procedencia



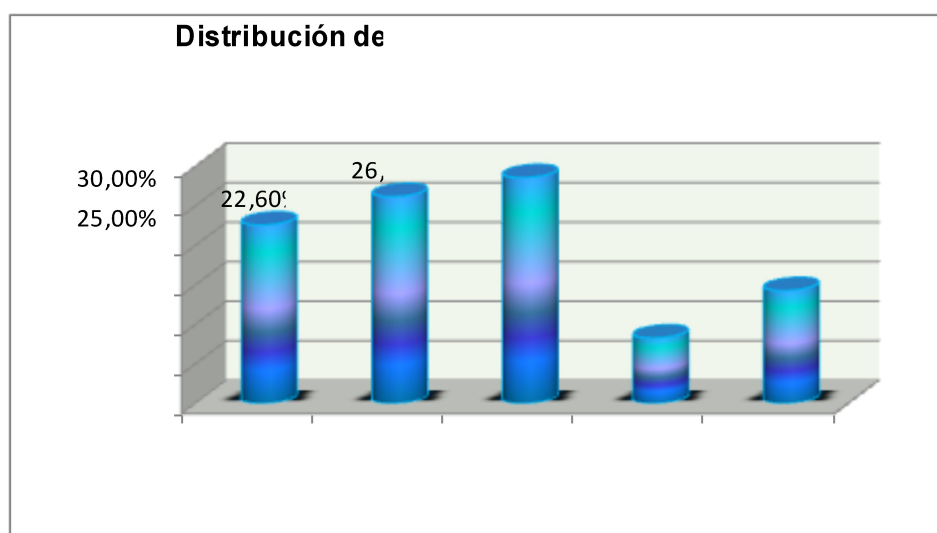
* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

Casi la mitad de los encuestados residen en el barrio “Las Delicias”, (48.8%), el cual se encuentra ubicado entre el Centro de Salud y el CAIF en el que se llevó a cabo la investigación. La mayoría concurren con los niños/niñas caminando no necesitan del servicio de ómnibus. Se pudo observar que aquellos provenientes de barrios como La Rambla, Centro y otros, poseen un CAIF más cercano, pero manifiestan elegir “Los Serranitos”, por la atención brindada por las educadoras.

Tabla N°7-Distribución de la población según accesibilidad geográfica al centro de salud

Accesibilidad Geográfica	FA	FR%
1 a 4 cuadras	19	22.6
5 a 9 cuadras	22	26.2
10 a 14 cuadras	24	28.6
15 a 19 cuadras	7	8.3
Más de 20 cuadras	12	14.3
Total	84	100%

Gráfica N°7-Distribución de la población según accesibilidad geográfica al centro de salud



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

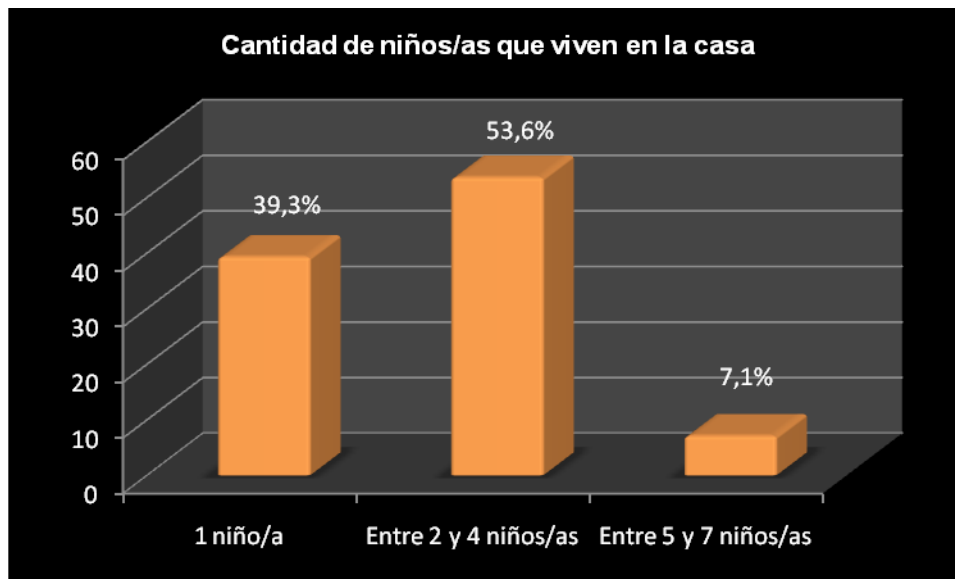
Respecto a la accesibilidad geográfica al centro de salud, el mayor porcentaje (28.6%) se encuentra a una distancia de 10 a 14 cuadras, seguido del rango ubicado en 5 a 9 cuadras con el 26.2% y 1 a 4 cuadras con el 22.6%. Los resultados reflejan que las distancias al centro de salud permiten tener un rápido acceso en caso de necesitarlo, no siendo éste un impedimento a la hora de llevar a los niños/niñas a consultar en caso de enfermedad.

Tabla N°8-Distribución de la población según número de niños que viven en la casa

Cantidad de niños que viven en la casa	FA	FR%
1 niño/a	33	39.3
Entre 2 y 4 niños/as	45	53.6
Entre 5 y 7 niños/as	6	7.1
Total	84	100%

--	--	--

Gráfica N°8-Distribución de la población según número de niños/niñas que viven en la casa



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

En el 53.6% de los hogares viven entre 2 y 4 niños/niñas, mientras que en el 39,3% lo hace 1 niño/niña.

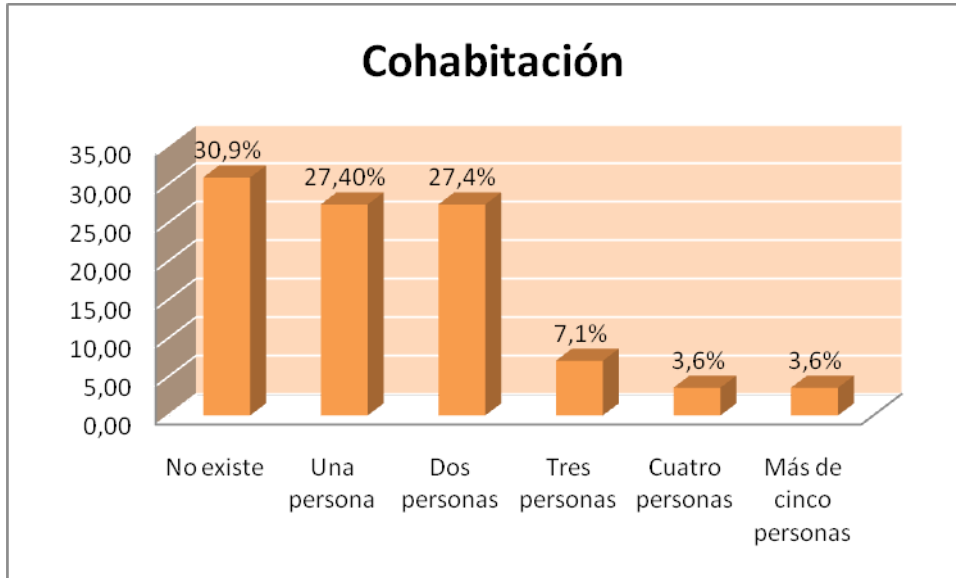
Se observa el alto porcentaje de la probable transmisión de infecciones respiratorias mediante gotas y fómites, ya que el riesgo se ve aumentado 2,5 veces cuando 3 o más niños menores de 5 años habitan en una vivienda.

Tabla N°9-Distribución de la población según cohabitación

Cohabitación	FA	FR%
No existe	26	30.9
Una persona	23	27.4
Dos personas	23	27.4
Tres personas	6	7.1
Cuatro personas	3	3.6
Más de cinco personas	3	3.6
Total	84	100%

--	--	--

Gráfica N°9-Distribución de la población según cohabitación



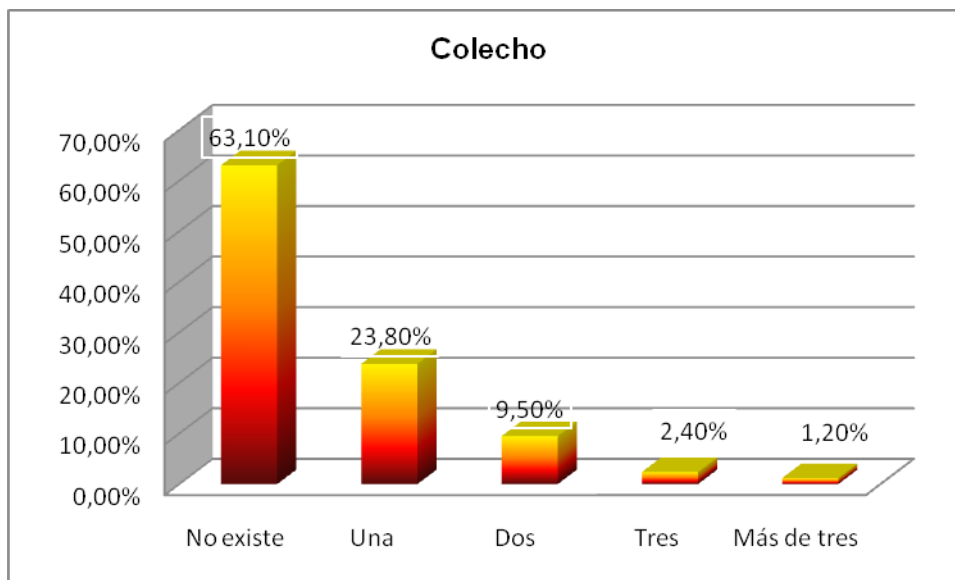
* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

Satisfactoriamente se observa que un 30.9% de los entrevistados refirieron que no existe cohabitación en sus hogares, mientras que con porcentajes iguales (27,4%) los niños/as comparten su habitación con una o dos personas. No es lo adecuado que un niño que cursa IRAB, comparta su habitación con otro niños/as, ya que aumentan las posibilidades de contagio, pero se considera una práctica muy común dentro de los hogares.

Tabla N°10-Distribución de la población según colecho

Colecho	FA	FR%
No existe	53	63,1
Una	20	23,8
Dos	8	9,5
Tres	2	2,4
Más de tres	1	1,2
Total	84	100%

Gráfica N°10-Distribución de la población según colecho



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

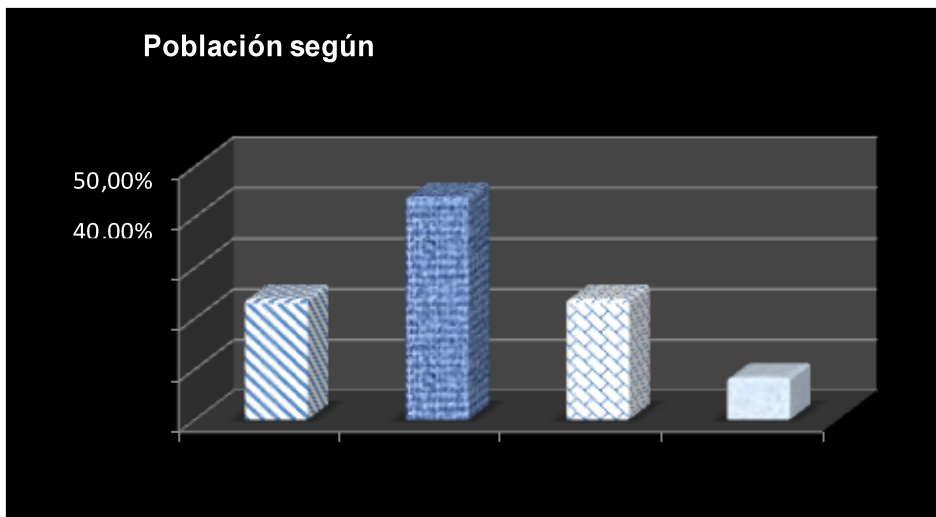
Se destaca que la mayoría (63.1%), no comparten su cama.

Estos datos reflejan una disminución de riesgos de contraer infecciones respiratorias, ya que los niños que comparten su cama aumentan sustancialmente la posibilidad de transmisión de virus; al igual que la cohabitación, son considerados factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas bajas.

Tabla N°11-Distribución de la población según grado de conocimiento de los síntomas de IRAB

Grado de conocimiento sobre síntomas de IRAB	FA	FR%
Malo	20	23.8
Regular	37	44
Bueno	20	23.8
Muy bueno	7	8.3
Total	84	100%

Gráfica N°11-Distribución de la población según grado de conocimiento de los síntomas de IRAB



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

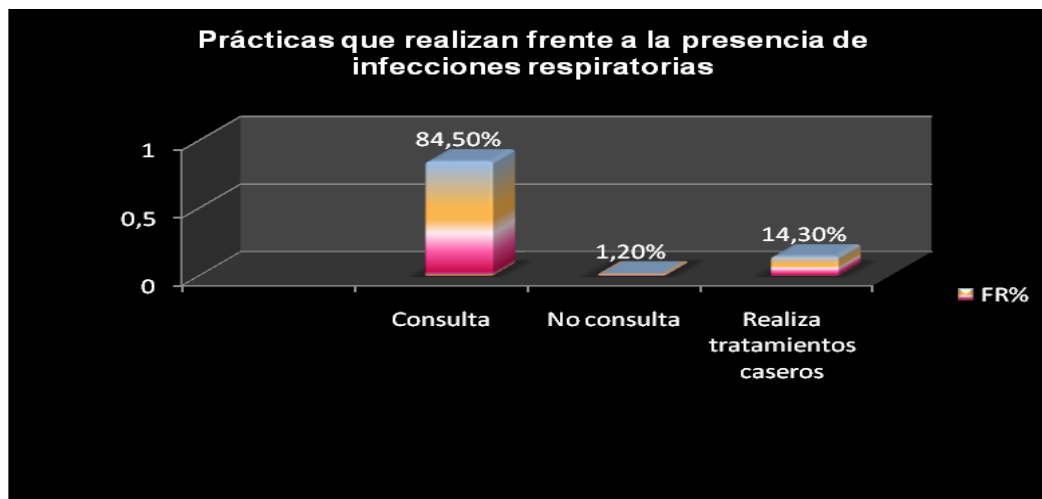
Se observa que el 67,8% de la población presenta un grado de conocimiento deficitario sobre los síntomas de las IRAB. Cifra alarmante ya que es fundamental que los padres conozcan cuáles son los síntomas que puede presentar un niño/a que cursa una infección respiratoria, así lograr la consulta temprana y evitar complicaciones. Son muy frecuentes estas patologías en los meses de invierno y en los niños/as menores de 5 años, siendo las mismas de mucha implicancia en la morbilidad infantil.

A todos aquellos padres que mencionaron no conocer la sintomatología se les realizó una breve mención de los principales síntomas que manifiesta un niño/a cursando, infección del tracto respiratorio.

Tabla N°12-Distribución de la población según prácticas que realiza frente a la presencia síntomas de infecciones de las vías respiratorias

Prácticas frente a la presencia de síntomas de IRAB	FA	FR%
Consulta	71	84.5
No consulta	1	1.2
Realiza tratamientos caseros	12	14.3
Total	84	100%

Gráfica N°12-Distribución de la población según prácticas que realiza frente a la presencia síntomas de infecciones de las vías respiratorias



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

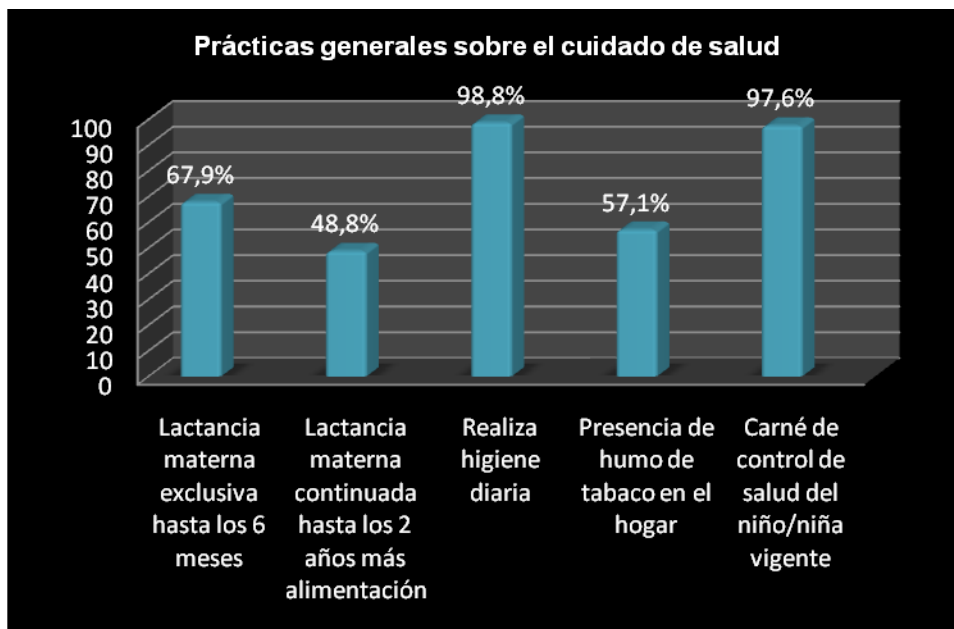
En cuanto a las prácticas que los referentes responsables realizan frente a la presencia de síntomas de infecciones respiratorias, encontramos que un 84.5%, consultan al médico.

Se destaca que la consulta temprana es muy importante, ya que se pueden evitar complicaciones a diferencia de aquellos niños/as, que cursan esta patología en un estado avanzado.

Tabla N°13-Distribución de la población según prácticas generales sobre el cuidado de salud del niño/niña.

Prácticas generales sobre cuidado de salud	FA	FR%
Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	57	67.9
Lactancia materna continuada hasta los 2 años más alimentación	41	48.8
Realiza higiene diaria	83	98.8
Presencia de humo de tabaco en el hogar	48	57.1
Carné de control de salud del niño/niña vigente	82	97.6

Gráfica N°13-Distribución de la población según prácticas generales sobre el cuidado de salud del niño/niña.



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

Respecto a las prácticas generales sobre el cuidado de salud del niño/a que los referentes responsables llevan a cabo se encontró que: el 67.9%, implementó la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, esencial para el adecuado crecimiento de niños/niñas, ya que durante el primer año de vida sus defensas no están completamente desarrolladas. Es el alimento más adecuado y natural, con una gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas esenciales para la protección contra las infecciones como el caso de las de tipo respiratorio.

Casi la mitad de la población (48.8%), extendió la lactancia materna de los niños/as hasta los dos años de edad. Esto se asocia ampliamente a la reducción de la mortalidad, morbilidad y a la mejora del desarrollo infantil. Según la bibliografía consultada sobre la extensión de la lactancia materna hasta los dos años de edad se podrían salvar 800.000 vidas por año.

La tercera práctica, revela que un 98.8% de los encuestados les realiza higiene diaria a sus hijos.

La cuarta práctica, que hace referencia a la presencia de humo de tabaco en el hogar, muestra que más de la mitad de la población, ubicándose en el 57.1%, fuma dentro del hogar, cifra alarmante ya que tienden a aumentar las infecciones respiratorias en hijos de padres fumadores, 1.5 a 2 veces más que hijos de no fumadores.

Las prácticas de salud restantes - presencia de certificado esquema de vacunación vigente y carné de control de salud del niño/niña vigentes- se cumplen en el 97.6% de los casos.

El CAIF exige al ingreso de los niños/niñas que cuenten con las vacunas y los controles pediátricos vigentes, se controla mensualmente por la institución. Las educadoras refieren que el Programa Aduana de la localidad se desempeña de manera muy satisfactoria, siendo de mucha importancia ya que un niño/niña

vacunado correctamente tiene las defensas suficientes para no contagiarse, disminuyendo esto la circulación de agentes infecciosos.

Es fundamental tener todos los controles pediátricos al día, ya que promueven el desarrollo integral del niño/niña. La evaluación del estado nutricional y programación de inmunizaciones; comprueba que el niño/niña se encuentre en adecuado crecimiento en lo que refiere a peso y estatura, y ayuda a detectar rápidamente si está cursando alguna enfermedad.

Tabla N°14-Distribución de la población según acciones que realiza ante la presencia de fiebre

Acciones que realiza ante la presencia de fiebre	FA	FR%
Realiza baño, administra antitérmicos y consulta	23	27.4
Realiza baño y administra antitérmicos	19	22.6
Realiza baño y consulta	9	10.7
Administra antitérmicos	14	16.7
Administra antitérmicos y consulta	13	15.5
Consulta	6	7.1
Total	84	100%

Gráfica N°14-Distribución de la población según acciones que realiza ante la presencia de fiebre



*Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

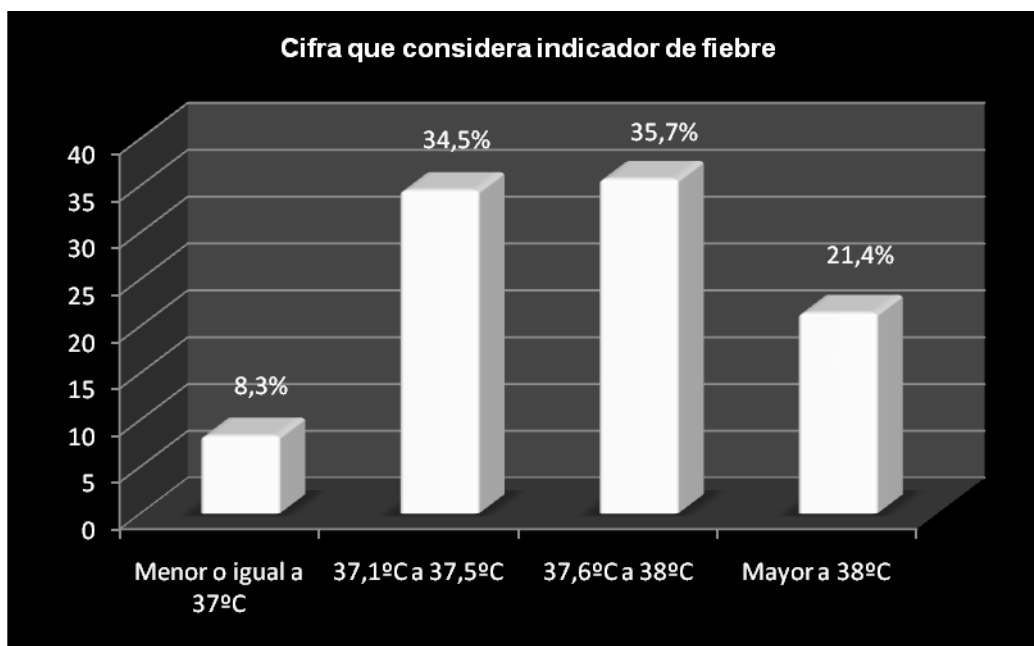
En lo que se refiere a las acciones que se llevan a cabo frente a la presencia de fiebre se observa que el 27.4% realiza baño, administra antitérmicos y luego consultan, seguido de un 22.6% que realiza baño y administra antitérmicos sin consultar.

Esto refleja la falta de consulta médica como primera acción por parte de los referentes responsables; prevalecen otras opciones para revertir la situación que está cursando el niño/a antes de realizar la consulta médica. Se observa una contradicción, ya que cuando hacemos referencia a acciones que realizan ante la presencia de síntomas de infecciones respiratorias agudas bajas, el 84.5% de la población contestó que realiza consulta médica. Así mismo la gran mayoría no conoce cuáles son los síntomas que instala un niño/a, cursando IRAB.

Tabla N°15-Distribución de la población según cifra que considera indicador de fiebre

Cifra que considera indicador de fiebre	FA	FR%
Menor o igual a 37°C	7	8.3
37,1°C a 37,5°C	29	34.5
37,6°C a 38°C	30	35.7
Mayor a 38°C	18	21.4
Total	84	100%

Gráfica N°15-Distribución de la población según cifra que considera indicador de fiebre



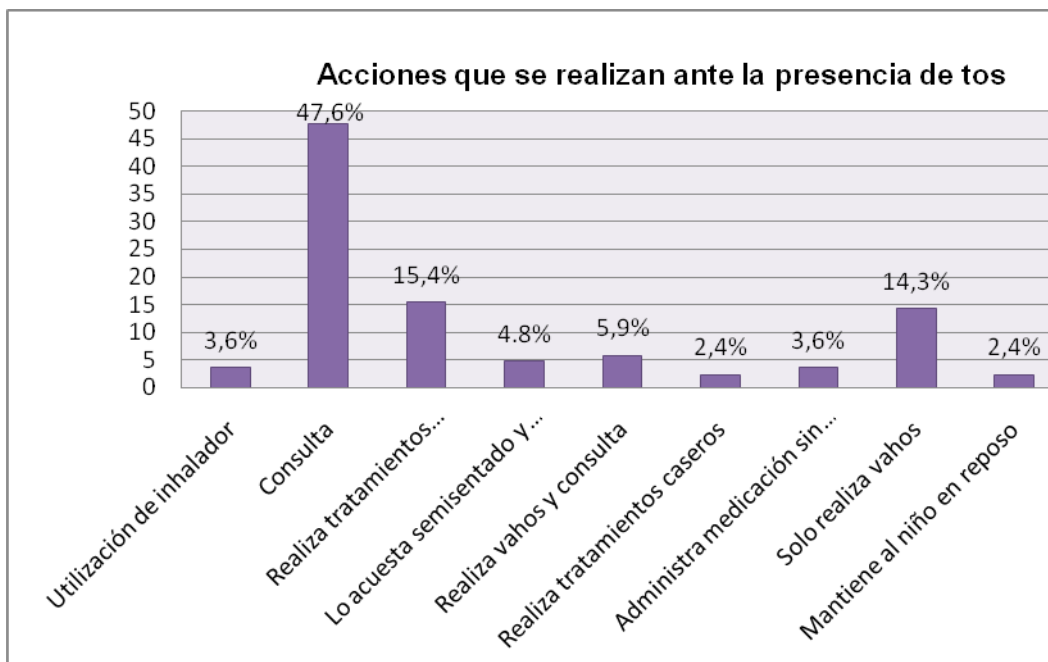
* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

Se considera que un niño/a tiene fiebre, si su temperatura axilar es mayor a 37°C. En la población de estudio se observa que el 91.6% se encuentran dentro de los que consideran 37°C, de temperatura axilar o más indicador de fiebre. Dato muy importante ya que si el referente sabe cuando un niño tiene fiebre, se parte de una adecuada base para actuar rápidamente ante la presencia de uno de los signos de alarma que deben tener en cuenta al momento de realizar la consulta médica oportuna.

Tabla N°16-Distribución de la población según acciones que se realizan ante la presencia de tos

Acciones que se realizan ante la presencia de tos	FA	FR%
Utilización de inhalador	3	3.6
Consulta	40	47.6
Realiza tratamientos caseros y consulta	13	15.4
Lo acuesta semisentado y realiza vahos	4	4.8
Realiza vahos y consulta	5	5.9
Realiza tratamientos caseros	2	2.4
Administra medicación sin prescripción médica	3	3.6
Solo realiza vahos	12	14.3
Mantiene al niño/niña en reposo	2	2.4
Total	84	100%

Gráfica N°16-Distribución de la población según acciones que se realizan frente a la aparición de tos



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

Estudiando la variable actuación frente a la aparición de tos, se observa que casi la mitad de la población (47.6%) realiza consulta médica.

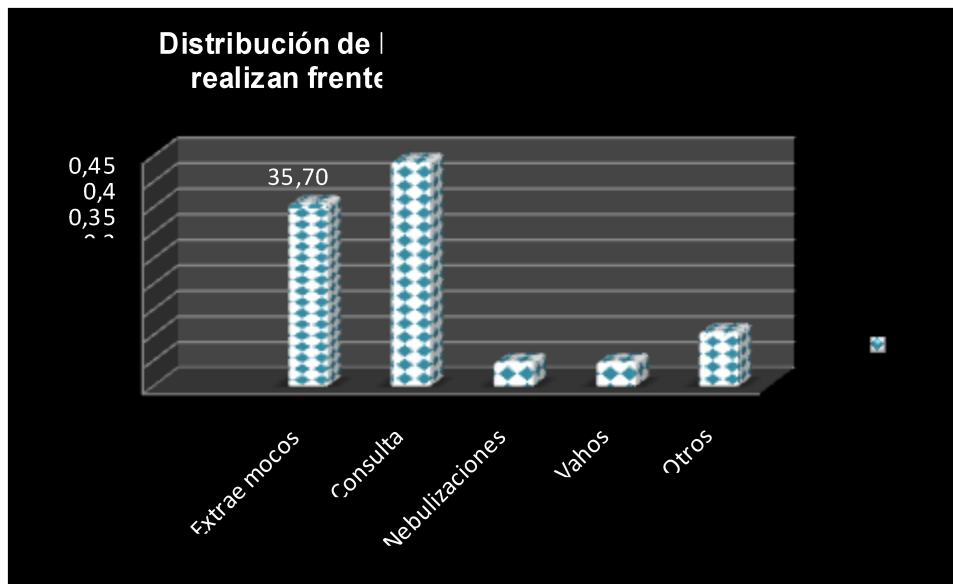
La tos es considerada uno de los signos de alarma más comúnmente encontrados en niños que presentan afecciones respiratorias agudas bajas, por lo que se recomienda que ante la presencia de tos persistente, se realice la consulta médica oportuna.

Asimismo vemos que un 15,4% cumple con el tratamiento indicado por el médico pediatra y que casi en un igual porcentaje (14,3%) realiza vahos por su cuenta; conducta favorable en tratamiento de la tos en domicilio.

Tabla N°17-Distribución de la población según acciones que se realizan frente a la aparición de secreciones

Acciones que se realizan ante la aparición de secreciones	FA	FR%
Extrae manualmente	30	35.7
Consulta	37	44.0
Realiza nebulizaciones y extrae manualmente	4	4.8
Realiza vahos y extrae manualmente	4	4.8
Realiza vahos y consulta	9	10.7
Total	84	100%

Gráfica N°17- Distribución de la población según acciones que se realizan frente a la aparición de secreciones



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

El 44% consulta frente a la aparición de secreciones y el 35.7% se las extrae manualmente sin consultar. El porcentaje restante realiza tratamientos caseros.

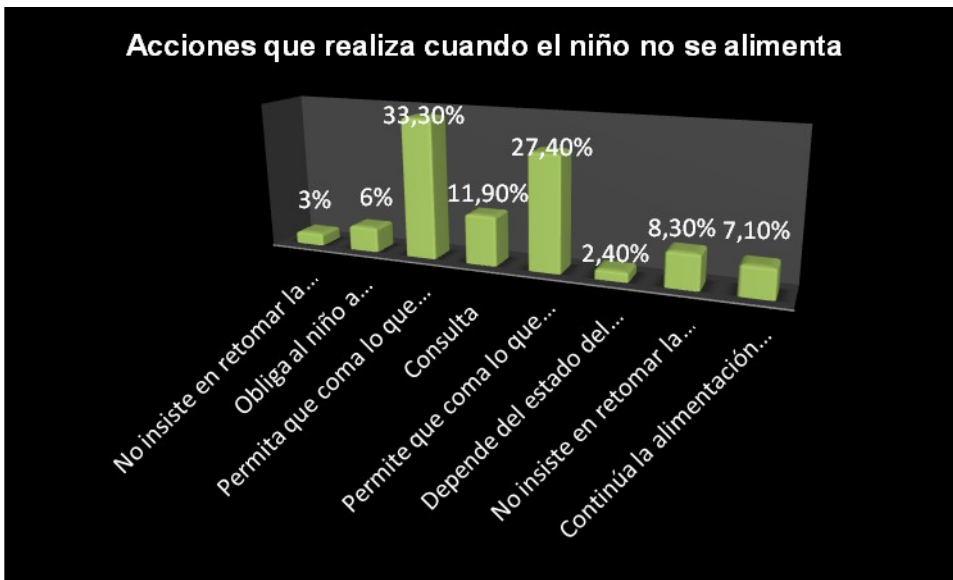
Se aconseja a los padres colocar 2 ó 3 gotas de agua con sal o suero fisiológico en cada narina antes de alimentar al niño o de acostarlo a dormir, preferentemente en posición a 45°.

No administrar antibióticos sin estar indicados por el médico.

Tabla N°18-Distribución de la población según acciones que se realizan si el niño/niña no se alimenta

Acciones que se realizan si el niño no se alimenta	FA	FR%
No insiste en retomar la alimentación	3	3.6
Obliga al niño/niña a alimentarse	5	6.0
Permita que coma lo que siente ganas	28	33.3
Consulta	10	11.9
Permite que coma lo que siente ganas y consulta	23	27.4
Depende del estado del niño/niña	2	2.4
No insiste en retomar la alimentación y consulta	7	8.3
Continúa la alimentación normal y consulta	6	7.1
Total	84	100%

Gráfica N°18-Distribución de la población según acciones que se realizan si el niño/niña no se alimenta



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

En relación a las acciones que llevan adelante cuando el niño/niña no suele alimentarse como lo hace a diario, se observó que, el 33.3% permiten que el niño/niña coma lo que siente ganas.

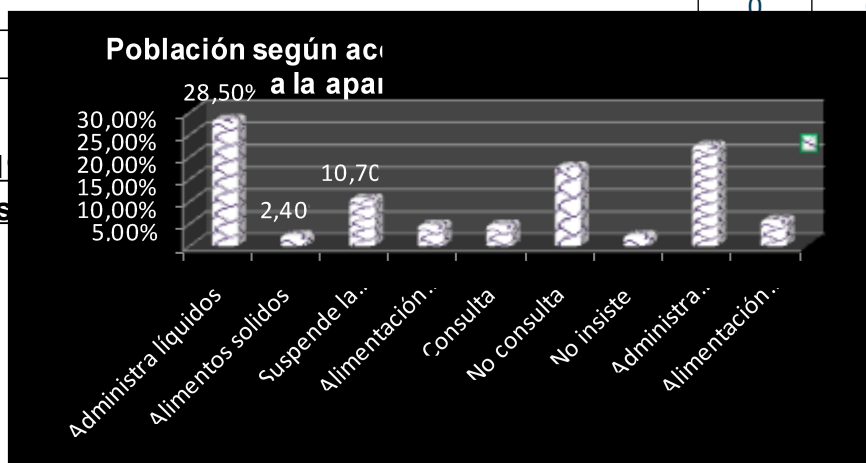
Sólo el 11.9% de la población realiza consulta médica, como primera opción, demostrando que existe un factor de riesgo para la influencia en la aparición de infecciones respiratorias bajas.

Es esencial entonces aumentar el aporte de calorías durante la enfermedad, alimentando al niño en tiempo y forma sin forzarlo.

Tabla N°19-Distribución de la población según acciones que se realizan ante la presencia de vómitos

Acciones que se realizan ante la presencia de vómitos	FA	FR%
Administra líquidos	24	28.5
Administra líquidos y consulta	19	22.6
Alimentos sólidos	2	2.4
Suspende la alimentación	9	10.7
Continúa la alimentación normal	4	4.8
Consulta	4	4.8
No consulta	15	17.9
No insiste en retomar la alimentación y consulta	2	2.4
Continúa la alimentación normal y consulta	5	5.9
Otros	0	0
Total		100%

Gráfica N°1
ante la pres



alizan

* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

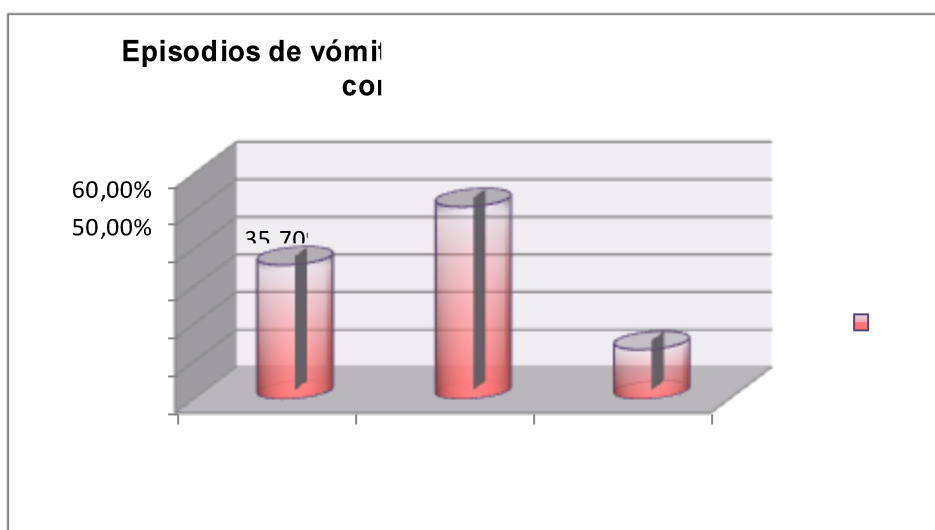
El 4.8% de la población realiza consulta médica, previo a tomar otras decisiones.

Todos los niños/as que presentan episodios de vómitos, deben recibir atención médica. ,

Tabla N°20-Distribución de la población según episodios de vómitos que deja transcurrir antes de consultar al médico

Episodios de vómitos	FA	FR%
1-2 vómitos	30	35.7
3-4 vómitos	43	51.2
Más de 4 vómitos	11	13.1
Total	84	100%

Gráfica N°20-Distribución de la población según episodios de vómitos que deja transcurrir antes de consultar al médico



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

El 51.2% deja transcurrir entre 3-4 episodios de vómitos antes de llevar al niño/niña a la consulta médica.

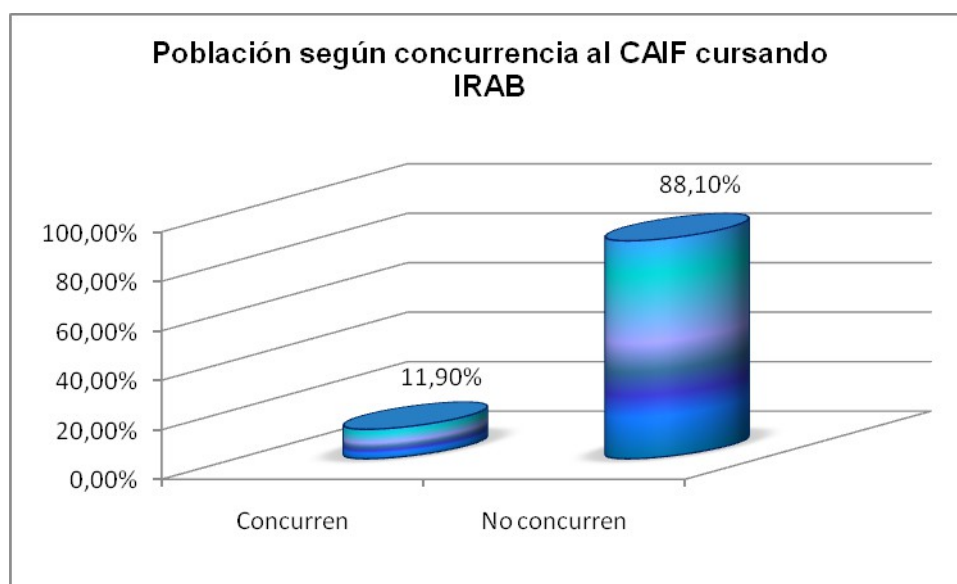
El 35,7% realiza consulta médica oportuna, (1-2 episodios de vómitos).

Es muy importante realizar la consulta médica cuando el niño/a vomita todo lo que toma.

Tabla N°21-Distribución de la población según concurrencia del niño/niña al CAIF cursando IRAB

Concurrencia del niño/niña al CAIF cursando IRAB	FA	FR%
Concurren	10	11,9
No concurren	74	88,1
Total	84	100%

Gráfica N°21-Distribución de la población según concurrencia del niño/niña al CAIF cursando IRAB



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

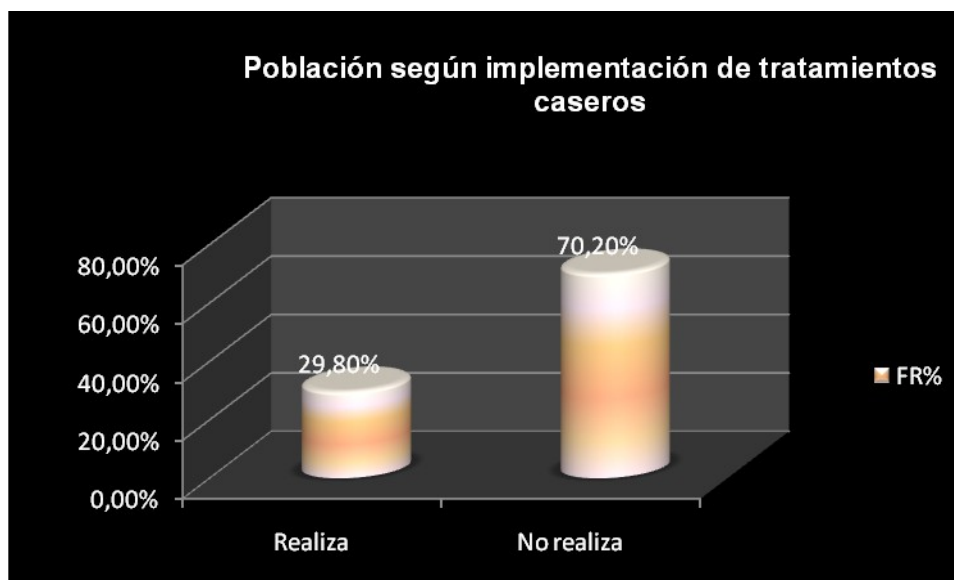
De acuerdo a lo manifestado por los referentes responsables, el 88.1% de los niños/niñas que se encuentran cursando alguna patología respiratoria no concurren al CAIF. No obstante las autoridades del centro, manifiestan que en muchas ocasiones deben solicitar a los padres que los niños/niñas enfermos/as no concurren al CAIF, porque los llevan igual.

El 100% de la población manifiesta cumplir con el tratamiento médico indicado. Porcentaje que también discrepa con lo informado por autoridades del CAIF.

Tabla N°23-Distribución de la población según implementación de tratamientos caseros cuando el niño/niña se encuentra enfermo

Implementación de tratamientos caseros	FA	FR%
Realiza	25	29,8
No realiza	59	70,2
Total	84	100%

Gráfica N°23-Distribución de la población según implementación de tratamientos caseros cuando el niño/niña se encuentra enfermo



* Fuente: Base de datos elaborada por el equipo de investigadores

La población que realiza tratamientos caseros se ubica en el 29.8%, que incluye los vahos y las tizanas elaboradas con diferentes hierbas.

Es muy común en la población encontrar hogares donde, la realización de vahos, y remedios caseros (como práctica de crianza hereditaria) sea la primera acción a realizar, ante un niño/a que presenta secreciones o tos leves.

CONCLUSIONES

Al culminar el período de investigación se puede afirmar que se logró conocer cómo actúan los referentes responsables de los niños/niñas de 0 a 3 años de edad que concurren a un CAIF de Minas (Lavalleja), frente a la presencia de infecciones respiraciones bajas.

De acuerdo a los antecedentes tomados en cuenta y a la bibliografía consultada, las prácticas de crianza referidas en dicho estudio son correctamente aplicadas por los referentes de los niños/niñas que concurren a dicha Institución, incluyendo las realizadas frente a la aparición de síntomas de IRAB.

Se logró tener una captación más que satisfactoria ya que se aplicó el instrumento de recolección de datos a 84 de 97 referentes, pudiendo realizar una correcta caracterización de la población.

Analizando los datos obtenidos, se concluye que el mayor porcentaje de referentes, tiene un conocimiento regular sobre los síntomas de las IRAB –es decir que mencionan uno o dos síntomas de la enfermedad- que la práctica predominante es la consulta médica y que la mayoría de las prácticas llevadas a cabo por los referentes de los niños/as frente a IRAB son adecuadas; destacando que más del 88% refirieron no enviar al niño/o al CAIF si está enfermo; además de que sólo el 30% realiza tratamientos caseros.

También se puede afirmar que las prácticas llevadas a cabo promueven el bienestar físico y mental del niño, ya que no predomina el hacinamiento en sus hogares, es mínimo el porcentaje de colecho, la mayoría fueron alimentados a pecho directo hasta los 6 meses de vida, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años. Presentan hábitos de higiene diario, son llevados a control y presentan CEV vigente (dato que pudimos confirmar a través de la entrevista realizada a responsables del CAIF).

El resultado que emana de dicha investigación no coincide en este caso, con lo planteado por las autoridades del CAIF que se relacionaba con el desinterés por los controles de salud del niño/niña y la consulta frente a los síntomas de enfermedad. Prevalece la administración de fármacos sin previa consulta médica y la naturalización por parte de los referentes del estado de enfermedad, promoviendo su exacerbación.

Otra fuente de sesgo a señalar es que al utilizar únicamente como instrumento la entrevista a los referentes responsables, prevalece sólo la percepción de los mismos al momento de responder el cuestionario.

De haber llevado a cabo otro tipo de investigación, como por ejemplo de tipo longitudinal en los meses de invierno donde prevalecen las IRAB y además de la entrevista, se hubiese utilizado la observación con respecto a la concurrencia de niños enfermos al CAIF y conductas que tomaban los padres frente a esa problemática, podría haber conducido a otros resultados.

La investigación plantea interrogantes para mayor profundización en futuras investigaciones.

La importancia de lo planteado amerita un seguimiento a los referentes de dichos niños con instancias educativas oportunas.

A pesar de los sesgos que pueda tener este estudio, es fundamental trabajar para revertir los resultados negativos.

SUGERENCIAS

En base al presente trabajo, sería adecuado realizar otro tipo de investigaciones en períodos de tiempo más prolongados y con un seguimiento más cercano, a través de la observación, al referente responsable y a los niños de dicho Centro, circunstancias que, podrían conducir a otros resultados.

Se sugiere realizar un proyecto de educación continua por parte del personal de la salud hacia el personal y responsables de los niños/niñas del CAIF ya que los resultados demostraron que poseen un conocimiento regular sobre los síntomas de las IRAB.

Es importante fomentar las buenas prácticas de crianza definidas por la OMS/UNICEF –mencionadas previamente- y cuáles son los síntomas de las IRAB para así contribuir a la disminución de la morbi- mortalidad infantil. Uno de los medios para realizarlo sería la actualización de carteleras, encuentros educativos teóricos-prácticos y control de la realización de dichas prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luna M. Prácticas de crianza en Antioquia. [Internet] Medellín: CINDE, 1999. Disponible en : <http://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=practicass%20de%20crianza%20en%20antioquia%20maria%20teresa%20luna&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.primerainfancialac.org%2Fdocumentos%2Fall%2Fdocumentos%2Fdoc%2F3-LUN-practicass-de-crianza.doc&ei=9OCFT777L5Kk8QS9oYjHCA&HYPERLINK> "http://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=practicass%20de%20crianza%20en%20antioquia%20maria%20teresa%20luna&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.primerainfancialac.org%2Fdocumentos%2Fall%2Fdocumentos%2Fdoc%2F3-LUN-practicass-de-crianza.doc&ei=9OCFT777L5Kk8QS9oYjHCA&usg=AFQjCNHiOFdFmlcdfVh9gjbUVkg_xwry1w" usg=AFQjCNHiOFdFmlcdfVh9gjbUVkg_xwry1w [consulta: abr 2012],
2. Carballo Vargas S. Desarrollo humano y aprendizaje: Prácticas de Crianza de las madres jefas de hogar. 2006. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/0401CARdes.pdf> [consulta: abr 2012],
3. OMS. Neumonía. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/index.html> [Consulta: ago 2012].
4. Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y desarrollo del niño. 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-evidencias.pdf>
5. González M I, Mira D, Herwig G, Secondo A. Guía alimentaria para menores de 2 años. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Unidad coordinadora de programas prioritarios. Programa nacional prioritario de nutrición; 2008.
6. Cordero Valdivia D, Barrera S. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Archivos de Pediatría del Uruguay 2001; 72(2): 158-167.

7. Evans J, Myers R. Creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran, África del Sur-Sahara- América Latina, 1994.
8. Pirez C, Montano A, Rubio I, Bello O, Scavone C, Berazategui R. Atención Pediátrica: normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 7ª ed. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2008. p. 149.
9. Pineda E, Alvarado de E, Hernández de Canales F. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª ed. Washington: OPS; 1994.

Sitios web consultados:

www.aiepi.com/

www.plancaif.org.uy

<http://www.ambiente-ecologico.com>

INE Uruguay

http://www.msp.gub.uy/uc_5604_1.html

<http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/hospital-pediatrico/consejos-para-padres/194>

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>

[pid=S018526982010000400005&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018526982010000400005&script=sci_arttext)

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de recolección de datos.

Encuesta realizada a los referentes responsables de los niños/niñas pertenecientes al CAIF “Los Serranitos”

Dicha entrevista se realizará con el fin de llevar a cabo una investigación para conocer cómo actúan los referentes responsables frente a la presencia de IRAB en los niños/as.

Consta de 23 preguntas. La información obtenida está contemplada dentro de los aspectos éticos por lo cual únicamente se utilizará con fines académicos

Los datos obtenidos serán tabulados mediante tablas de un paquete informático, luego procesados en gráficos de barras, donde se podrá observar los resultados de la investigación y así poder elaborar el plan de análisis correspondiente.

ANEXO 2

Consentimiento informado:

Minas 2013.

Somos un grupo de cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, que nos encontramos realizando nuestro trabajo de investigación final de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El mismo tiene como objetivo conocer como actúan los referentes responsables de niños de 0-3 años frente a la presencia de infecciones respiratorias agudas bajas.

Por dicho motivo solicitamos su autorización para realizarle una encuesta, cuyos datos serán empleados en el referido trabajo de investigación con la total confidencialidad.

Se resalta que su participación en la investigación no conlleva ningún perjuicio para usted, así como ningún beneficio directo.

Autorizando a que la información brindada sea utilizada con fines de investigación científica.

Me han informado sobre los objetivos de la investigación y la recabación de los datos, al igual que su finalidad, por lo que manifiesto mi voluntad de participar de la misma.

Firma de Conformidad

ANEXO 3

Instructivo para completar el cuestionario

- Obtener la firma por parte del encuestado del consentimiento informado.
- Llenar el formulario con lapicera, por parte del encuestador.
- Los espacios se deben marcar con (X), (excepto aquellas preguntas que poseen espacio para responder libremente, o aquellas preguntas que cuentan con la opción SI-NO)

En cuanto al Referente Responsable:

1 -Grado de parentesco

Madre _____
Padre _____
Abuela/o _____
Hermano/a _____
Tío/a _____
Primo/a _____
Tutor/a _____

2-Edad

Menor o igual a 19 años, 11 meses, 29 días _____
20 a 34 años, 11 meses, 29 días _____
35 a 44 años, 11 meses, 29 días _____
45 a 64 años, 11 meses, 29 días _____
Más de 65 años _____

3- Sexo

Femenino _____
Masculino _____

4- Nivel de Instrucción

Primaria Incompleta _____
Primaria Completa _____
Secundaria Incompleta _____
Secundaria Completa _____
Terciaria Incompleta _____
Terciaria Completa _____
UTU Incompleta _____
UTU Completa _____
Otros _____

5- Ingresos

Ingreso estable _____
Ingreso inestable _____

Apoyo familiar _____
Apoyo del Estado _____
Otros
Especificar

6- Procedencia

Barrio Las Delicias
Barrio La Curva
Barrio Cerro Artigas
Barrio Tanque
Barrio Peñarol
Barrio Filarmónica
Barrio La Rambla
Barrio Cementerio del Este
Barrio Centro
Otro
Especificar

7- Accesibilidad geográfica al Centro de Salud:

1 a 4 cuadras
5 a 9 cuadras
10 a 14 cuadras
15 a 19 cuadras
Más de 20 cuadras

8- Número de niños que viven en la casa

1 niño/a
Entre 2 y 4 niños/as
Entre 5 y 7 niños/as
Entre 8 y 10 niños/as
Más de 10 niños/as

9- Número de personas que duermen en la misma habitación con el niño

Ninguna
Una persona
Dos personas
Tres personas
Cuatro personas
Cinco personas

Más de cinco personas

10- ¿Cuántas personas comparten su cama?

Ninguna____

Una _____

Dos_____

Tres_____

Más de tres_____

11-¿Usted conoce cuáles son los síntomas de las infecciones respiratorias?

12-¿Cuáles son las Prácticas que realiza frente a la presencia de síntomas de infecciones de las vías respiratorias?

Consulta_____

No consulta_____

Implementa tratamientos sin consultar al médico_____

13- Prácticas generales sobre cuidado de salud

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses_____

Lactancia materna continuada hasta los 2 años más alimentación_____

Realiza higiene diaria_____

Presencia de humo de tabaco dentro del hogar_____

Certificado esquema de vacunación vigente_____

Carné de control de salud vigente del niño/niña_____

*Responder SI-NO

Ante la presencia de enfermedad:

14-En caso de presentar fiebre ¿cómo actúa?

Realiza baño_____

Administra antitérmicos_____

Consulta_____

No consulta_____

Otros_____

Especificar_____

15-¿Cuál es la cifra que considera indicador de fiebre?

Menor o igual a 37°C _____

37.1°C a 37,5°C _____

37.6°C a 38°C _____

Mayor a 38°C _____

16- ¿Cómo actúa frente a la aparición de tos?

17- ¿Cómo actúa ante la presencia de mocos?

18- Si observa que el niño/niña no se alimenta como suele hacerlo a diario, ¿cómo actúa?

No insiste en retomar la alimentación _____

Obliga al niño a alimentarse _____

Permite que coma lo que sienta ganas _____

Consulta _____

No consulta _____

Otros

Especificar

19- Ante la presencia de vómitos, ¿cómo actúa?

Administra líquidos _____

Alimentos sólidos _____

Suspende la alimentación _____

Continúa la alimentación normal _____

Consulta _____

No consulta _____

Otros

20- ¿Cuántos episodios de vómitos permite que transcurran antes de consultar al médico?

21- Cuando el niño/niña se encuentra cursando alguna enfermedad respiratoria (ej.: gripe, resfrío, otra):

El niño/niña concurre al CAIF SI NO

El niño/niña se queda en su casa SI NO Solo _____
Acompañado _____

Otro _____

22- ¿Ante la consulta médica cumple con el tratamiento indicado?

Si _____

No _____

En caso que su respuesta sea negativa ¿Cuáles son los motivos?

- No cuenta con el dinero _____
- No es fácil conseguir medicación en el lugar de asistencia del niño/niña _____
- Mucha distancia de su domicilio al lugar de asistencia del niño/niña _____
- No confía en el tratamiento médico indicado y prefiere implementar tratamientos caseros

23- ¿Realiza tratamientos caseros cuándo el niño/niña se encuentra enfermo?

Si _____

¿Cuáles? _____

No _____

ANEXO 4

CARTA DE AUTORIZACIÓN



Montevideo, 19 de Febrero 2013.

A: Autoridades CAIF "Los Serranitos"

Por la presente nos dirigimos a ustedes, a efectos de solicitar autorización para realizar una investigación en el marco del Trabajo Final de Investigación de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El objetivo del estudio es conocer las prácticas familiares frente a la presencia de infecciones de las vías respiratorias bajas, en niños y niñas de 0 a 3 años de edad.

La información recabada a través de los cuestionarios que se aplicarán a todos los referentes responsables de los niños y niñas que concurren al CAIF, será exclusivamente utilizada para dicha investigación y se mantendrá la confidencialidad de las respuestas. Se adjunta cuestionario.

La fecha para realizar las entrevistas se coordinará con posterioridad a la autorización, en caso de ser aprobada.

Solicitamos, también, autorización para mencionar el nombre del CAIF en la investigación.

Una vez finalizada la investigación se hará la devolución a la población entrevistada y al personal del CAIF.

Desde ya, agradecemos su colaboración y les saludamos con la más alta estima.

Br. Aparicio, Victoria

Br. Del Piro, Rosario

Br. Duarte, Claudia

Br. Gorriarán, Maximiliano

Br. Varela, Kátina

Montevideo, 25 de Febrero 2013.

Vista la solicitud presentada por un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería, en el marco del Trabajo Final de Investigación, de realizar una investigación sobre las prácticas familiares frente a la presencia de infecciones de las vías respiratorias bajas, en niños y niñas de 0 a 3 años de edad, para lo cual realizarán entrevistas a los referentes responsables de estos niños, autorizamos a los estudiantes a realizar la investigación en el CAIF "Los Serranitos", ubicado en la ciudad de Minas (Lavalleja), así como la mención del nombre de la institución.

Saluda atentamente

Firma: 

Contrafirma: 

Cédula Identidad:

Sello de la Institución

O.S.C.
CRECIENDO ENTRE SERRANÍAS