



UNIVERSIDAD DE MACHALA

“Calidad, Pertinencia y Calidez”

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE ENFERMERÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCION
DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

TEMA

**NEUMONÍA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO
QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013
A MARZO DEL 2014.**

AUTOR:

MAYRA CAROLINA GUARTATANGA GARCIA

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

LCDA. SARA SARAGURO

2014

CERTIFICACIÓN

LCDA. SARA SARAGURO

CERTIFICA:

Haber revisado el trabajo de titulación: **NEUMONÍA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.** Cuya autora es la Egresada de Enfermería **MAYRA CAROLINA GUARTATANGA GARCIA** la que se encuentra con los requisitos técnicos aprobada por la Carrera De Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

LCDA. SARA SARAGURO

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CESION DE DERECHOS DE AUTORIA

Yo, **MAYRA CAROLINA GUARTATANGA GARCIA**, con número de cedula 07050509897, egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la presente memoria técnica científica titulada: **“NEUMONÍA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.”** Certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tutora de tesis autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.

MAYRA CAROLINA GUARTATANGA GARCIA

C.I.: 0705059897

AUTORA

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis, estadísticas vertidas en el presente trabajo de investigación es de absoluta responsabilidad de la autora.

MAYRA CAROLINA GUARTATANGA GARCIA
AUTORA

DEDICATORIA

Es importante para mí dedicar este trabajo a Dios único ser supremo por guiarme mi camino por ayudarme a cada paso que doy, además es importante para mí dedicar este esfuerzo a mis querida madre que por el buen ejemplo que me han dado y padre que me ilumina en el cielo.

A mi esposo Juan Pablo quien ha estado mi lado en las buenas y en las malas por apoyarme además dedico este trabajo a mi hijo Joelito quien ha sido mi fuerza mi motor a seguir ustedes por mi nuestro futuro mejor y a mi tutora que me apoyado en este trabajo para así culminar mi carrera profesional.

MAYRA...

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la oportunidad maravillosa de darme la vida y de llenarme de grandes bendiciones.

A la querida **UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA**, quien abrió las puertas para permitirme el camino a la superación, a la Facultad Ciencias de la Salud, a las autoridades, a los docentes extendiendo mi más profundo agradecimiento por los conocimientos impartidos, por su paciencia, su apoyo y entendimiento

A Lic. Sara Saraguro por guiarme en la dirección de la tesis por su tiempo y paciencia.

A toda mi familia por todo su apoyo, comprensión y amor, además a todas las personas que me supieron ayudar de una u otra manera para lograr con éxito los objetivos propuestos.

LA AUTORA

ÍNDICE

PORTADA	
CERTIFICACIÓN	
CESION DE DERECHOS DE AUTORIA	
RESPONSABILIDAD	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	1
INTRODUCCION.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL:.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	6
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
VARIABLES	8
HIPÓTESIS.....	9
CAPÍTULO I	10
1. MARCO TEÓRICO	10
1.1 NEUMONIA.....	10
1.1.2 CLINICA.....	10
1.1.3 ESTUDIOS REALIZADOS	11
1.2 ETIOLOGIA.....	12
1.2.1. AGENTES ETIOLÓGICOS	12
1.2.2 ESTADÍSTICAS	14
1.3 EPIDEMIOLOGIA	15
1.4 FACTORES DE RIESGO.....	16
1.4.1 Demográficos:	16
1.4.2 Socioeconómicos:.....	17
1.4.3 Ambientales:.....	17
1.4.4 Nutricionales:	18
1.4.4.1 Bajo peso al nacer:	18

1.4.4.2	Desnutrición:.....	18
1.4.4.3	Lactancia Materna:.....	18
1.5	COMPLICACIONES.....	19
1.5.1	Complicaciones pulmonares:.....	19
1.5.2	Complicaciones extra pulmonares:.....	19
1.5.3	SIGNOS Y SINTOMAS.....	20
1.5.3.1	Recomendaciones a las madres.....	22
1.5.3.2	Formas de presentación.....	22
1.5.4	DIAGNOSTICO.....	23
1.5.5	TRATAMIENTO.....	26
1.5.5.1	Fracaso de tratamiento.....	29
1.5.5.2	PREVENCIÓN.....	29
1.5.5.3	COSTOS ECONÓMICOS.....	30
1.5.5.4	RESPUESTA DE LA OMS.....	30
1.6	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	31
1.6.1	TEORÍAS DE ENFERMERÍA RELACIONADAS A LA NEUMONIA.....	31
1.6.2	TEORÍAS DE ENFERMERÍA QUE SE RELACIONAN AL ESTUDIO COMPARATIVO DE LA NEUMONIA.....	31
1.6.3	Teoría del déficit de autocuidado.....	33
1.7	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	34
1.7.1	Concepto.....	34
1.7.2	Características.....	34
1.7.3	Etapas del Proceso de Enfermería.....	35
1.7.3.2	Valoración.....	35
1.7.3.3	Diagnostico.....	36
1.7.3.4	Planificación.....	38
1.7.3.5	Ejecución.....	39
1.7.3.6	Evaluación de las actividades de Enfermería.....	39
	CAPÍTULO II.....	41
2.	MATERIALES Y METODOS.....	41
2.1.	LOCALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
2.2.	UNIVERSO Y MUESTRA.....	41
2.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42

2.3.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	42
2.4 FASE DE INTERVENCIÓN	42
2.6 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	43
2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	44
CAPITULO III.....	48
RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN	48
3. PROCESAMIENTO DE DATOS	49
3.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN	49
3.1.2 CUADRO N° 1	49
LA EDAD RELACIONADA CON EL SEXO DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.	49
3.1.3 CUADRO N° 2	50
EDAD RELACIONADA CON LA ETNIA DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.	50
3.1.4 CUADRO N° 3.....	51
EDAD RELACIONADA CON LA SITUACIÓN JURÍDICA DE LA MADRE DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.....	51
3.1.5 CUADRO N° 4.....	52
EDAD RELACIONADA CON LA OCUPACIÓN DE LA MADRE DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.	52
3.1.6 CUADRO N° 5.....	53
EDAD RELACIONADA CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.....	53

3.1.7 CUADRO N° 6.....	54
EDAD RELACIONADA CON EL NIVEL DE HACINAMIENTO EN EL QUE VIVEN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.....	54
3.1.8 CUADRO N° 7	55
EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014. .55	55
3.1.9 CUADRO N° 8.....	56
EDAD RELACIONADA CON LOS HÁBITOS DE CONSUMO EN EL MEDIO EN QUE VIVEN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.....	56
3.1.10 CUADRO N° 9	57
EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE RIESGO AL NACER QUE PRESENTARON LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.....	57
3.1.11 CUADRO N° 10	58
EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE ENFERMEDADES ASOCIADAS QUE PRESENTARON LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.....	58
3.2 RESULTADOS DE INTERVENCION.....	59
EVALUACION DE PROCESO	59
3.2.1 CUADRO N°1.....	59

INTERÉS DE LOS TEMAS EXPUESTOS POR PARTE DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA QUE ASISTEN AL ÁREA DE PEDIATRÍA DE HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.	59
3.2.2 CUADRO N°2.....	60
CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN REALIZADA HACIA LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE NEUMONÍA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HTD.	60
3.3.3 CUADRO N°3.....	61
CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO UTILIZADO EN LA CHARLA EDUCATIVA.....	61
3.3.4 CUADRO N°4.....	62
CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE RECIBIERON LA CHARLA EDUCATIVA.	62
EVALUACION DEL PRODUCTO	63
3.3.5 CUADRO N° 5.....	63
TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA REALIZADA HACIA LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HTD. ...	63
EVALUACION DE IMPACTO	65
3.3.6 CUADRO N° 6.....	65
TRATO QUE RECIBIERAN LOS USUARIOS DEL EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HTD DURANTE LA CHARLA EDUCATIVA POR PARTE DEL EXPOSITORA.	655
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	69
ANEXOS	72

RESUMEN

Se plantea la siguiente investigación que tuvo como objetivo general: Determinar la incidencia de neumonía aguda en niños menores de un año que ingresan al servicio de pediatría del Hospital Teófilo Dávila de Octubre del año 2013 a Marzo del 2014, de la que se despejaron y se dieron valor a las siguientes variables en estudio : factores de riesgos, características individuales, perfil mórbido, mediante la aplicación de un estudio descriptivo y de corte transversal se valoró 87 niños menores de un año , la investigación se la dividió en tres fases la primera de investigación o levantamiento de datos la que se desarrolló mediante la aplicación de una guía de encuestas dirigidas a las madres de familia , la segunda que fue la planificación y ejecución de un programa educativo sobre la prevención de las complicaciones de neumonía en estos niños, la tercera fase es la que se evaluó la eficacia del programa mediante el proceso, producto e impacto de la misma, los datos importantes obtenidos, el 24 % son de 0-3 meses de sexo masculino y el 4% de 10 a 12 meses de sexo femenino, 21% son de etnia mestiza, 17 % de las madres son de unión libre, 19 % de ellas son comerciantes , 19% el nivel de instrucción de la madre están en la secundaria, 24% de estos niños viven hacinamiento, 21% están expuestos a determinados hábitos de consumo a ser fumadores pasivos en la que la misma se expone a padecer de neumonía , 19 % se destetaron tempranamente, el 15 % sufren de asma bronquial ,se plantea un plan educativo para así disminuir la neumonía que afectan a estos niños y mejorar su calidad de vida.

INTRODUCCION

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Éstos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) notifica que 2 millones de niños menores de 5 años de edad mueren por neumonía en el mundo. De los que presentan la afección, 70 % tienen menos de 2 años, de 25-75 % poseen el antecedente de alguna infección viral y el mayor índice de mortalidad ocurre en los lactantes. Igualmente, casi todos los que fallecen proceden de países no desarrollados. Históricamente la neumonía ha estado presente entre las diez principales causas de morbilidad general en el Ecuador ha ido avanzando entre el orden de importancia, llegando en el 2011 a ocupar el orden número 1, convirtiéndola en la principal causa de morbilidad. (Giménez 2003)¹

La neumonía es la principal causa de mortalidad infantil en el mundo. Se calcula que fallecen cada año a unos 1,1 millones de niños menores de cinco años, lo que supone el 18% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo. La neumonía afecta a niños y sus familias de todo el mundo, pero su prevalencia es mayor en el África y Asia. A los niños se les debe brindar lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, algo que ayudaría a reforzar su sistema inmunológico y estar mejor alimentados. Posteriormente se introducirían otros alimentos, pero se aconseja que se continúe también con la lactancia. Vacunar a los pequeños contra la tosferina, el neumococo, el sarampión y el *Haemophilus influenzae* tipo B. (Lance. 2008)²

En el Ecuador, de acuerdo a los datos estadísticos recopilados en la revista e análisis del INEC, la principal causa de mortalidad en los niños menores de un año, se debe a trastornos relacionados con la corta duración de la gestación

(16,7%), seguido de Neumonía (7,3%), se presentaron 673 casos, con incremento de 16.35% por infecciones respiratorias agudas. Considerada como una enfermedad infecciosa para el año 2009.

Según la INEC en Machala, la tasa de muertes de neonatos han disminuido levemente del 2006 al 2008 y desde el 2009 en adelante se han mantenido. **Octava Edición: Abril 2013)**³

En la Provincia del Oro en el año 2009 se ha presentado 234 casos de neumonía aguda en niños menores de un año; en el 2010 llegó al 2.5%; 2011 registró un incremento al 3.2% y desde el 2009 al 2011 se ha mantenido en el 2.9%.

Se procede a determinar la prevalencia de infecciones respiratorias y sus características en 214 niños que fueron atendidos en el área de pediatría en el Hospital Teófilo Dávila a través de un estudio descriptivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la ciudad de Quito en el servicio de pediatría del Hospital de especialidades Eugenio Espejo, la incidencia de neumonía es alta en niños menores de 1 año, siendo una de las patologías de mayor frecuencia ya que llegan a un 36%.

Según la INEC en Machala, la tasa de muertes de neonatos han disminuido levemente del 2006 al 2008 y desde el 2009 en adelante se han mantenido. Así, en 2006 se ubicó en el 14.4%; en 2007 llegó al 2.5%; 2008 registró un incremento al 3.2% y desde el 2009 al 2011 se ha mantenido en el 2.9%.

En esta ciudad las causas son: prematurez extrema, síndrome de asfixia inicial grave, e insuficiencia respiratoria grave.

En la Provincia del Oro se han presentado en niños menores de un año 255 casos, y en niños de 1 a 4 años 198 casos y 30 son fallecidos. Se procede a determinar la prevalencia de infecciones respiratorias y sus características en 214 niños que fueron atendidos en el área de pediatría en el hospital Teófilo Dávila a través de un estudio descriptivo. Se concluye que las formas más graves de infección respiratoria aguda se dan más en niños menores de 1 año, el 28% de niños menos de un año fueron diagnosticados con neumonía, y el 15% con bronquitis. En 90% de los niños fueron captados en emergencia de pediatría y el 10% por consulta externa, de ellos el 6% fueron trasladados a UCI, 5% fallecieron.

Del total de casos atendidos con internación en el HOSPITAL TEOFILO DAVILA en el año 2012, el 3,02% tuvieron una condición de egreso de fallecimiento lo que compone la tasa de letalidad hospitalaria. Del total de fallecidos, son los niños menores de 3 años de edad los que conforman el 13,6% y los adultos mayores de 80 años y más de edad el 41,2%, llegando a obtener entre estos dos grupos etarios el 54,8% de los casos de fallecidos.

JUSTIFICACIÓN

Este tema despertó gran interés por ser una de las patologías más frecuentes de ingreso en el servicio de Pediatría del Hospital Teófilo Dávila, sin embargo existe 84 casos de neumonía aguda atendidos en este hospital en el año 2012, por ello he emprendido la presente investigación, que permitió identificar los principales factores de riesgo asociados a la incidencia de neumonía aguda en la población en niños menores de un año, y promover alternativas de solución ante este problema, en especialmente aquellas dirigidas a la prevención. Considerando además que la neumonía es una enfermedad aguda, que puede presentarse como consecuencia de varios factores, que incluyen al medio ambiente, la madre y el niño mismo en todo su contexto.

Esta situación se da a nivel del país .Por esta razón, es fundamental trabajar con un programa educativo para educar y concientizar a la población y disminuir el número de casos de neumonía aguda.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la neumonía aguda en niños menores de un año que ingresan al servicio de pediatría del hospital Teófilo Dávila de Octubre del año 2013 a Marzo del 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características Individuales que presentan los niños con neumonía aguda.
- Determinar los factores de Riesgos asociados a la neumonía aguda.
- Describir el perfil mórbido asociados a la neumonía aguda.
- Planificar y Ejecutar un plan educativo de prevención de neumonías dirigido a las madres de los niños menores de un año.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Qué Características Individuales presentan los niños menores de un año con Neumonía Aguda?
- ¿Cuáles son los Factores de Riesgos asociados a la Neumonía Aguda?
- ¿Cuál es el Perfil Mórbido asociado a la Neumonía Aguda?

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Neumonía Aguda

VARIABLES DEPENDIENTES

- Características Individuales
- Factores de Riesgos
- Perfil Mórbido

HIPÓTESIS

Los factores de riesgo influirán en la presencia de neumonía aguda en los niños menores de un año.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 NEUMONIA

La neumonía se define como una inflamación de origen infeccioso del parénquima pulmonar, que compromete las unidades alveolares, los bronquiolos terminales, respiratorios y el espacio intersticial circundante. La condensación abarca desde un segmento hasta un pulmón completo. La neumonía condensante localizada se presenta generalmente en niños mayores y adultos; en recién nacidos y lactantes menores se presenta con compromiso alveolar difuso, definido como bronconeumonía (Hurtado2008) ¹.

1.1.2 CLINICA

Las manifestaciones clínicas de neumonías en varían según la edad, extensión de la enfermedad y agente etiológico. El cuadro clínico del lactante se caracteriza por síntomas generales como fiebre, rechazo alimentario, decaimiento, irritabilidad y palidez. Los signos respiratorios incluyen aleteo nasal, taquipnea >50/min, quejido, retracción de músculos intercostales, tos y cianosis, en los casos graves. En la auscultación puede existir disminución del murmullo pulmonar, crepitaciones finas, broncofonía y respiración suplante. (Hazir T,2008) ³

Un grupo especial de alto riesgo son los menores de 3 meses, cuyos síntomas y signos son menos específicos que niños mayores. La fiebre no siempre está presente y en casos graves la infección puede manifestarse como hipotermia. El compromiso del estado general puede ser tan sutil como la percepción de la madre que el niño "no está bien". Es frecuente la presentación como apnea, sin otra manifestación inicial. La presencia de tos debe ser investigada como posible infección respiratoria aguda baja en todo menor de 3 meses.

En el preescolar y escolar los síntomas son similares a los de los adultos, incluyendo fiebre alta, calofríos, cefalea, decaimiento y vómitos. Los signos destacados son tos con expectoración, dolor torácico localizado o referido al abdomen, en neumonías basales. La auscultación se caracteriza por disminución del murmullo pulmonar, crepitaciones finas, broncofonía y respiración soplante. Además existe matidez y aumento de vibraciones vocales. Pueden presentarse además como un síndrome febril sin foco clínico evidente, con ausencia de sinología respiratoria inicial y diagnosticarse sólo por una radiografía de tórax.

1.1.3 ESTUDIOS REALIZADOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal de 18 niños menores de 5 años de edad, fallecidos por neumonía adquirida en la comunidad (como causa básica de muerte) en el Hospital Docente Pediátrico Sur durante el período de enero de 1997 a diciembre de 2011, con vistas a caracterizarles y determinar las tasas de mortalidad por dicha causa. Las variables clínicas, epidemiológicas y paraclínicas se obtuvieron de los registros de defunciones y morbilidad del Departamento de Estadística de la institución, así como de las historias clínicas de los pacientes. En la investigación se observó que el mayor número de fallecidos correspondiera al sexo masculino (67,7 %) y al grupo etario de 1-4 años (58,8 %); además primaron el cuadro clínico muy grave al momento del ingreso (44,4 %), la anemia (82,3 %), los ingresos previos (100,0 %), el hacinamiento (77,7 %), el asma bronquial como enfermedad crónica (61,1%), la linfocitosis (61,1 %), el recuento de leucocitos normal (50,0 %) y las imágenes de condensación inflamatoria bilateral en las radiografías (61,1 %). Las tasas de mortalidad específica y mortalidad proporcional por neumonía mostraron tendencias evolutivas descendentes, en tanto la de mortalidad bruta reveló menor cuantía. (Cobos N. Pérez 2009)⁴

En un estudio¹⁵ de mortalidad realizado en Chile se halló 71 % de muertes por IRA, y los fallecidos por esta causa presentaban antecedentes de hospitalización previa. Otras investigaciones^{6,14} en la región de Las Américas indican que dicho antecedente, junto con otros factores de riesgo, posee gran importancia, por estar asociado a una mayor frecuencia y gravedad de los episodios de IRA en niños menores de 5 años. La "leucopenia relativa" (así le se le ha dado en llamar al recuento leucocitario normal en niños con neumonía) y la linfocitosis relativa, pueden constituir respuestas humorales inapropiadas en pacientes con inmunodeficiencias o con infecciones graves ocasionadas por gérmenes muy virulentos. De acuerdo con los resultados, en la serie predominaron los factores epidemiológicos (reconocidos como riesgos), además del estado de gravedad clínica al momento del ingreso, con alteraciones humorales que sugirieron una inadecuada respuesta inmunológica ante la infección, o una elevada virulencia del germen causante de la neumonía. Las tasas de mortalidad, en general, reflejaron una notable reducción de los fallecimientos por neumonía como CBM en niños menores de 5 años de edad, durante el periodo de investigación. (Hurtado2008)⁵.

1.2 ETIOLOGIA

Las neumonías bacterianas tienden a ser las más graves y, en los niños, son la causa más común de neumonía. La bacteria más común que causa neumonía en niños es la *Streptococcus pneumoniae* (neumococo).

Los virus respiratorios son las causas más comunes de neumonía en los niños pequeños, alcanzando su pico máximo entre las edades de 2 y 3 años. En la edad escolar, la bacteria *Mycoplasma pneumoniae* se vuelve más común.

1.2.1. AGENTES ETIOLÓGICOS

- *Streptococcus pneumoniae*: Gram positivo, es el patógeno que más frecuentemente se asocia con neumonía, la incidencia varía en distintos centros debido a los métodos de análisis de los diferentes estudios en los

cuales se incluye: toma de muestra apropiada, uso de antimicrobianos previos, test de antigenemia capsular polisacáridos.

- *Haemophilus influenzae*: Es un Gram negativo facultativo anaerobio, existen encapsulados y no encapsulados.
- *Mycoplasma pneumoniae*: Es un intermedio entre bacteria y virus, no tiene necesariamente una relación estacional, la incidencia depende si hay o no una actividad epidémica en la comunidad.
- *Staphylococcus aureus*: Es un patógeno extremadamente importante en la responsabilidad de la neumonía severa de la comunidad. La infección puede ocurrir después de Influenza o secundario a diseminación hematogena en pacientes que han utilizado antibióticos previamente. La incidencia es de 7 - 10% con una mortalidad alrededor de 30%, la que ocurre habitualmente en las primeras 48 horas de ingreso al hospital.
- *Legionella Pneumonia*: Bacilo Gram negativo aerobio, existen 34 especies, son organismos de ubicación acuática y la transmisión de este patógeno es por inhalación de aerosol. Actualmente se considera el segundo agente causal de neumonías severas adquiridas en la comunidad
- *Chlamydia Pneumoniae*: Es una de las distintas especies de género *Clamidia*, es un parásito intracelular obligado.
- Bacterias Anaerobias: son los patógenos, dominantes en los pacientes con neumonía por aspiración.
- *Moraxella Catarrhalis*: Un diplococo Gram negativo, un reconocido patógeno bronquial, particularmente asociado con pacientes con patología pulmonar preexistente.

- Bacilos Gram Negativos Aerobios: Incluye diversos patógenos como EcherichiaColi, PseudomonaAeruginosa, KlebsiellaPneumoniae. Aunque se asocian presentemente a neumonías nosocomiales, a pacientes en ventilación mecánica, usando humidificadores de aire o nebulizadores.
- Virus: Sincicial respiratorio, Influenza A Cytomegalovirus son los más reconocidos, los pacientes se encuentran habitualmente en los extremos de la vida y se aprecian clínicamente más comprometidos y con mayor probabilidad de curso fatal.
- De todos los casos comunitarios, un 7%-13% son lo bastante graves para poner en peligro la vida y requerir hospitalización. Numerosos datos demuestran que los principales factores de riesgo de la incidencia de neumonía son la falta de lactancia materna exclusiva, la desnutrición, la contaminación del aire en locales cerrados, el bajo peso al nacer, el hacinamiento y la falta de inmunización

1.2.2 ESTADISTICAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) notifica que 2 millones de niños menores de 5 años de edad mueren por neumonía en el mundo. De los que presentan la afección, 70 % tienen menos de 2 años, de 25-75 % poseen el antecedente de alguna infección viral y el mayor índice de mortalidad ocurre en los lactantes. Igualmente, casi todos los que fallecen proceden de países no desarrollados. Conceptualmente las neumonías agudas infecciosas son procesos inflamatorios del parénquima pulmonar (alveolos e intersticio), reconocibles radiológicamente y evidenciados por un cuadro clínico que suele depender de la edad, la constitución del paciente y, en parte, de la causa que los origina.

Por otro lado, la mortalidad por influenza y neumonía en Cuba permanece entre las 5 primeras causas de muerte en los niños menores de 5 años -- con igual indicador

en la provincia de Santiago de Cuba --, y en esta influyen, como factores de riesgo relevantes, el bajo peso al nacer y la desnutrición proteíco-energética. Este problema de salud también está presente en el Hospital Docente Infantil Sur de Santiago de Cuba, donde la neumonía resulta la segunda causa de hospitalización, por IRA, casi absoluta, fundamentalmente en menores de 5 años de edad.

En el Ecuador , de acuerdo a los datos estadísticos recopilados en la revista e análisis del INEC En el Ecuador, la principal causa de mortalidad en los niños menores de un año, se debe a trastornos relacionados con la corta duración de la gestación (16,7%), seguido de Neumonía (7,3%). En los niños de 1 hasta 11 años, la principal causa de defunción es la Neumonía con el 11,5%, los accidentes de vehículos con motor o sin motor (6,8%), y peatón lesionado en otros accidentes de tránsito (5,8%)

1.3 EPIDEMIOLOGIA

Las Neumonías representan entre el 80 % A 90 % de las muertes por I.R.A. Se encuentran entre las primeras 5 causas de mortalidad en menores de 5 años, sólo por debajo de las afecciones perinatales y de las anomalías congénitas. Las I.R.A. en el mundo son la causa de 4,3 millones de muertes anualmente en niños menores de 5 años, representando el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo etario. El 80 % A 90 % de este total representan las neumonías bacterianas y virales.

En los países desarrollados la movilidad es de 0,02 - 0,03 episodios por niño, por año. (4-5) En el Ecuador es 10 veces mayor: 0,33 episodios por niño, por año.

Del total de casos atendidos con internación hospitalaria en el 2011, el 3,02 tuvieron una condición de egreso de fallecimiento lo que compone la tasa de letalidad hospitalaria. Del total de fallecidos, son los niños menores a los 5 años de edad los que conforman el 13,6% y los adultos mayores de 80 años y más de

edad el 41,2%, llegando a obtener entre estos dos grupos etarios el 54,8% de los casos de fallecidos.

1.4 FACTORES DE RIESGO

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias. Los microorganismos patógenos que atacan frecuentemente el aparato respiratorio son el virus sincitial respiratorio, el Haemophilus influenzae y el parainfluenza, que aparecen en epidemia durante los meses de invierno. (Ewig 2008)⁶

Antes del nacimiento el sistema inmunitario del feto es bastante inactivo, porque no ha estado expuesto a gérmenes extraños, sin embargo, recibe alguna protección de los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta en las últimas 10 semanas de embarazo.

Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección que la misma aporta contra las IRA. Igualmente, los niños con enfermedades asociadas o desnutrición, presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las infecciones. El nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida de la vivienda y el hacinamiento, la contaminación ambiental y el hábito de fumar de los convivientes (fumador pasivo) son factores de riesgo de las IRA.

1.4.1 Demográficos:

Sexo: No hay variación Edad: 50% de las muertes se producen en niños <6 meses.

Los factores responsables:

- Inmadurez inmunológica
- Bajo peso al nacer
- Nacimientos prematuros
- Destete prematuro

1.4.2 Socioeconómicos:

La diferencia socioeconómica entre países es muy amplia. Sin embargo la mortalidad por I.R.A. es casi una constante. En cambio la anual de neumonías es de 3 a 4% en áreas desarrolladas y 10 a 20 % en países en desarrollo.

Los factores socioeconómicos están en relación al:

- Ingreso familiar
- A la educación de los padres.
- Al lugar de residencia

1.4.3 Ambientales:

Los factores de riesgos ambientales más frecuentes son:

1.4.3.1 Por exposición al humo: que puede ser por contaminación atmosférica (Dióxido de sulfuro); por la contaminación doméstica (combustibles orgánicos: maderas-desperdicios humanos y agrícolas); por tabaco; etc.

1.4.3.2 Por hacinamiento: el mayor contacto interhumano contribuye a la transmisión de infecciones mediante gotas de secreciones. La presencia de 3 o más niños menores de 5 años en la vivienda o la concurrencia a guarderías se asocia a un incremento de 2,5 veces en la mortalidad por neumonía.

1.4.3.3 Exposición al frío y la humedad: las muertes por neumonía aumentan considerablemente durante los meses de invierno. Probablemente más que el frío y la humedad, sean los contaminantes domésticos por hacinamiento ligados al clima frío, los responsables de la morbimortalidad. (Benguigú 2008)⁷

1.4.4 Nutricionales:

1.4.4.1 Bajo peso al nacer:

Aproximadamente el 16% de los niños nacidos en el mundo tienen bajo peso al nacer. Esto representa 20 millones de niños cada año, de los cuales el 90% nace en países en desarrollo. Este bajo peso condiciona una reducida inmunocompetencia y función pulmonar restringida. Los infantes pretérmino se encuentran en mayor riesgo de muerte que los infantes pequeños para edad gestacional; los infantes severamente prematuros raramente sobreviven.

1.4.4.2 Desnutrición:

La prevalencia de desnutrición es más alta en países en desarrollo. Niños de 1 año de edad provenientes de varios países mostraron que la prevalencia media, fue de 34 % en América Latina y 47% en Asia. El déficit de peso para edad varió de 23 a 53 %, mientras que el desgaste fue menos común, fluctuando de 3 a 19 % respectivamente. Los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente de preferencia a nivel celular y por consiguiente las infecciones son más graves que en los niños con un estado nutricional adecuado.

1.4.4.3 Lactancia Materna:

La frecuencia de la lactancia materna varía entre los diferentes países e incluso entre los estratos económicos. Entre ricos y algunas áreas urbanas pobres, la duración media de la lactancia es de 3 meses. En otras áreas urbanas pobres y rurales pobres, los bebés son

alimentados a pecho hasta los 12 5 18 meses. La lactancia materna protege contra las I.R.A. mediante cierto número de mecanismos incluyendo sustancias antivirales, antibacterianas, células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes. En los países en desarrollo los bebés alimentados a pecho presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de la vida. Después del 6toMes cuando deben introducirse los alimentos sólidos, comienzan los problemas económicos y como resultado la desnutrición.

1.5 COMPLICACIONES

Con la introducción de la terapia antibiótica se ha logrado una disminución muy significativa de las complicaciones en las Neumonías Bacterianas. Sin embargo, en su evolución pueden presentar complicaciones Pulmonares y Extrapulmonares.

1.5.1 Complicaciones pulmonares:

- Derrame pleural para neumónico NO complicado.
- Derrame pleural complicado o empiema.
- Neumotórax.
- Pio neumotórax.
- Neumatocele.
- Absceso pulmonar.

1.5.2 Complicaciones extra pulmonares:

Son mucho menos frecuentes y derivan principalmente del desarrollo de bacteriemia y diseminación hematógena con focos metastásicos a distancia, lo que es frecuente en algunas etiologías: H. Influenzae - Estreptococos Alfahemolíticos y Estafilococos Aureus.

- Pericarditis

- Epiglotitis
- Meningitis

En general, la neumonía en un huésped inmunocompetente que recibe tratamiento adecuado y en forma precoz tiene una evolución satisfactoria, sin complicaciones. Si no presenta mejoría clínica después de 48 a 72 horas de tratamiento, se debe sospechar una complicación y realizar inicialmente una radiografía de tórax.

Las complicaciones extra pulmonares por diseminación hematogena son menos frecuentes y son producidas principalmente por *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus alfa hemolítico* y *Staphylococcus aureus*. Existen factores de riesgo del huésped: inmunodeficiencias primarias o asociadas a desnutrición, prematurez, síndrome nefrótico, tratamiento esterooidal o inmunosupresor, neumonías post virales (influenza, varicela, sarampión) y factores asociados a condiciones que favorecen la aspiración pulmonar: daño neurológico, alteraciones de la deglución y sepsis oral.

1.5.3 SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas pueden variar según la edad del niño y la causa de la neumonía, pero entre los más comunes se incluyen:

- Fiebre
- Escalofríos
- Tos
- Congestión nasal
- Respiración atípicamente rápida (en algunos casos, este es el único síntoma)
- Respiración con resoplidos o sibilancia

- Respiración trabajosa que provoca que los músculos de las costillas se retraigan (cuando los músculos debajo de la caja torácica o entre las costillas se atraen con cada respiración) y produce aleteo nasal
- Vómitos
- Dolor de pecho
- Dolor abdominal
- Disminución de la actividad
- Falta de apetito (en niños mayores) o alimentación deficiente (en lactantes) que puede producir deshidratación,

En casos extremos, coloración azulada o grisácea en los labios y las uñas cuando la neumonía se presenta en la enferman bastante rápidamente y comienzan con fiebre alta repentina y respiración particularmente rápida. Los niños con neumonía provocada por virus probablemente tendrán síntomas que aparecen de manera más gradual, y son menos graves, pero la sibilancia puede ser más común en la neumonía viral. Algunos tipos de neumonía producen síntomas que dan señales importantes acerca del germen que causa la enfermedad. Por ejemplo, en los niños de mayor edad y los adolescentes, la neumonía causada por micoplasma (también denominada neumonía migratoria) es fácil de detectar debido a que produce dolor de garganta, dolor de cabeza y salpullido, además de los síntomas habituales de la neumonía.

En los bebés, la neumonía causada por clamidia puede provocar conjuntivitis (ojos irritados) con enfermedad apenas leve y sin fiebre. Cuando la neumonía se debe a la tos ferina (pertusis), el niño puede tener ataques de tos prolongados, adquirir un color azulado debido a la falta de aire o hacer el clásico sonido de "silbido" al tratar de inspirar. (Vejar L, 1990)⁸

Se considera que un niño tiene infección respiratoria aguda cuando presenta tos o Más de los siguientes signos y síntomas: tos, escurrimiento nasal, dolor de oído o salida de material purulento o líquido a través del mismo, dolor al deglutir, exudado purulento en faringe, voz ronca, respiración rápida o dificultad para respirar y que además presente fiebre, disminución del apetito y malestar general, para que se considere que es un padecimiento agudo no deberá transcurrir más de 15 días con estos signos y síntomas.

1.5.3.1 Recomendaciones a las madres

- Hidratación: ofrecer líquidos abundantes, si sólo los toma del pecho materno, ofrecer éste con más frecuencia.
- Aspiración de secreciones: retirar las secreciones que obstruyan las fosas nasales. se puede utilizar para este fin un gotero con suero fisiológico o agua con sal, o bien introducir una mecha de tela, gasa o con una perilla de aspiración para limpiar la nariz.
- Alimentación: mantener la habitual (si hay falta de apetito ofrecer los alimentos en pequeñas fracciones, más veces al día). ofrecer una toma extra de alimentos, durante la convalecencia y continuar con la lactancia materna.
- Evitar enfriamientos.
- No arropar demasiado al niño.
- controlar la fiebre: mediante el baño con agua tibia y los medicamentos recetados por el médico.
- no administrar medicamentos no prescritos por el médico.

1.5.3.2 Formas de presentación

Los síntomas de la neumonía vírica y los de la bacteriana son similares, si bien los de la neumonía vírica pueden ser más numerosos que los de la bacteriana.

En menores de 5 años con tos y/o dificultad para respirar, acompañadas o no de fiebre, la neumonía se diagnostica por la presencia de taquipnea (respiración rápida) o tiraje subcostal (depresión o retracción de la parte inferior del tórax durante la inspiración, cuando en las personas sanas el tórax se produce una expansión).

Las sibilancias son más frecuentes en las infecciones víricas. Los lactantes con afectación muy grave pueden ser incapaces de comer o beber, y pueden presentar pérdida de consciencia, hipotermia y convulsiones.

1.5.4 DIAGNOSTICO

El examen más importante es la radiografía de tórax; se describirán otros exámenes que se pueden solicitar en determinadas situaciones clínicas más específicas.

- **Radiología**

El estudio radiográfico de tórax debe ser en dos proyecciones, anteroposterior y lateral, ya que existen neumonías en lóbulos basales posteriores visibles sólo en la proyección lateral.

Existen tres patrones radiográficos de presentación, neumonías alveolares, con compromiso intersticial y mixtas. Si bien esto permite una orientación etiológica inicial, los resultados son inespecíficos en cuanto a determinar el agente causal.

En niños menores de 2 años con infiltrados intersticiales difusos bilaterales, el hallazgo de coriza y conjuntivitis, asociados a sinología obstructiva orienta a etiología viral.

La radiología con infiltrados intersticiales localizados, especialmente hacia las bases, junto a presentación insidiosa en niños de 5 a 15 años con fiebre baja, tos importante, miringitis bulosa, es sugerente de *Mycoplasma pneumoniae*. Evidencias de consolidación en la radiología, asociadas a inicio brusco de fiebre alta, dolor torácico o abdominal, orientan hacia etiología bacteriana.

El diagnóstico diferencial radiográfico debe considerar atelectasias, malformaciones pulmonares, neoplasias, trombo embolismo pulmonar, neumonías por radiación o drogas, insuficiencia cardiaca congestiva y, menos frecuentemente, hem siderosis pulmonar.

Es importante considerar que las manifestaciones clínicas pueden preceder los hallazgos radiológicos hasta en 12 horas y por lo tanto una radiografía muy precoz puede resultar falsamente negativa.

La mejoría radiográfica de los infiltrados pulmonares depende del agente etiológico y ocurre en general después de 3 a 4 semanas en el 80% de los pacientes.

- **Ecografía**

Es útil en diagnóstico de derrame pleural, libre o tabicado y para control seriado en caso de drenaje pleural. Ayuda en la decisión del tratamiento quirúrgico.

- **Laboratorio general**

Los pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad generalmente no requieren exámenes de laboratorio, ya que los elementos clínicos, epidemiológicos y radiológicos son suficientes para determinar una conducta terapéutica. Se recomienda mayor estudio en casos con sospecha de etiología atípica, evolución severa, tórpida, recurrente o antecedentes de inmunosupresión.

Los exámenes inespecíficos, como hemograma, VHS y PCR permiten una orientación diagnóstica sobre infección viral o bacteriana. Leucocitosis mayor de 15.000, con baciliformes $>500/\text{mm}^3$, PCR $>60 \text{ mg/dl}$ y VHS $>30\text{mm/h}$ se relacionan con alta probabilidad de infección bacteriana.

- **Exámenes microbiológicos**

Los métodos específicos deben solicitarse con sospecha clínica fundada, para lograr un mejor rendimiento. Cultivo de expectoración. Constituye un método de utilidad limitada en Pediatría por la posibilidad de contaminación. Se utiliza más bien en pacientes hospitalizados y se evalúa junto al recuento diferencial de células.

Hemocultivos. Tienen una baja sensibilidad (15 a 20%) pero alta especificidad (100%). Se deben solicitar sólo en sospecha de bacteremias asociadas a neumonía. Aspirado nasofaríngeo. Permite identificar fundamentalmente virus respiratorios y se procesa mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) o cultivos celulares. La sensibilidad de la IFI para Adenovirus es de 50% y de 80% para VRS, Parainfluenza e Influenza. La inmunofluorescencia directa se ocupa además en diagnóstico de Chlamydia trachomatis y Bordetella pertussis.

Cultivos bacterianos. Son útiles para gérmenes comunes y atípicos como *Mycoplasma pneumoniae* o *Ureaplasma urealyticum*. Son difíciles de realizar y requieren un tiempo prolongado de estudio para su desarrollo.

Serología. La determinación de IgM o IgG es útil en neumonías atípicas como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, Citomegalovirus y virus de Ebstein Barr.

Reacción de Polimerasa en Cadena. La PCR se utiliza en diagnóstico de infección por *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella Pertussis* y *Chlamydia trachomatis*. Por su alta sensibilidad, especificidad y rapidez, en nuestro país podría llegar a ser la técnica de elección en el futuro.

Exámenes invasivos. Se reservan para situaciones especiales o fracaso de tratamiento. La fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar permite visualizar vía aérea, tomar muestras para cultivos, descartar cuerpo extraño, manejo de complicaciones (reexpansión de atelectasias) y biopsia pulmonar, en caso de dudas diagnósticas.

1.5.5 TRATAMIENTO

Si no se dispone de apoyo de laboratorio que certifique etiología viral o bacteriana, en la neumonía adquirida en la comunidad se recomienda iniciar tratamiento empírico con antibióticos.

Indicaciones de hospitalización

- Menor de 3 meses.
- Dificultad en la administración de medicamentos en las siguientes 24 a 48 horas.

- Mala respuesta a tratamiento inicial en 48 a 72 horas, evidenciado por persistencia de la fiebre, aumento de la sintomatología y signología respiratoria, progresión radiográfica y sospecha de complicaciones.
- Neumonía grave o aspecto tóxico desde el ingreso.
- Síndrome bronquial obstructivo (SBO) moderado o severo que no responde a tratamiento inicial.
- Factores de riesgo asociados (cardiópatas, enfermedad pulmonar crónica, inmunodeficiencias, prematurez, fibrosis quística).

Manejo ambulatorio

Medidas generales: reposo, hidratación adecuada, alimentación fraccionada, antipiréticos.

Manejo del SBO, cuando éste se encuentra asociado. Uso de salbutamol inhalador 2 pufs (200ug) cada 4 a 6 horas, y kinesioterapia respiratoria según presencia de hipersecreción bronquial.

Tratamiento antibiótico:

Lactante y preescolar: amoxicilina: 75-100 mg/kg/día, c/8 hrs vía oral por 7 a 10 días. Escolar: amoxicilina 75-100 mg/kg/día c/8 hrs vía oral por 7 a 10 días o penicilina sódica 200.000 UI/kg/día c/12 hrs IM inicial, completando tratamiento con amoxicilina oral por 7 a 10 días en dosis ya indicadas.

Si existe sospecha de *Mycoplasma pneumoniae* o *Chlamydia pneumoniae*, iniciar eritromicina, 50 mg/kg/día c/6 hrs vía oral o claritromicina 15 mg/kg/día c/12 hrs vía oral por 14 días. El uso de azitromicina no ha sido suficientemente evaluado.

Toda neumonía que se maneja en forma ambulatoria debe ser controlada en un plazo de 24 a 48 horas.

Manejo en el hospital

Medidas generales: Alimentación fraccionada o por sonda nasogástrica según necesidad, aporte de oxígeno (si SaO₂ < de 93-95%), manejo del SBO si se asocia, acuerdo a evaluación de hipersecreción, antipiréticos, manejo del derrame pleural con punción y/o drenaje, etc.

Tratamiento antibiótico:

Lactantes y preescolares: ampicilina 100-200 mg/kg/día c/6 hrs o penicilina sódica 200.000 UI/kg/día c/6 hrs iv, completando tratamiento con amoxicilina oral por 7 a 10 días. En caso de mala respuesta a tratamiento inicial en 48 a 72 hrs iniciar cefotaxima 100-150 mg/kg/día c/6-8 hrs. iv por 10 días + cloxacilina 200 mg/kg/día iv c/6hrs, si existe sospecha de etiología estafilocócica.

Escolares:

Penicilina sódica 200.000 UI/kg/día c/6 hrs iv y completar tratamiento con amoxicilina 75-100 mg/kg/día oral por 7-10 días. Si existe sospecha de *Mycoplasma pneumoniae* o *Chlamydia pneumoniae* iniciar eritromicina 50 mg/kg/día c/6hrs o claritromicina 15 mg /kg/día c/12 hrs vía oral por 14 días.

En caso de mala respuesta a tratamiento inicial con penicilina, cambiar a cefotaxima 100-150 mg/kg/día c/ 6 - 8 hrs iv por 10 días y agregar un macrólido, si se desconoce la etiología. Si se confirma *Mycoplasma pneumoniae* o *Chlamydia pneumoniae* continuar, con macrólidos por 14 días. Si existe sospecha de etiología estafilocócica, agregar cloxacilina 200 mg/kg/día c/6 hrs iv por 14 a 21 días.

1.5.5.1 Fracaso de tratamiento

Frente al fracaso del tratamiento inicial considerar:

Neumonía complicada: derrame pleural, empiema o absceso.

Microorganismo resistente:

Streptococcus pneumoniae de sensibilidad intermedia a penicilina. Se debe considerar aumentar la dosis de penicilina sódica a 200.000 UI/kg/día iv c/6 hrs.

Streptococcus pneumoniae con alta resistencia, se debe considerar cefalosporina de 3era generación (cefotaxima) o vancomicina.

Haemophilus influenzae resistente: considerar uso de inhibidor de betalactamasa o cefalosporina de 3era generación (cefotaxima).

Gérmenes no habituales.

Patología pulmonar no infecciosa: cuerpo extraño, malformaciones pulmonares, tumores, neumonitis intersticial inmunológica.

1.5.5.2 PREVENCIÓN

La prevención de la neumonía infantil es un componente fundamental de toda estrategia para reducir la mortalidad infantil. La inmunización contra la Hib, neumococos, sarampión y tos ferina es la forma más eficaz de prevenir la neumonía. Una nutrición adecuada es clave para mejorar las defensas naturales del

niño, comenzando con la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida; además de prevenir eficazmente la neumonía, reduce la duración de la enfermedad. (Úbeda 2008)⁹

También puede reducirse el número de niños que contraen neumonía corrigiendo factores ambientales como la contaminación del aire interior (por ejemplo, proporcionando cocinas de interior limpias a precios asequibles) y fomentando una higiene correcta en hogares hacinados. A los niños infectados con el VIH se les administra el antibiótico cotrimoxazol diariamente para reducir el riesgo de que contraigan neumonía.

1.5.5.3 COSTOS ECONÓMICOS

Se calcula que el costo de tratar con antibióticos a todos los niños enfermos de neumonía en 66 de los “países de la cuenta regresiva para 2015 con respecto a la supervivencia materna, neonatal e infantil” es de US\$ 109 millones al año. Esta cifra incluye los antibióticos en sí mismos y las pruebas necesarias para establecer el diagnóstico de neumonía.

1.5.5.4 RESPUESTA DE LA OMS

En 2013, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de la Neumonía (GAPP), que tiene por objetivo acelerar el control de la neumonía combinando diversas intervenciones de protección, prevención y tratamiento de la enfermedad en los niños, con medidas como las siguientes:

- protección de los niños de la neumonía, entre otras cosas promoviendo la lactancia natural exclusiva y el hábito de lavarse las manos y reduciendo la contaminación del aire en interiores.

- prevención de la neumonía mediante la vacunación.
- tratamiento de la neumonía, sobre todo procurando que todos los niños enfermos tengan acceso a una atención sanitaria correcta (dispensada por un agente de salud comunitario o bien en un centro de salud cuando la afección revista gravedad) y reciban los antibióticos y el oxígeno que necesitan para sanar.

1.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.6.1 TEORÍAS DE ENFERMERÍA RELACIONADAS A LA NEUMONIA.

Concepto

Son acciones interrelacionadas. Donde se pretende describir y explicar el fenómeno denominado enfermería, se ocupan y especifican las relaciones que existen entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud/ enfermedad y enfermería.

1.6.2 TEORÍAS DE ENFERMERÍA QUE SE RELACIONAN AL ESTUDIO COMPARATIVO DE LA NEUMONIA.

Florence Nightingale. Su teoría del entorno se concentra en observar al individuo y su interrelación con el entorno, es capaz de prevenir contribuir a la enfermedad, los accidentes y la muerte representa todas las condiciones e influencias externas que puede afectar a la vida y desarrollo de un organismo, lo que le interesaba mucho era la luz, la ventilación, calor, dieta, limpieza abarcan los componentes del

entorno. En nuestro estudio se relaciona ya que parte del entorno donde se encuentra el individuo enfermo con neumonía para seguir sus cuidados y cambios de sus estilos de vida, además siendo este uno de los principales factores para la presentación de complicaciones.

Virginia Henderson incorporó en su teoría principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Esta teoría planteó los criterios acerca del entorno, la salud, persona y cuidados. En la teoría de la *Henderson* no se encuentra ninguna definición específica de necesidades, pero identificó las 14 necesidades básicas del paciente, que se ejecutan para dar satisfacción a esas necesidades afectadas.

Las necesidades básicas: Henderson:

- Respirar con normalidad.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos del organismo.
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- Descansar y dormir.
- Seleccionar vestimenta adecuada.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene corporal.
- Evitar los peligros del entorno.
- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

En conjunto con la teoría de Nightingale esta teoría involucra el medio en donde se encuentran los pacientes con neumonía además que contribuye en la dieta, y la participación social este último un determinante que se convierte en un factor protector para los pacientes con Neumonía.

1.6.3 Teoría del déficit de autocuidado

Orem tuvo una intuición acerca de por qué los individuos necesitan la ayuda de Enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. Considera su teoría sobre el déficit de auto cuidado como una teoría general, constituida por teorías relacionadas:

1. La teoría del auto cuidado.
2. La teoría del déficit de auto cuidado.

La teoría del déficit del auto cuidado: es una relación entre la demanda de auto cuidados terapéuticos y la acción de auto cuidados de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el auto cuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de auto cuidado terapéutico existente o previsto. Su teoría abarca a aquellos pacientes que requieren una total o parcial ayuda de la enfermera por su incapacidad para realizar actividades de auto cuidado.

En los pacientes con enfermedades crónicas especialmente diabetes e hipertensión arterial esta teoría nos aporta mucho con el auto cuidado de las personas al saber que deben cambiar sus estilos de vida para mantener una mejor calidad de vida, además aporta al personal de salud sobre todo a la enfermera para el proceso de

atención comunitario donde se debe de enseñar a la familia del paciente con neumonía a cuidar y a mantener una vida saludable.

1.7 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.7.1 Concepto

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

1.7.2 Características

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

1.7.3 Etapas del Proceso de Enfermería

1.7.3.2 Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Es importante seguir un orden en la valoración que permita en la práctica de enfermería adquirir hábitos y no omitir ningún dato: los datos que se los define como una información específica que se obtiene del paciente o familiar. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden céfalo-caudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, iniciando por el aspecto general de la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por “patrones funcionales de la salud” la recogida de los datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

Métodos para obtener datos:

- ✓ Entrevista clínica
- ✓ La observación
- ✓ La exploración física

Los métodos antes mencionado se aplicaron en la población de niños menores de un año del área de pediatría del Hospital Teófilo Dávila con los que se valoro su estilos de vida, como factores de riesgo para desarrollar complicaciones en la

Neumonía factores que traen como consecuencias daños en los pulmones, lo que provoca dificultad en el desempeño de sus actividades normales.

1.7.3.3 Diagnostico

Se define como un enunciado del problema pulmonar o potencial de alto riesgo o estado de bienestar del individuo, que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo, consiste en recopilar la base de datos de valoración, analizar e interpretar los datos con la finalidad de determinar con mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que provoca.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe es actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Riesgo complicaciones **Relacionado con la Neumonía en niños menores de un año.**

Factores relacionados

Conocimiento deficiente sobre el manejo de la Neumonía, aporte dietético inferior a los requerimientos, falta de aceptación del diagnóstico, nivel de actividad física menor por la patología, pérdida de peso, estrés, desinterés por la salud de los niños, etc.

Resultado

Adquiere conocimiento en relación a la neumonía.

Mantiene un adecuado estilo de vida.

Intervenciones: asesoramiento nutricional; enseñanza actividad / ejercicio

Actividades

- Identificar las conductas alimentarias que se desea cambiar para hacer las recomendaciones pertinentes y mejorar el estilo de vida.
- Utilizar tablas nutricionales institucionales para ayudar a la mama del paciente a valorar su ingesta calórica.
- Demostrar de manera atractiva el plato del buen comer: frutas, verduras, carne asada, agua natural suficiente, entre otros.
- Orientar al paciente a considerar que si tiene una buena alimentación la leche materna será de óptima calidad y tiene que alimentar a los niños a libre demanda.
- Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo al paciente en los cambios de hábitos alimenticios.
- Evaluar la capacidad del paciente sobre el conocimiento del ejercicio y la actividad que realiza.
- Informar al familiar del paciente del propósito y del beneficio del ejercicio prescrito para mejorar la condición respiratoria del organismo.
- Orientar al familiar del paciente para avanzar de forma segura en las actividades a realizar con ellos.

- Advertir al paciente de los efectos al exponerse al frío extremos, de la conservación de la energía, de utilizar dispositivos de ayuda, del sedentarismo, adicciones, y otros.
- Difundir la información con carteles llamativos e información precisa.
- Alteración de la nutrición relacionada con el aporte excesivo de nutrientes.

1.7.3.4 Planificación

En esta fase se desarrollan actividades para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados, así como para promocionar la Salud. Capacidad para aprender habilidades básicas de supervivencia y de cuidado en caso de neumonía, reducción de la ansiedad y ausencia de complicaciones.

Los objetivos que nos planteamos para prevenir las complicaciones en los niños menores de un año son los siguientes:

- Determinar los factores de Riesgos asociados a la neumonía aguda presentados en niños menores de un año durante el mes de octubre del año 2013 a marzo del 2014.
- Describir el perfil mórbido asociados a la neumonía aguda presentada en niños menores de un año durante el mes de octubre del año 2013 a marzo del 2014.
- Identificar las características Individuales que presentan los niños con neumonía aguda de un año durante el mes de octubre del año 2013 a marzo del 2014.

1.7.3.5 Ejecución

En esta etapa se pone en práctica lo planificado, con el objetivo de lograr una óptima satisfacción en las necesidades que tiene la población motivo de estudio.

La Ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Se determinó los factores de riesgo lactancia materna, desnutrición, enfermedades asociadas hacinamiento, fumador pasivo.
- Se determinó el tipo de alimentos que consumen con mayores frecuencias las madres lactantes.
- Se realizó taller educativo sobre la prevención de las complicaciones de la Neumonía dirigida a los usuarios madres y familiares de los menores. Con el propósito de concientizar a la población a prevenir las complicaciones.

1.7.3.6 Evaluación de las actividades de Enfermería

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

La evaluación se basa en comparar planificada mente las repuestas de la persona, y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Emitir un juicio comparándolo con varios criterios. Los más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud, problema, diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Se evaluó en base a lo planificado

- Se evaluó los Factores de Riesgo de los adultos niños menores de un año.
- Se evaluó las Características Individuales que afectan los niños que sufren de neumonía, lo que implica riesgo de desarrollar esta patología a corto plazo.
- Se evaluó la propuesta educativa sobre la prevención de las complicaciones dirigida a las madres de los niños menores de un año del área de pediatría del hospital Teófilo Dávila. La misma que cumplió con lo planificado, las personas que asistieron a los talleres educativos manifestaron que fueron importantes los temas expuestos, claros y comprensibles. El familiar y la mamá del paciente tiene conocimiento de la Neumonía, su prevención y cuidados, lo que le permite mejorar su estilo de vida.

CAPÍTULO II

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. LOCALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN

El escenario donde se realizó la investigación fue en la ciudad de Machala capital de la provincia de El Oro, en el Hospital Teófilo Dávila área de Pediatría se brinda atención de segundo y tercer nivel, la ciudad cuenta con un 90% de servicios básicos.

2.2. UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

El universo de la siguiente investigación está constituido por 84 niños menores de un año que ingresan al servicio de pediatría del Hospital Teófilo Dávila de Octubre del 2013 a Marzo del 2014.

MUESTRA

La muestra estará constituida por el 100% del universo en estudio la misma que corresponde a 84 pacientes que acuden al centro pediátrico del Hospital Teófilo Dávila.

2.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación se la realizo mediante un tipo de estudio descriptivo por que se basa en la obtención de información a través de documentos y fuentes directas ,las cuales se pueden comprobar. Es de corte transversal porque se desarrolla en un tiempo determinado Octubre –Marzo 2014.

DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio fue no experimental ya que el investigador no manipulara las variables en estudio.

TÉCNICAS:

La técnica de recolección de la información fue mediante la aplicación de un cuestionario de encuesta dirigido a la población sujeto a estudio por su naturaleza es de fuente directa.

PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

1. Pedir permiso a las autoridades del Hospital
2. Pedir apoyo al personal del área
3. Aplicación de encuesta
4. Buscar datos estadísticos
5. Consignación de datos

2.4 FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se ejecutó un programa educativo dirigido a los usuarios, enfocándose en prácticas saludables.

TÉCNICA: Se utilizó la técnica de exposición oral sobre la prevención de complicaciones, así como también se ofertaron los servicios de salud que brinda actualmente en diferentes establecimientos del Ministerio de Salud Pública.

2.5 FASE DE EVALUACIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO: Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO: Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizara un cuestionario de pre test y pos test.

IMPACTO: Se evaluó la satisfacción del usuario con la intervención mediante la aplicación de formularios de encuesta que se aplicaran a cada uno de los usuarios que conforman la muestra obteniéndose la información de forma directa.

2.6 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que fueron recolectados luego fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, para luego realizar la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que servirán de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Neumonía aguda	Es una enfermedad infecciosa he inflamatoria que afecta a los espacios alveolares de los pulmones	Presentación de la semiología	Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none">• Fiebre• Tos• Cianosis• Disnea• Flema

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Características Individuales	Cualidad que permite identificar a una sola las características individuales son el resultado de la combinación de factores sociales biológicos psicológicos, y las características sociales del hombre están relacionadas con el contexto social de este, más su carácter individual (el cual refleja, a su manera, el contexto social	Edad	Número de Meses Cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 0-3 • 4-6 • 7-9 • 10-12
		Sexo	Tipo /Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
		Etnia	Tipo/Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Afro • Indígena
		Situación Jurídica De la madre	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión Estable
		Ocupación De la madre	Tipo de ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Q. domésticos • Empleado privado • Comerciante
		Nivel de Educación De la madre	Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Factores de Riesgo	Condición que, cuando está presente, incrementa la probabilidad de aparición de ese daño	Alimentación	Lactancia Materna	<ul style="list-style-type: none"> • 0-3 m • 4-6 m • 7-9 m • 10-12 m
		Vivienda Tipo	Hacinamiento	• Si/No
		Hábitos de Consumo	Fumador Pasivo	• Si/ No
		Riesgos al nacer	Tipo / Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Inmadurez inmunológica • Bajo peso al nacer • Nacimientos prematuros • Destete prematuro.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Perfil Mórbido	Referencia subjetiva u objetiva que da por la percepción o cambio de una enfermedad o alteración de la salud	Enfermedades Asociadas	Tipo de Enfermedades asociadas	<ul style="list-style-type: none"> • Asma Bronquial • Fibrosis Quística • Cardiopatías Congénitas • Enf/ Neurológicas • Enf/ Parasitosis

CAPITULO III

**RESULTADOS DE LA FASE DE
INVESTIGACIÓN**

3. PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

LA EDAD RELACIONADA CON EL SEXO DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD MESES	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%	F	%
0-3	20	24%	17	20%	37	44%
4-6	11	13%	10	12%	21	25%
7-9	9	11%	7	8%	16	19%
10-12	7	8%	3	4%	10	12%
TOTAL	47	56%	37	44%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El presente cuadro nos indica que del total del 56% de usuarios, el 24% son de sexo masculino en las edades 0-3 meses y del 44 % el 20% en las edades 0-3 meses femenino y en un 4% están 10-12meses cabe recalcar que el mayor % están en menores de 3 meses de edad que son más susceptibles a la neumonía.

CUADRO N° 2

EDAD RELACIONADA CON LA ETNIA DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD	ETNIA						TOTAL	
	MESTIZA		INDIGENA		AFROECUATORIANA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
0-3	18	21%	15	18%	10	12%	43	51%
4-6	7	8%	6	7%	7	8%	20	24%
7-9	6	7%	4	5%	5	6%	15	18%
10-12	2	2%	1	1%	3	4%	6	7%
TOTAL	33	39%	26	31%	25	30%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El presente cuadro nos indica que del 39%, el 21% entre las edades de 0-3 meses y solo el 2% de 10 a 12 meses son de etnia mestiza, y que del 31% ,el 18 % en las edades de 0-3 meses que ingresa al área de pediatría con problema de neumonía aguda son de etnia mestiza, y que del 31%, el 18% en las edades de 0-3 meses y solo el 1% son de etnia indígena , y del 30 % ,el 12% son afro ecuatoriana en la edades de 0-3 meses y solo el 4% de 10 a 12 meses cabe recalcar el mayor % son de etnia mestiza lo que está relacionado con los factores de riesgo.

CUADRO N° 3

EDAD RELACIONADA CON LA SITUACIÓN JURÍDICA DE LA MADRE DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	UNION ESTABLE		SOLTERA		CASADA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
0-3	14	17%	12	14%	2	2%	28	33%
4-6	7	8%	8	10%	7	8%	22	26%
7-9	5	6%	5	6%	8	10%	18	21%
10-12	3	4%	3	4%	10	12%	16	19%
TOTAL	29	35%	28	33%	27	32%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El presente cuadro nos indica la relación entre el estado civil de las madres de los niños menores de un año que ingresa al área de pediatría del HTD con problema de neumonía aguda, se observa que del 35%, el 17% son de 0-3 meses y solo el 4% de 10-12 meses son de unión estable, lo que corresponden del 33%, el 14% de 0-3 meses son de madres solteras y en menor porcentaje es decir que del 32%, el 12% son de 10-12 meses y solo el 2% de 0-3 meses son de madres casadas, lo que posiblemente está relacionado con la ocupación de la madre.

CUADRO N° 4

EDAD RELACIONADA CON LA OCUPACIÓN DE LA MADRE DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD	OCUPACION DE LA MADRE						TOTAL	
	COMERCIANTES		QUEHACERES D		E PRIVADO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
0-3	16	19%	5	6%	7	8%	28	33%
4-6	6	7%	8	10%	2	2%	16	19%
7-9	4	5%	3	4%	10	12%	17	20%
10-12	3	4%	12	14%	8	10%	23	27%
TOTAL	29	35%	28	33%	27	32%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos presenta la relación de la edad con la ocupación de las madres de los menores atendidos en el área de pediatría el mismo que nos indica que del 35%, el 19% de ellas son de niños de 0-3 meses y solo el 4% corresponden de 10 a 12 meses son comerciantes y solo del 33%, el 14% de 10 a 12 meses y solo el 4% son de 7-9 meses que realizan quehaceres domésticos, y del 32% , el 12% de 7-9 meses ya que solo el 2% son de 4-6 meses de edad lo que está relacionado con el nivel de educación de la misma.

CUADRO N° 5

EDAD RELACIONADA CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD	NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE						TOTAL	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR			
	F	%	F	%	F	%	F	%
0-3	6	7%	12	14%	7	8%	25	30%
4-6	4	5%	16	19%	2	2%	22	26%
7-9	3	4%	9	11%	10	12%	22	26%
10-12	1	1%	6	7%	8	10%	15	18%
TOTAL	14	17%	43	51%	27	32%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos presenta la relación de la edad con el nivel de Instrucción de las madres de los menores atendidos en el área de pediatría del HTD, el mismo que nos indica que del 17%, solo el 7% de las madres de los menores de 0-3 meses de edad están en la primaria y solo el 1% están en las edades de 10 a 12 meses, y del 51%, el 14% son de 0-3 meses de edad están en la secundaria y del 32%, el 12% son de 7-9 meses son de nivel superior, lo que está relacionado en primer lugar con el alto índice de embarazos en la adolescencia, y en segundo lugar con el fácil acceso a la educación en los diversos niveles.

CUADRO N° 6

EDAD RELACIONADA CON EL NIVEL DE HACINAMIENTO EN EL QUE VIVEN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD MESES	HACINAMIENTO				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
0-3	20	24%	17	20%	37	44%
4-6	11	13%	10	12%	21	25%
7-9	9	11%	7	8%	16	19%
10-12	7	8%	3	4%	10	12%
TOTAL	47	56%	37	44%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica en cuanto al hacinamiento en el que viven los menores de un año que asisten al área de pediatría al HTD, se puede apreciar lo siguiente que del 56%, el 24% si viven en hacinamiento son de 0-3 meses y solo el 8% corresponden de 10-12 meses y solo el 44% ,el 20 % no, lo que está relacionado con el tipo de vivienda en las que habitan ya que la mayoría forman familias de tipo extensas es decir hogar con varias generaciones basadas en vinculo de sangre o afines lo que a su vez está relacionado con los hábitos de consumo.

CUADRO N° 7

EDAD RELACIONADA CON LA LACTANCIA MATERNA ADECUADA DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN DE NEUMONÍA AGUDA, QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD EN MESES	LACTANCIA MATERNA ADECUADA				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
0-3	20	24%	11	13%	31	37%
4-6	10	12%	9	11%	19	23%
7-9	6	7%	7	8%	13	15%
10-12	4	5%	17	20%	21	25%
TOTAL	40	35%	44	65%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica la relación entre la edad y tipo de alimentación de los menores de un año que asisten al área de pediatría al HTD con neumonía aguda, el mismo que refleja si reciben lactancia materna adecuada o no , lo que traducido en porcentajes indica que del 35%, el 24% entre las edades de 0-3 meses y solo el 5% de 10 a 12 meses tienen una lactancia materna adecuada, mientras que del 65 % ,el 20% entre 10-12 meses y solo el 8% no es adecuada , ya que adicional utilizan leche de fórmula lo que se relaciona con su actividad laboral, , a más de los programas educativos sobre importancia de la lactancia materna que brinda el MSP en sus Unidades Operativas y así mejorar una adecuada salud y para así evitar futuras complicaciones.

CUADRO N° 8

EDAD RELACIONADA CON LOS HÁBITOS DE CONSUMO EN EL MEDIO EN QUE VIVEN LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD MESES	FUMADOR PASIVO				TOTAL	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
0-3	16	19%	9	11%	37	44%
4-6	18	21%	8	10%	21	25%
7-9	12	14%	4	5%	16	19%
10-12	10	12%	7	8%	10	12%
TOTAL	56	67%	37	44%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica si en el ambiente en que viven los menores están expuestos a determinados hábitos de consumo, entre los fumadores pasivos el mismo que nos indica que del 67%, el 21 % entre edades de 4-6 meses y solo el 12 % de 10-12 meses son fumadores pasivos y que solo del 44%, el 11% de 0-3 meses no lo son, lo que está relacionado con los hábitos de consumo y vivir en hacinamiento.

CUADRO N° 9

EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE RIESGO AL NACER QUE PRESENTARON LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD	TIPO DE RIESGOS AL NACER								TOTAL	
	BAJO PESO		PREMATURO		DEST/ PREMA		INMA/ IMNNU			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0-3	3	4%	10	12%	16	19%	3	4%	32	38%
4-6	2	2%	8	10%	11	13%	5	6%	26	31%
7-9	1	1%	5	6%	9	11%	5	6%	20	24%
10-12	0	0%	1	1%	5	6%	0	0%	6	7%
TOTAL	6	7%	24	29%	41	49%	13	15%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

ANÁLISIS:

El presente cuadro nos indica la relación entre la edad y el tipo de riesgo al nacer que presentaron los menores que ingresaron al servicio de pediatría del HTD, se indica que del 7%, el 1 % entre 7-9 meses son de bajo peso , del 29% ,el 12 % de 0-3meses y solo el 1% de 10-12 meses son de nacimiento prematuro, que del 49% ,el 19% de 0-3 meses de edad y solo el 6% de 10-12meses se destetaron prematuramente y del 15% solo el 6% en las edades de 4 a 9 meses de edad son niños de nacimiento inmaduro.

CUADRO N° 10

EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE ENFERMEDADES ASOCIADAS QUE PRESENTARON LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE SUFREN NEUMONÍA AGUDA Y QUE INGRESAN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE OCTUBRE DEL AÑO 2013 A MARZO DEL 2014.

EDAD	TIPO DE ENFERMEDADES										TOTAL	
	ASMA BRON		FIBRO/QUISTICA		CARDIO CONGEENF.		NEUROLOGIC		PARACITOCIS		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
0-3	13	15%	0	0%	2	2%	4	5%	11	13%	30	36%
4-6	8	10%	1	1%	1	1%	2	2%	6	7%	18	21%
7-9	6	7%	4	5%	0	0%	3	4%	4	5%	17	20%
10-12	9	11%	6	7%	0	0%	2	2%	2	2%	19	23%
TOTAL	36	43%	11	13%	3	4%	11	13%	23	27%	84	100%

FUENTE: ENCUESTA

Análisis:

El siguiente cuadro nos representa la edad relacionada con el tipo de la enfermedad asociada que presentan los niños que sufren de neumonía aguda podemos indicar que del 43%, el 15% de entre 0-3 meses de edad sufren de asma bronquial y que solo del 13%, el 1% de 4-6 meses desarrollan fibrosis quística lo que está más relacionado al tratamiento oportuno que recibe en la unidad operativa del MSP.

3.2 RESULTADOS DE INTERVENCION

EVALUACION DE PROCESO

CUADRO N°1

INTERÉS DE LOS TEMAS EXPUESTOS POR PARTE DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA QUE ASISTEN AL ÁREA DE PEDIATRÍA DE HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	84	100
No	-	-
TOTAL	84	100

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%** de los usuarios que acudieron a la charla en el área de Pediatría del HTD, sobre la prevención de complicaciones de la Neumonía mediante el cambio de hábitos de consumo y la importancia de la buena alimentación manifestaron que fueron importantes los temas expuestos además que fueron comprendidos y llenaron sus expectativas.

CUADRO N°2.

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN REALIZADA HACIA LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE NEUMONÍA EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HTD.

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	84	100
No	0	0
TOTAL	84	100

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%** de los usuarios que acudieron a la charla en el área de Pediatría del HTD, sobre la prevención de complicaciones de la Neumonía mediante el cambio de hábitos de consumo y la importancia de la buena alimentación manifestaron que hubo claridad en la exposición de la charla educativa.

CUADRO N°3.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO UTILIZADO EN LA CHARLA EDUCATIVA.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	84	100
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	84	100

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%** de los usuarios que acudieron a la charla a el área de pediatría del HTD manifestaron que la calidad audiovisual era muy buena y que les agrado el material entregado ya que la información era importante, clara y creativa.

CUADRO N°4.

CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE RECIBIERON LA CHARLA EDUCATIVA.

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	84	100
Inadecuado	0	0
TOTAL	84	100

Fuente: Encuestas

Análisis:

El **100%**de los usuarios que acudieron a la charla al área de pediatría del Hospital Teófilo Dávila manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

EVALUACION DEL PRODUCTO

CUADRO N° 5

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA REALIZADA HACIA LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HTD.

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST						POST- TEST					
	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL		CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
COMPLICACIONES DE LA NEUMONIA.	19	23	65	77	84	100	84	100	0	-	84	100
ALIMENTACIÓN, DE LOS NIÑOS.	14	17	70	83	84	100	84	100	0	-	84	100
HABITOS CONSUMO De LOS PADRES TABACO, ALCOHOL.	11	13	73	87	84	100	84	100	0	-	84	100
ENFERMEDADES ASOCIADAS	16	19	68	81	84	100	84	100	0	-	84	100

Fuente: Encuestas

Análisis:

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó sobre Neumonía complicaciones y prevención la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **87%** los usuarios tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir la misma se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

EVALUACION DE IMPACTO

CUADRO N° 6

TRATO QUE RECIBIERAN LOS USUARIOS DEL EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HTD DURANTE LA CHARLA EDUCATIVA POR PARTE DEL EXPOSITORA.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	84	100
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	84	100

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: Usuaris del área de Pediatría HTD.

Análisis:

El **100%**de los usuarios que acudieron a la charla en el área de pediatría del HTD sobre Neumonía, la importancia de la alimentación materna y prevención de las complicaciones de la neumonía, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte de la expositora.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los datos obtenidos de la fase de investigación e intervención una vez sintetizado la información puedo concluir que:

En cuanto a las características de los niños el 24% de 0-3 meses es de sexo masculino, y solo el 4% de 10-12 meses es de sexo femenino, además según la etnia mestiza tiene el 21 % de entre 0-3 meses y que solo el 1% es de etnia indígena además analizando a las madres ,el estado civil sale el siguiente resultado, unión libre el 17% y el 2% casadas lo que a su vez está relacionado con la actividad de la madre e indica que 19% de ellas son comerciantes y el 2% son empleados públicos, lo que se refleja en el nivel de instrucción de las madres que refleja lo siguiente, que el 19% de ellas terminaron la secundaria y que solo el 1% solo llego a la primaria lo que está relacionado con el acceso a la educación gratuita por un lado y por otro a la alta tasa de embarazos en adolescentes en las instituciones educativas que no se ha podido disminuir, aun con todo los programas que oferta el Ministerio de Salud Pública..

En cuanto a los factores de riesgo los indicadores de la encuesta realizada expresan que el 24% de estos niños entre los 0-3 meses de edad viven en hacinamiento, a diferencia del 4% que no vive , por lo que se expone a ser fumador pasivo y se expresa en el 21% de entre 4-6 meses de edad y solo el 5% de entre 7-9 meses de edad no tienen ese riesgo, además en cuanto al tipo de alimentación se puede apreciar los siguiente que los niños de entre 0-3 meses de edad en un 24% si tienen una adecuada lactancia materna al mismo tiempo que el 20 % indican que no la tienen lo que se relaciona con la actividad y estado civil de las madres, lo coincide con el 19% de la misma edad que tiene destete temprano y solo el 1% de entre 7-9 meses sufre de bajo peso.

- Según el perfil mórbido el tipo de enfermedad que ocupa el 15% en el rango de edad de entre 0-3 meses es el asma bronquial, que luego pasa a convertirse en el 1% de fibrosis quísticas entre los 4-6 meses de edad.

- Se planificó y se ejecutó un programa educativo sobre la prevención de las complicaciones de neumonía en estos niños, la tercera fase es la que se evaluó la eficacia del programa mediante el proceso, producto e impacto de la misma

RECOMENDACIONES

Después de concluir con el trabajo de investigación es necesario recomendar lo siguiente:

AL PERSONAL DE SALUD

1. Incentivar al personal de salud a realizar talleres educativos, acerca de la prevención de las complicaciones de la Neumonía.
2. Seguir desarrollando el proceso de atención de enfermería a cada uno de los pacientes.
3. Desarrollar actividades específicas a cada problema de salud que presenten los pacientes pediátricos.

A LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

1. Asistir y participar de los programas educativos que realicen los establecimientos de salud.
2. Acudir a los controles de preferencia mensuales y como le indique el pediatra en las unidades operativas.
3. Saber Identificar signos y síntomas que puedan desencadenar en neumonía.

BIBLIOGRAFIA

1. Abreu Suárez G. Infecciones respiratorias agudas. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(2):129-40.
2. Asociación Panamericana de Infectología. Curso a distancia para médicos clínicos, generalistas, pediatras e infectólogos. Bases para el Manejo Racional de las Infecciones Respiratorias Agudas. Módulos 6 y 7. San Pablo: API; 2009.
3. Avalos Triana O. Orientaciones metodológicas generales para el estudio de los distintos componentes de la mortalidad de la población. Instituto de Desarrollo de la Salud. Rev. Cubana Adm Salud. 1987; 13(2): 273-80.
4. Benguigui Y. Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia: Avances y resultados en la región de las Américas. Rev Bol Ped (La Paz). 2002; 41(1).
5. Cobos Barroso N, Escribano Montaner A, García Hernández G, González Pérez-Yarza E, Liñán Cortés S, et al. II Curso Nacional de Actualización en Neumología Pediátrica. Madrid: Ergon; 2005.
6. Cobos N, Pérez Yarsa EG. Tratado de neumología infantil. 2 ed. Madrid: Ergon; 2009.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Integral de Atención y Control de las IRA. La Habana: MINSAP; 2011.

8. Ewig S, Welte T, Chastre J, Torres A. Rethinking the concepts of community-acquired and health-care-associated pneumonia. *Lancet Infect Dis.* 2010; 10(4): 279-87
9. Giménez Sánchez F, Sánchez Marengo A, Battles Garrido JM, López Soler JA, Sánchez-Solís Querol M. Características clínico-epidemiológicas de la neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 6 años. *An Pediatr (Barc).* 2007; 66(6): 578-84.
10. Hazir T, Fox LM, Qazi SA. Tratamiento ambulatorio de la neumonía grave infantil. *Lancet.* 2008; 371(9606): 49-56.
11. Hurtado de Mendoza Amat J. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem en autopsias. Algunas experiencias sobre Talleres y Entrenamientos del Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP). La Habana: SARCAP; 2004.
12. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
13. Mulholland L, Weber M. Reconocimientos de causas y síntomas de la neumonía. *Noticias sobre IRA 1993-1994;* 25(2):3-4.
14. Niederman M. In the clinic. Community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med.* 2009; 151(11): 2-16.
15. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de las neumonías y meningitis bacterianas en menores de 5 años. Guía práctica. Washington, D.C.: OPS; 2009. (Publicación Científica y Técnica No.

16. Ruvisnky R, Balanzat AMC. Neumonías bacterianas y virales. En: Benguigui Y, Antuñano FJL, Schmunis G, Yunes J. Infecciones respiratorias en niños. Washington, D.C.: OPS; 1997. p. 215-43.
17. Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Asensi Monzó MT. Neumonía adquirida en la comunidad. Protocolos del GVR [citado 10 Feb 2013]. Disponible en:<http://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/protocolo-neumonia-2011.pdf>
18. Vejar L, Casterán JC, Navarrete P, Sánchez S, LeCerf P, Castillo C. Factores de riesgo de fallecer en domicilio por neumonía, de niños chilenos de estratos socioeconómicos bajos, Santiago de Chile (1990-1994). Rev Med Chil. 2000; 128(6): 627-32.
19. www.inec.gob.ec
20. Yunes J. Evolution of infant mortality and proportional infant mortality in Brazil. Journal Tropical Pediatrics. 1981; 34(4): 200-19.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Año 2014									
Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Revisión de la Literatura	■	■	■	■						
Revisión de los datos	■	■	■	■						
Elaboración del Anteproyecto	■	■	■							
Presentación del Anteproyecto				■						
Elaboración tesis				■	■	■	■	■		
Revisión de la Literatura				■	■	■				
Aplicación de encuestas						■	■			
Tabulación de los datos							■			
Elaboración del Programa educativo							■			
Intervención del programa								■		
Presentación al H. Consejo Directivo el documento final									■	
Corrección del Informe									■	
Sustentación de tesis										■

ANEXO Nº2
PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	6 movilizaciones	4	20
	Internet	1	15
	Copias	0,02	12
Elaboración del Anteproyecto	7 movilizaciones	3	10,5
	Impresiones	0,05	35
	Internet	1	40
Aplicación de Encuestas	Materiales		
	12 movilizaciones	3	36
	Copias	0,02	10
	Internet	1	5
	Bolígrafos	0,25	20
	Humanos		
	Ayudante	1	5
Tabulación de los Datos	Internet	1	8
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2	24
	Impresión	0,25	6,5
Intervenciones del programa educativo	Materiales		
	Trípticos	0,08	10,4
	Encuestas	0,03	6
	Bolígrafos	0,25	3
	Refrigerio	60	60
	Invitaciones	2	2
	Marcadores	0,3	1,2
	Humanos		
	Investigador		
	Colaborador		
Usuaris			
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0,25	5
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	10	40
Sustentación de tesis	Dispositivas	5	5
	Refrigerio	1,5	45
		Subtotal	424,6
	Imprevistos		30
TOTAL			454,6

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

GUÍA DE ENCUESTA

Objetivo: Recopilar información necesaria sobre los factores de riesgo de los pacientes menores de un año que sufren de neumonía aguda.

Instructivo: Le pedimos comedidamente que conteste las siguientes preguntas según corresponda.

1. **¿CUÁNTOS MESES TIENE SU HIJO(A)?**

2. **INDIQUE SU GÉNERO?**

Masculino _____

Femenino _____

3. **¿INDIQUE DE QUE ETNIA SE CONSIDERA?**

Mestizo _____

Afro _____

Indígena _____

4. **¿INDIQUE CUAL ES SU SITUACIÓN JURIDICA?**

Soltera _____

Casada _____

Unión Estable _____

5. **¿INDIQUE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN QUE POSEE?**

Primaria _____

Secundaria _____

Superior _____

ANEXO 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FALCULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRETEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas.

- 1. Considera la Neumonía una enfermedad peligrosa?**
a) Si () b) No ()

- 2. Considera que recibe su hijo(a) una lactancia materna adecuada?**
a) Si () b) No ()

- 3. Al momento de nacer de su hijo le identificaron algún riesgo?**
a) Si () b) No ()

- 4. Qué tipo de riesgo le Identificaros a su hijo?**
a) Inmadurez Inmunológica
b) Bajo peso al Nacer
c) Nacimiento prematuro
d) Destete Prematuro

- 5. Considera que su hijo(a) vive en un ambiente de hacinamiento?**
a) Si () b) No ()

- 6. Cree usted que su hijo(a) esta expuesto a ciertos hábitos de consumo que se convierten en factores de riesgo como es de Fumadores pasivos?**
a) Si () b) No ()

7. Su Hijo(a) presento algún tipo de enfermedad asociada a la neumonía aguda?

- a) Si () b) No ()

8. Qué tipo de enfermedad oportunista obtuvo si hijo(a)?

- a) Ama Bronquial
- b) Fibrosis Quística
- c) Cardiopatías Congénitas
- d) Enfermedades Neurológicas
- e) Parasitosis

ANEXO 5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

POSTEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas.

- 1. Considera la Neumonía una enfermedad peligrosa?**
a) Si () b) No ()

- 2. Considera que recibe su hijo(a) una lactancia materna adecuada?**
a) Si () b) No ()

- 3. Al momento de nacer de su hijo le identificaron algún riesgo?**
a) Si () b) No ()

- 4. Qué tipo de riesgo le Identificaros a su hijo?**
a) Inmadurez Inmunológica
b) Bajo peso al Nacer
c) Nacimiento prematuro
d) Destete Prematuro

- 5. Considera que su hijo(a) vive en un ambiente de hacinamiento?**
a) Si () b) No ()

- 6. Cree usted que su hijo(a) está expuesto a ciertos hábitos de consumo que se convierten en factores de riesgo como es de Fumadores pasivos?**

a) Si () b) No ()

7. Su Hijo(a) presento algún tipo de enfermedad asociada a la neumonía aguda?

a) Si () b) No ()

8. Qué tipo de enfermedad oportunista obtuvo si hijo(a)?

- a) Ama Bronquial
- b) Fibrosis Quística
- c) Cardiopatías Congénitas
- d) Enfermedades Neurológicas
- e) Parasitosis

ANEXO N°6

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?

Si () No ()

2.- ¿La expositora fue clara en su intervención?

Si () No ()

3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?

Bueno () Regular () Malo ()

4.- La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue:

Adecuado () Inadecuado ()

5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?

Bueno () Regular () Malo ()

ANEXO Nº 7

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: Egresada. Mayra Guartatanga

GRUPO BENEFICIARIO: Niños menores de un año del área de Pediatría del HTD.

INTRODUCCIÓN

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Éstos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. Los síntomas de la neumonía vírica y los de la bacteriana son similares, si bien los de la neumonía vírica pueden ser más numerosos que los de la bacteriana.

La prevención de la neumonía infantil es un componente fundamental de toda estrategia para reducir la mortalidad infantil. La inmunización contra el neumococo, sarampión y tos ferina es la forma más eficaz de prevenir la neumonía. Una nutrición adecuada es clave para mejorar las defensas naturales del niño, comenzando con la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida; además de prevenir eficazmente la neumonía, reduce la duración de la enfermedad.

También puede reducirse el número de niños que contraen neumonía corrigiendo factores ambientales como la contaminación del aire interior (por ejemplo,

proporcionando cocinas de interior limpias a precios asequibles) y fomentando una higiene correcta en hogares hacinados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) notifica que 2 millones de niños menores de 5 años de edad mueren por neumonía en el mundo. De los que presentan la afección, 70 % tienen menos de 2 años, de 25-75 % poseen el antecedente de alguna infección viral y el mayor índice de mortalidad ocurre en los lactantes. Igualmente, casi todos los que fallecen proceden de países no desarrollados. Históricamente la neumonía ha estado presente entre las diez principales causas de morbilidad general en el Ecuador ha ido avanzando entre el orden de importancia, llegando en el 2011 a ocupar el orden número 1, convirtiéndola en la principal causa de morbilidad infantil.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la Incidencia de neumonía aguda en niños menores de un año que ingresan al servicio de pediatría del hospital Teófilo Dávila de Octubre del año 2013 a Marzo del 2014.

ESPECÍFICOS

- Determinar los factores de Riesgos asociados a la neumonía aguda presentados en niños menores de un año durante el mes de octubre del año 2013 a marzo del 2014.
- Describir el perfil mórbido asociados a la neumonía aguda presentada en niños menores de un año durante el mes de octubre del año 2013 a marzo del 2014.
- Identificar las características Individuales que presentan los niños con neumonía aguda de un año durante el mes de octubre del año 2013 a marzo del 2014.

CONTENIDO

1. EDUCATIVO

1.1 Historia

En los umbrales del siglo XXI los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples. De los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las infecciones respiratorias agudas (IRA) ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Las IRA son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes infecciosos que afectan cualquier punto del aparato respiratorio.

1.1.1. DEFINICION

La Neumonía se define como una infección que provoca inflamación del parénquima pulmonar de variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química, etc.) Perturbando el intercambio de gases entre el espacio aéreo y el capilar sanguíneo, con descenso de PaO₂, cursando con dificultad respiratoria Etiopatogenia.

1.2 NEUMONIA

La neumonía se define como una inflamación de origen infeccioso del parénquima pulmonar, que compromete las unidades alveolares, los bronquiolos terminales, respiratorios y el espacio intersticial circundante. La condensación abarca desde un segmento hasta un pulmón completo. La neumonía condensante localizada se presenta generalmente en niños mayores y adultos; en recién

nacidos y lactantes menores se presenta con compromiso alveolar difuso, definido como bronconeumonía.

1.3 Epidemiología

Las Neumonías representan entre el 80 % A 90 % de las muertes por I.R.A. Se encuentran entre las primeras 5 causas de mortalidad en menores de 5 años, sólo por debajo de las afecciones perinatales y de las anomalías congénitas. Las I.R.A. en el mundo son la causa de 4,3 millones de muertes anualmente en niños menores de 5 años, representando el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo etario. El 80 % A 90 % de este total representan las neumonías bacterianas y virales.

2. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

3. DEMOSTRACIÓN

- Ejercicios adecuados
- Detección de signos y síntomas

4. ESTRATEGIAS

- Se coordinó con el director del centro de salud y con la licenciada en enfermería líder para ponerse de acuerdo en el día y hora de la intervención.
- Además se entregaron hojas volantes en puntos estratégicos.
- para mayor formalidad y compromiso de los usuarios se entregaron tarjetas de invitación al plan educativo.

5. EDUCACIÓN

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

6. RECURSOS

- **RECURSOS HUMANOS:**
 - Usuarías
 - Personal de área de pediatría
 - Autor: Mayra Guartatanga
- **RECURSOS MATERIALES:**
 - Lápiz
 - Papel periódico.
 - Cinta adhesiva
 - Encuestas

- Infocus
- Computadora
- Pemdrive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

- **RECURSOS ECONÓMICOS:**

Charla educativa	35.00
Movilización	25.00
Refrigerio	50.00
Copias	20.00
Imprevistos	30.00
TOTAL	150,00

7. EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestas.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de las madres de los niños (a) mediante un post test y el registro de asistencia.

ANEXO Nº 8

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES DE HTA Y MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE
VIDA.**

LUGAR: Hospital Teófilo Dávila; área de Pediatría

FECHA: julio 2014.

1. Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa de intervención.
2. Presentación de la expositora.
3. Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas

ANEXO Nº 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
1. NEUMONIA <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Epidemiología • Etiología • Fisiopatología • Complicaciones • Consecuencias • Enfermedades concomitantes 	Oral, audiovisual y escrita	Autora Usuaris del área de pediatría del HTD	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	20 min	Mayra Guartatanga	Julio del 2014

ANEXO Nº 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
<p>2. Factores de riesgo modificables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna • Hábitos de consumo • Riesgos al nacer 	<p>Oral, audiovisual y escrita</p>	<p>Autora</p> <p>Usuaris del área de pediatría del HTD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	<p>20 min</p>	<p>Mayra Guartatanga</p>	<p>Julio del 2014</p>

ANEXO Nº 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
3. Perfil Mórbido Asma Bronquial Fibrosis quística Cardiopatías Congénitas Enf. Neurológicas Parasitosis	Oral, audiovisual y escrita	Autora Usuaris del área de pediatría del HTD	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	20 min	Mayra Guartatanga	Julio del 2014

