



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOR DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS SOBRE IRAS, ADSCRITOS A LA
UMF 1 DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**
TESIS

**PRESENTADA POR
Ana Elvira Ochoa Gallardo**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente

Aguascalientes, Ags., febrero de 2018



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE
ZONA NÚMERO 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. ANA ELVIRA OCHOA GALLARDO

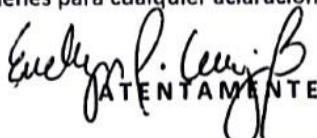
Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOR DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE IRAS,
ADSCRITOS A LA UMF1 DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES."**

Número de Registro: R-2017-101-024 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

La Dra. Ana Elvira Ochoa Gallardo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.


ATENTAMENTE

DRA EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. ANA ELVIRA OCHOA GALLARDO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOR DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE IRAS,
ADSCRITOS A LA UMF1 DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES."**

Número de Registro: **R-2017-101-024** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

La Dra. Ana Elvira Ochoa Gallardo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a Usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE
Carlos A. Prado
DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

ANA ELVIRA OCHOA GALLARDO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOR DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS SOBRE IRAS, ADSCRITOS A LA UMF 1 DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., a 11 de Enero de 2018.

DR. JORGE PIÉRETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

C. C. P. M. en C. E. A. Anilda Sánchez García / Jefe de Departamento de Control Escolar
C. C. P. Aguascalientes

AGRADECIMIENTOS

Por traerme a la vida, cuidarme, enseñarme, tener una paciencia infinita, reprenderme cuando se necesitaba, así como una dedicación inconmensurable, por estar siempre para mí, apoyarme y decirme la verdad sin adornos ni justificaciones. Gracias Mamá.

Por estar siempre pendiente de mí, brindarme los recursos que necesitaba, por el apoyo brindado. Gracias Papá.

Por tolerarme toda su niñez y parte de su adolescencia, por su compañía y amor. Gracias Hermanos.

Por desearme lo mejor a donde me dirigía en esta nueva etapa de formación. Gracias familiares de rama materna.

Por ser parte de una etapa nueva en mi formación, por ser parte de mi vida a pesar de la distancia y el tiempo. Gracias Amigos.

Por confiar en mí, en mis aptitudes y conocimientos, y haber sido parte importante de una de las etapas de mi vida, por desearme lo mejor al irme lejos. Gracias mis pacientes en Durango.

Por estar en esta nueva etapa, en esta tierra que no conocía, por la gente que conocí en el trascurso, quienes me brindaron su hospitalidad y apoyo en momentos difíciles y de soledad. Gracias compañeros y amigos de la Residencia y del Servicio Social.

Por la ayuda, los consejos, las enseñanzas, las guardias, la convivencia, las desveladas. Gracias Maestros, Tutores, Adscritos, Personal de Enfermería y compañeros de los servicios.

Por la paciencia, dedicación y ayuda durante la residencia y en el proceso de tesis. Gracias Dra. Ana Hortensia López Ramírez.

Por la paciencia, tolerancia y enseñanzas. Gracias a mi asesora Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente.

Por la confianza que depositan cuando tienen miedo, están heridos, asustados por enfermedades y malestares. Gracias a todos los pacientes que he tenido la oportunidad de atender.

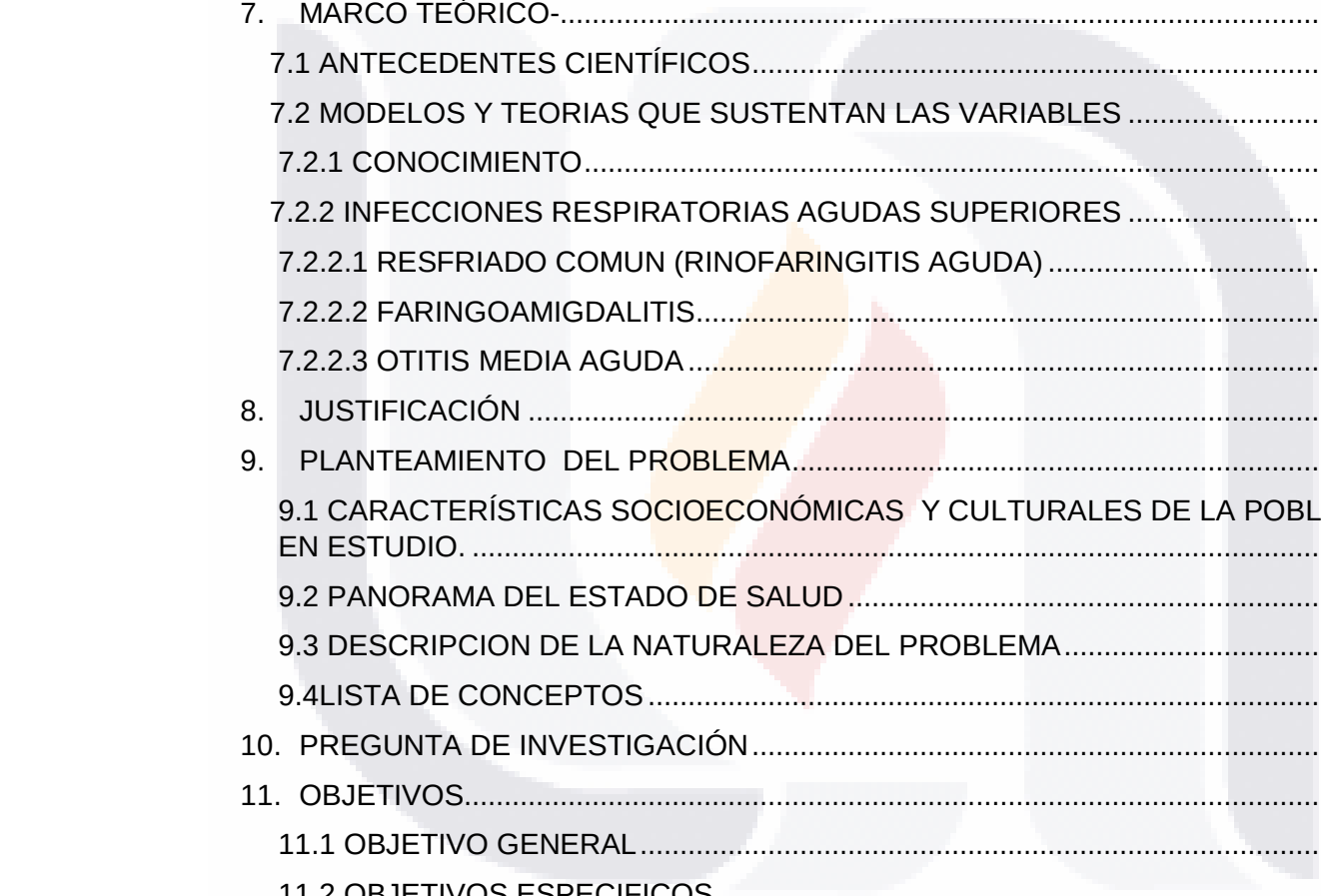
DEDICATORIA

A mi apoyo y fortaleza, mis padres.

A mis compañeros de crianza y mis mayores tesoros, mis hermanos.

A mi porra y detractor personal, mi familia.

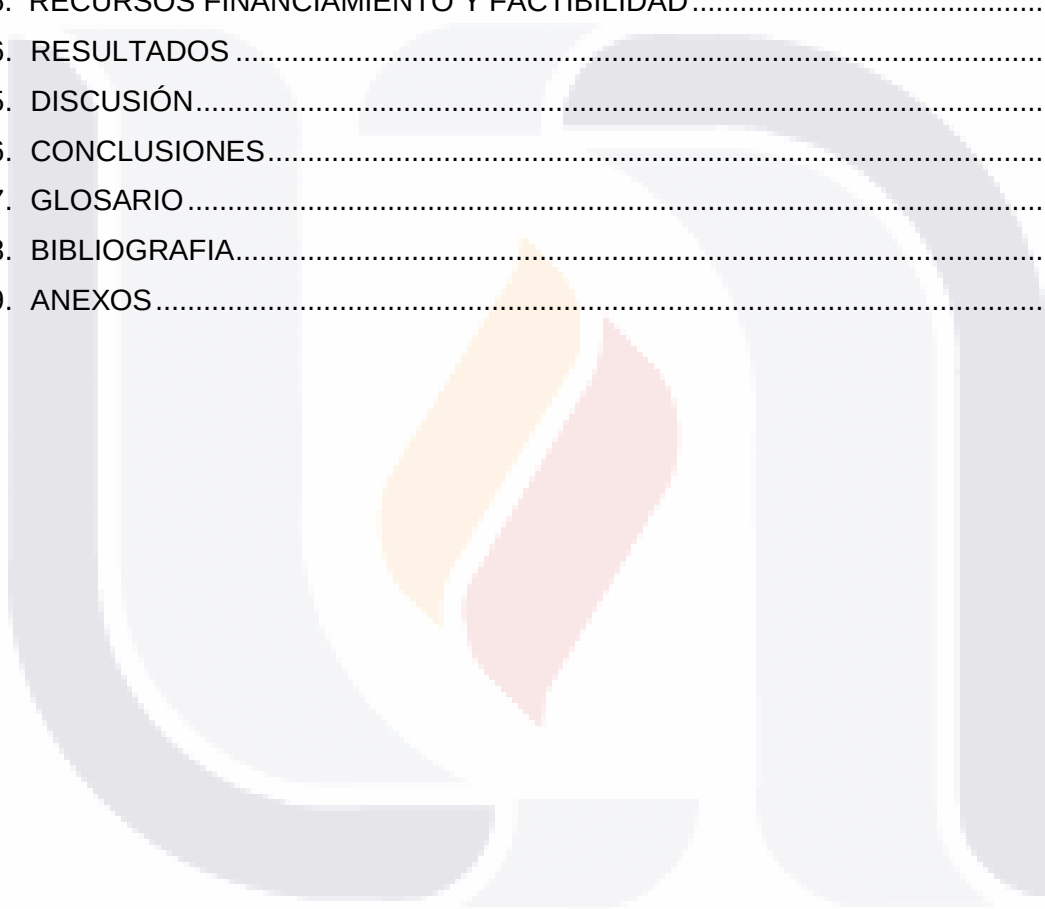




INDICE GENERAL

1. INDICE DE FIGURAS	3
2. INDICE DE TABLAS.....	3
3. INDICE DE GRAFICOS.....	3
4. RESUMEN.....	4
5. ABSTRACT.....	5
6. INTRODUCCIÓN.....	6
7. MARCO TEÓRICO-.....	7
7.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	7
7.2 MODELOS Y TEORIAS QUE SUSTENTAN LAS VARIABLES	9
7.2.1 CONOCIMIENTO.....	9
7.2.2 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES	14
7.2.2.1 RESFRIADO COMUN (RINOFARINGITIS AGUDA)	18
7.2.2.2 FARINGOAMIGDALITIS.....	20
7.2.2.3 OTITIS MEDIA AGUDA.....	22
8. JUSTIFICACIÓN	25
9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
9.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.	26
9.2 PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD	27
9.3 DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.....	28
9.4LISTA DE CONCEPTOS.....	32
10. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	32
11. OBJETIVOS.....	32
11.1 OBJETIVO GENERAL.....	32
11.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	32
12. HIPOTESIS.....	33
12.1 H1 HIPOTESIS GENERAL.....	33
12.2 HIPOTESIS H0	33
12.3 HIPOTESIS ESPECÍFICAS.....	33
12.4 ESPECIFICAS NULAS.-.....	33
13. MATERIAL Y METODOS.....	34
13.1 TIPO DE ESTUDIO.....	34
13.2 UNIVERSO	34

13.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	34
13.4 MUESTREO.....	34
13.5 TAMAÑO MUESTRA.....	34
13.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	36
13.7 LOGÍSTICA	38
13.8 PLAN DE ANÁLISIS	39
13.9. ASPECTOS ÉTICOS.....	39
15. RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	40
16. RESULTADOS	41
15. DISCUSIÓN.....	45
16. CONCLUSIONES.....	48
17. GLOSARIO.....	49
18. BIBLIOGRAFIA.....	49
19. ANEXOS.....	53



1. INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Niveles de conocimiento	14
FIGURA 2. Algoritmo para el diagnóstico de infecciones de vías respiratorias agudas de vías superiores.....	16
FIGURA 3. Abordaje de Otitis media aguda	24
FIGURA 4. Calculo de Kuder Richardson. Fuente propia del autor	38

2. INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Clasificación de tipos de conocimiento	13
TABLA 2. Signos y síntomas de enfermedad grave	17
TABLA 3. Escala de puntuación de Centor	21
TABLA 4. Medicamentos en Otitis media aguda	25
TABLA 5. Registro ARIMAC UMF1 Aguascalientes Nov 2015 –Junio 2016	34
TABLA 6. Características sociodemográficas de cuidadores de menores de 5 años adscritos a UMF1 Aguascalientes	42
TABLA 7. Nivel de conocimiento en cuidadores de menores de 5 años sobre IRAS adscritos a UMF1 Aguascalientes	43
TABLA 8. Puntuación por nivel de conocimiento en cuidadores de menores de 5 años sobre IRAS adscritos a UMF1 Aguascalientes	45

3. INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Ocupación de Cuidadores de menores de 5 años de UMF1 Aguascalientes.....	42
GRAFICO 2. Escolaridad de Cuidadores de menores de 5 años de UMF1 Aguascalientes	43
GRAFICO 3..Nivel de conocimiento en cuidadores de menores de 5 años sobre IRAS adscritos a UMF1 Aguascalientes	44

4. RESUMEN

ANTECEDENTES Las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) se encuentran entre las principales demandas de consulta en primer nivel, así como en el servicio de urgencias, y sobre todo en la edad de población de menores de 5 años. Es una de las principales enfermedades con mayor recurrencia, complicaciones, así mismo presenta un alto índice de automedicación, por parte del cuidador, con manejo inadecuado y alto índice de hospitalización, así como constituye una de las causas de graves complicaciones. La OMS en 2015 reporta que 2.7 millones de niños mueren antes de 5 años, más de la mitad son evitables, si hubiese acceso a intervenciones. Dentro de las principales causas de mortalidad en menores de 5 años, las IRAS se ubican en el 2º lugar a nivel mundial (16%). (OMS 2016). Los estudios descriptivos, transversales, encontrados, coinciden en que existe una disminución de mortalidad en IRAS en menores de 5 años, sin embargo se debe analizar el nivel el conocimiento del cuidador sobre la atención del menor de forma oportuna sus síntomas, manejo inicial, datos de alarma para conocer la situación real y determinar las acciones a seguir para disminuir la morbimortalidad. **OBJETIVO.** Identificar el nivel de conocimiento del cuidador de niños menores de 5 años sobre IRAS, en la UMF1 de la Delegación Aguascalientes. **MATERIALES Y MÉTODOS.** Se trata de un estudio transversal, observacional y descriptivo. Muestreo se realiza de tipo probabilístico aleatorio simple, incluirá a todo el cuidador de menores de 5 años que acudan a los servicios de EMI, Medicina Preventiva y Consulta Externa de la UMF 1 de la Delegación Aguascalientes en el mes de diciembre, el tamaño de la muestra se determinó con la fórmula para proporciones poblacionales con margen de error de 5% y nivel de confianza de 99%, una p de 0.5, tamaño de la población 1195, con muestra de 290. **RESULTADOS.** De los encuestados sexo femenino con 250(86.2%) vs masculino 40(13.8%); edad promedio 26 a 35 años, (30.6%); respecto a conocimiento general se obtuvo un 3.8% como si sabe vs 96.2% que no saben; medidas generales y factores de riesgo solo el 17.2% tiene conocimiento vs 72.8% que no; complicaciones y datos de alarma encontramos un 12%, con conocimiento vs 88% sin el suficiente conocimiento. A nivel global se obtuvo un 0.7% con un nivel adecuado de conocimiento y un 99.3% sin un buen nivel de conocimiento. **CONCLUSION.** Se determina que los cuidadores de menores de 5 años de la UMF1 Aguascalientes, no tienen un buen nivel de conocimiento general sobre las IRAS, así como de sus factores de riesgo así como datos de alarma y complicaciones. **PALABRAS CLAVE.** Conocimiento / Cuidador / IRAS / Conocimiento general / Factores de riesgo / Complicaciones / Datos de alarma.

5. ABSTRACT

BACKGROUND. Higher Acute Respiratory Infections (IRAS) are among the main demands of consultation in the first level, as well as in the emergency service, and especially in the age of population under 5 years. It is one of the main diseases with greater recurrence, complications, likewise it has a high rate of self-medication, by the caregiver, with inadequate management and high rate of hospitalization, as well as being one of the causes of serious complications. The WHO in 2015 reports that 2.7 million children die before 5 years, more than half are avoidable, if there was access to interventions. Among the main causes of mortality in children under 5 years old, the IRAS are ranked 2nd in the world (16%). (WHO 2016). Descriptive, cross-sectional, and mixed studies agree that there is a decrease in mortality in children under 5 years of age, however the level of knowledge of the caregiver about the child's care must be analyzed in a timely manner. Its symptoms, initial management, data of alarm to know the real situation and determine the actions to follow to reduce morbidity and mortality. **OBJECTIVE.** Identify the level of knowledge of the caregiver of children under 5 years of age about IRAS, in the aUMF1 of the Aguascalientes Delegation. **MATERIALS AND METHODS.** It is a cross-sectional, observational and descriptive study. Sampling is carried out in a simple random probabilistic type, it will include all the caregiver of children under 5 years of age who attend the EMI, Preventive Medicine and External Consultation services of the UMF 1 of the Aguascalientes Delegation in December, the size of the sample was determined with the formula for population proportions with a margin of error of 5% and a confidence level of 99%, a p of 0.5, a population size of 1195, with a sample of 290. **RESULTS.** Of the respondents, female sex with 250 (86.2%) vs male 40 (13.8%); average age 26 to 35 years, (30.6%); Regarding general knowledge, 3.8% were obtained as if they know vs. 96.2% that they do not know; general measures and risk factors only 17.2% have knowledge vs. 72.8% that do not; complications and alarm data we found 12%, with knowledge vs 88% without sufficient knowledge. At a global level, 0.7% was obtained with an adequate level of knowledge and 99.3% without a good level of knowledge. **CONCLUSION.** It is determined that the caregivers of children under 5 years of the UMF1 Aguascalientes, do not have a good level of general knowledge about the IRAS, as well as their risk factors as well as alarm data and complications. **KEYWORDS.** Knowledge / Caregiver / IRAS / General knowledge / Risk factors / Complications / Alarm data.

6. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) se encuentran entre las principales demandas de consulta en primer nivel, así como en el servicio de urgencias, y sobre todo en la edad de población de menores de 5 años. Es una de las principales enfermedades con mayor recurrencia, complicaciones, así mismo presenta un alto índice de automedicación, por parte del cuidador, con manejo inadecuado y alto índice de hospitalización, así como constituye una de las causas de graves complicaciones. La OMS en 2015 reporta que 2.7 millones de niños mueren antes de 5 años, más de la mitad son evitables, si hubiese acceso a intervenciones. Dentro de las principales causas de mortalidad en menores de 5 años, las IRAS se ubican en el 2º lugar a nivel mundial (16%).

La OMS en el ODM (Objetivos de desarrollo del Milenio) 2015 en el Plan de Acción Integrado para la Prevención y la Lucha contra la Neumonía y la Diarrea se centra en dos de las principales causas de mortalidad de los menores de cinco años, que en conjunto son responsables del 24% de todas las muertes de niños de ese grupo de edad.^{1,25}

El cuidador de niños menores de 5 años con IRAS, constituye uno de los pilares para el manejo adecuado de las patologías que conforman las IRAS, lo cual implica cuidados primarios, atención, detección de datos de complicaciones en cuadros clínicos.

En la UMF1 de la delegación Aguascalientes existe una población infantil total de 212933 menores de 15 años, considerados como población pediátrica, con 69219 menores de 5

Dentro del registro de la unidad UMF1 en el departamento de ARIMAC se tuvieron como principales motivos de consulta en 2016 como 2ª causa de consulta con 39 558, solo por debajo de HAS. Se cuentan acciones de vacunación y medicina preventiva dirigidas para - prevención de IRAS, en la población de menores de 5 años, uno de los extremos de la vida que presentan alto riesgo de complicaciones, los cuales dependen del cuidado de madres y/o cuidadores primarios, constituyendo así factor importante para el manejo adecuado, asistencia a los servicios de salud, detección de datos de alarma, así como administración de tratamiento y medidas, sobre todo considerando que el número de consultas por cuadros de IRAS y complicaciones secundarias sigue siendo parte de las principales causas de consulta en primer nivel así como un alto índice de morbilidad en menores de 5 años.

7. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

ROMERO Y COLS (1999) en su estudio “Creencias sobre Infecciones Respiratorias en niños menores de cinco años”. El objetivo fue conocer como las madres de comunidades indígenas de diferentes regiones del estado de Oaxaca, perciben e identifican a las IRAS, y a qué prácticas médicas recurren. La muestra estuvo conformada por madres de dos comunidades diferentes de Oaxaca cuyos niños sean menores de cinco años y que tengan algún antecedente o presenten algún cuadro de infección respiratoria aguda en el último año. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario con preguntas. Las consideraciones finales fueron entre otras: el desconocimiento de las percepciones maternas del proceso de salud -enfermedad, atención de la IRA, puede hacer que las actividades de capacitación, prevención y control, planteados bajo el módulo biomédico, les resultan ajenos, contribuyendo a mantener la morbilidad en sus comunidades. ²

CORDERO Y COLS (2001) En su estudio Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud ya la madre(o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, de tipo descriptivo donde se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende niños menores de 5 años así como de los cuidadores (generalmente madres), en relación al manejo de casos de infecciones respiratorias agudas. Se obtuvo la conclusión de que la comunicación con los cuidadores de los niños fue la principal debilidad del personal de salud. Se describen varias conductas de los cuidadores con relación a momentos críticos para la toma de decisiones relevantes para la salud del niño como la identificación de datos de alarma, datos de complicación de la enfermedad, logrando así que se fundamente la necesidad de una capacitación de calidad (teórico/práctica), en centros de capacitación clínica. ³

PULGARIN Y COLS (2011) en su estudio Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años, donde se estudiaron 48 cuidadores donde se tenía como objetivo identificar los conocimientos y prácticas que tienen el cuidador del niño, realizándose entrevista a cuidador de menores

de 5 años con un instrumento construido con base en las variables y aspectos relacionados con los conocimientos y prácticas sobre IRAS abordados en la estrategia de Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) comunitario, se llegó a la conclusión de que los conocimientos y prácticas en los cuidadores fueron inadecuados. ⁴

FERREIRA Y COLS (2013) En su estudio Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México, cuyo objetivo fue describir signos de alarma identificados por padres o cuidadores, utilizaron análisis de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 y de la Encuesta Nacional de Salud. Los resultados demostraron que la prevalencia disminuyó entre 2006-2012 (47-44.9%). La fiebre fue el principal signo de alarma (28.6%) reconocido por padres o cuidadores en contraste con "respira rápido" (10.2%) y "no puede respirar" (20.9%). Llegaron a las conclusiones de que existen necesidades de capacitación, principalmente a nivel comunitario para continuar con la disminución de cuadros y complicaciones, ya que a nivel global solamente 1 de cada 5 padres o cuidadores identifican signos de alarma, lo cual refleja la necesidad de sensibilización y conocimiento en la población para motivar la demanda oportuna de consulta y evitar complicaciones, así como disminuir la morbilidad y mortalidad. ⁵

INGRAM y COLS. (2013) llevaron un estudio descriptivo, denominado Parents information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: a qualitative study, donde concluyeron que una amplia gama de percepciones influyen en la probabilidad de que los padres busquen la ayuda de la atención primaria para un niño con sintomatología de IRAS; las percepciones son similares entre los grupos socioeconómicos. La experiencia, la confianza y la eficacia de los padres influyen en la probabilidad de consultar la atención primaria para la IRAS de su hijo. Los padres valoran el consejo consistente de una fuente de confianza que se ocupa de las preocupaciones comunes y apoya el cuidado en el hogar y la toma de decisiones acerca de la ayuda que busca, por lo cual es indispensable que los padres tengan conocimiento de las IRAS, datos de alarma, para acudir y evitar complicaciones, y disminuir de forma significativa la morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población infantil. ⁶

GARCINUÑO Y COLS (2015) En el estudio denominado Opiniones y expectativas de los padres respecto a las infecciones respiratorias agudas de lactantes y pre-escolares. Influencia en la disposición a consultar, cuyo objetivo fue describir las opiniones y expectativas de los padres relacionadas con la disposición a consultar por infecciones respiratorias agudas de lactantes y preescolares. Se diseñó un cuestionario que exploraba las opciones acerca de la frecuencia, sintomatología y gravedad y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas así como las expectativas respecto a la atención médica por esas enfermedades, y la disposición de los padres a consultar con el medico en distintas situaciones. Se realizó un análisis para identificar las variables más frecuentes, donde se encontró que la disposición a consultar por las infecciones respiratorias agudas de lactantes y pre-escolares se define por las opiniones y expectativas de los padres. ⁷

CAMPS Y COLS (2015) En su estudio descriptivo transversal Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Conocimiento materno, realizado con el objetivo de determinar el conocimiento que tienen las madres de lactantes acerca de las infecciones respiratorias agudas (IRA), con universo de 217 madres de lactantes de un grupo de trabajo en Guantánamo, mediante una encuesta diseñada y aplicada a las madres que acudieron a consultas de Puericultura o de Pediatría. Se llevó a la conclusión de que el conocimiento acerca de las IRAS es insuficiente y por consiguiente las prácticas son inadecuadas, así como que el total desconocimiento de los factores de riesgo en la génesis y empeoramiento de las IRA. ⁸

MODELOS Y TEORIAS QUE SUSTENTAN LAS VARIABLES

CONOCIMIENTO

El concepto de conocer desde la antigüedad ha sido uno de los grandes temas de la filosofía de todos los tiempos, dilucidar en qué consiste el acto de conocer, ¿cuál viene a ser la esencia del conocimiento?, ¿cuál es la relación cognoscitiva que coexiste entre el hombre y las cosas que lo rodean? Son muchas las definiciones que sobre conocimiento que existen, a pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo. La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, según esta definición, se puede afirmar entonces, que conocer es enfrentar la realidad. ^{9,10}

Hoy día se habla no sólo de que existen distintos tipos de conocimiento, como ya se ha descrito anteriormente, sino, que además existen tres niveles diferentes de conocimiento: sensible, conceptual y holístico. ⁹⁻¹¹

El primer nivel lo representa el nivel sensible que se sustenta de los sentidos, por ejemplo, al captar por medio de la vista las imágenes de las cosas con color, figura y dimensiones, las cuales se almacenan en nuestra mente y forman nuestros recuerdos y experiencias, estructurando de esta forma nuestra realidad interna, privada o personal. ⁹⁻¹¹

El segundo nivel corresponde al nivel conceptual, que se basa en concepciones invisibles, inmateriales y a la vez universales y esenciales. La principal diferencia existente entre estos dos primeros niveles radica en la singularidad y universalidad que caracterizan respectivamente a estos conceptos. Un ejemplo muy simple es la imagen de la madre de una persona en particular; esto es un conocimiento sensible, singular, debido a que ésta posee características y figura concreta, como su aspecto físico, su voz, entre otras, que podemos percibir a través de nuestros sentidos y que estructura una forma de conocimiento de carácter singular, pero además, se puede tener un concepto universal que abarca todas las madres (el ser maravilloso capaz de albergar en su cuerpo la semilla de una nueva vida) y, por lo tanto, no tiene una forma específica o concreta, es un concepto abstracto que nos permite categorizar el mundo que nos rodea. ⁹⁻¹¹

Por último, tenemos el nivel holístico, en este nivel no encontraremos colores, dimensiones, ni estructuras universales. Conocer a este nivel implica desplegar el carácter sido-siendo de las cosas, las cosas están en cada situación, indisolublemente ligadas al fondo o abierto en el que se manifiesta. Por tal razón buscar conocimiento científico de cualquier cosa, es entonces, desplegar explícitamente el plexo en que la cosa se presenta y dinámicamente se sostiene. ^{9, 10}

Existen varios tipos de conocimiento, entre ellos el conocimiento científico, ésta forma particular de conocimiento supone una imagen, una teoría de la ciencia que trate de explicar la naturaleza, la diversidad, los orígenes, los objetivos y limitaciones del conocimiento científico. La epistemología es una actividad intelectual que reflexiona sobre la naturaleza de la ciencia, sobre el carácter de sus supuestos, es decir, estudia y evalúa los problemas cognoscitivos de tipo científico. ¹⁰

Una de las funciones de la epistemología es estudiar el origen del conocimiento, pero en este campo no se ha podido llegar a un acuerdo. Cuatro son las escuelas epistemológicas que plantean su posición en cuanto al origen del conocimiento. Estas doctrinas son: el racionalismo, el empirismo, la fenomenología y la hermenéutica.⁹

El Racionalismo. Sostiene que el conocimiento tiene su origen en la razón, afirma que un conocimiento sólo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. En tal sentido se afirma que la razón es capaz de captar principios evidentes de los cuales luego deduce otras verdades. Se afirma que existen ideas innatas, es decir que nacemos con ciertos contenidos, estructuras que son comunes en todos los hombres. Tiene sus principales exponentes en Platón, Descartes, Spinoza, Leibnitz y Popper.⁹

El Empirismo reconoce como única causa del conocimiento humano es la experiencia, bajo tal supuesto el espíritu humano, por naturaleza, está desprovisto de todo conocimiento, por lo tanto, no existe ningún tipo de conocimiento innato. Una de las corrientes filosóficas procedentes del empirismo, que destaca por su importancia, es el Positivismo (y el Positivismo Lógico), que indica que la ciencia es el conocimiento de los hechos, de los sucesos observables y medibles. El empirismo y el positivismo tienen sus principales representantes en Bacon, Locke, Hume, Berkeley, Comte y el Círculo de Viena.^{9, 10}

La Fenomenología replantea los principios del empirismo dándoles nueva vida y significado, el conocimiento no es producto de la simple experimentación ni es el resultado de las impresiones sensoriales, el conocimiento es el resultado de la vivencia, de la participación en el objeto de estudio, ya el observador no será un ente pasivo, dedicado a la simple medición y recolección de datos, ahora es parte del objeto de estudio y la vivencia de éste es parte del proceso de comprensión del fenómeno. Recoge todas las formas de racionalidad y experiencia que se dan en la actitud natural. La fenomenología tiene en Husserl su fundador y principal exponente, otro filósofo destacado fue Heidegger, quien fue discípulo de Husserl y quien lo sustituyó en su cátedra de la Universidad de Friburgo.¹¹

La Hermenéutica, es descrita desde la óptica del acceso al conocimiento a través del “estudio” de las construcciones discursivas de un autor, una ciencia, una cultura, etc., con el propósito de comprender su significado (sentido), en tal sentido, la hermenéutica sostiene la no existencia de un saber objetivo, transparente ni desinteresado sobre el mundo. Tampoco el ser humano es un espectador imparcial de los fenómenos. Antes bien, cualquier conocimiento de las cosas viene mediado por una serie de prejuicios, expectativas

y presupuestos recibidos de la tradición que determinan, orientan y limitan nuestra comprensión. La hermenéutica acepta la finitud de la voluntad y la cognición humana, pretende recuperar el juicio reflexivo como forma de conocer, para ello tiene al discurso como objeto de estudio. Tiene su principal exponente a Gadamer. ^{10, 11}

Venzin et al (1998) analiza la naturaleza del conocimiento según tres epistemologías: la cognitiva, la conexionista y la constructivista. Así hacen referencia a distintas formas de concebir la organización y el conocimiento. ⁹

TIPOS DE CONOCIMIENTO.

Existen múltiples clasificaciones sobre tipos de conocimiento. Ver Tabla 1.

Conocimiento empírico: el conocimiento basado en la experiencia y la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no por pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes. ⁹

Conocimiento científico: es un saber crítico con fundamentos, metódico, es verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. ^{9, 10}

Estudios	Tipos de conocimiento
Blackler (1995)	- Conocimiento cerebral (<i>embrained</i>) - Conocimiento corporal (<i>embodied</i>) - Conocimiento incorporado en la cultura (<i>encultured</i>) - Conocimiento incrustado en las rutinas (<i>embedded</i>) - Conocimiento codificado (<i>encoded</i>)
Nonaka y Takeuchi (1995)	- Conocimiento armonizado (de tácito a tácito) - Conocimiento conceptual (de tácito a explícito) - Conocimiento operacional (de explícito a tácito) - Conocimiento sistémico (de explícito a explícito)
Spender (1996)	- Conocimiento consciente (explícito e individual) - Conocimiento objetivo (explícito y social) - Conocimiento automático (implícito e individual) - Conocimiento colectivo (implícito y social)
Teece (1998)	- Conocimiento tácito/ Conocimiento codificado - Conocimiento observable /Conocimiento no observable en su uso - Conocimiento positivo / Conocimiento negativo - Conocimiento sistémico / Conocimiento autónomo
Zack (1999)	- Conocimiento <i>declarativo</i> - Conocimiento de procedimiento - Conocimiento causal
De Long y Fahey (2000)	- Conocimiento humano - Conocimiento social - Conocimiento estructurado
Nonaka <i>et al.</i> (2000)	- Activos de conocimiento basados en la experiencia - Activos de conocimiento conceptual - Activos de conocimiento sistémico - Activos de conocimiento basados en las rutinas

Tabla 1. Clasificaciones de tipos de conocimiento. ⁹

Conocimiento explícito: es aquel que sabemos que tenemos y para ejecutarlo somos conscientes de ello, por lo cual es más fácil de transmitir o representarlo en un lenguaje, debido a que sus características son ser estructurado y esquematizado.⁸

Conocimiento tácito: conocido también como conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que se pueda implementar y ejecutar de forma mecánica, sin darnos cuenta de su contenido.^{8,9}

Conocimiento intuitivo: definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción.⁹

Conocimiento revelado: este conocimiento implica que los fenómenos que envuelve son inteligibles, implicando para ello, siempre una actitud de fe, con un lazo en el comportamiento humano, generalmente se da sobre algo oculto o un misterio que se desea manifestar o dar a conocer.^{8,9}

En el conocimiento se hallan frente a frente la conciencia y el objeto, el sujeto y el objeto. El conocimiento se presenta como una relación entre estos dos miembros, que permanecen en ella eternamente separados el uno del otro. El dualismo de sujeto y objeto pertenece a la esencia del conocimiento. La relación entre los dos miembros es a la vez una correlación. El sujeto sólo es sujeto para un objeto y el objeto sólo es objeto para un sujeto. Ambos sólo son lo que son en cuanto son para el otro. La función del sujeto consiste en aprehender el objeto, la del objeto en ser aprehensible y aprehendido por el sujeto.¹⁰

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad. El primer nivel de conocimiento tiene su punto de partida en la búsqueda (o aprendizaje inicial) de información acerca de un objeto de estudio o investigación. A este nivel lo hemos denominado instrumental, porque emplea instrumentos racionales para acceder a la información; las reglas para usar los instrumentos conforman el nivel técnico; el uso crítico del método para leer la realidad representa el nivel metodológico; el cuerpo conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye el objeto de estudio representa el nivel teórico; las maneras en que se realiza este proceso dan por resultado el nivel epistemológico; las categorías con que nos acercamos a la realidad nos ubican en el nivel gnoseológico; y, finalmente, la concepción del mundo y del hombre que se sustenta constituye el nivel filosófico del conocimiento.⁹⁻¹¹

Estos niveles de conocimiento sintetizan los grados de abstracción que alcanza el hombre cuando se constituye en sujeto cognoscente.^{9, 11} Ver figura 1.

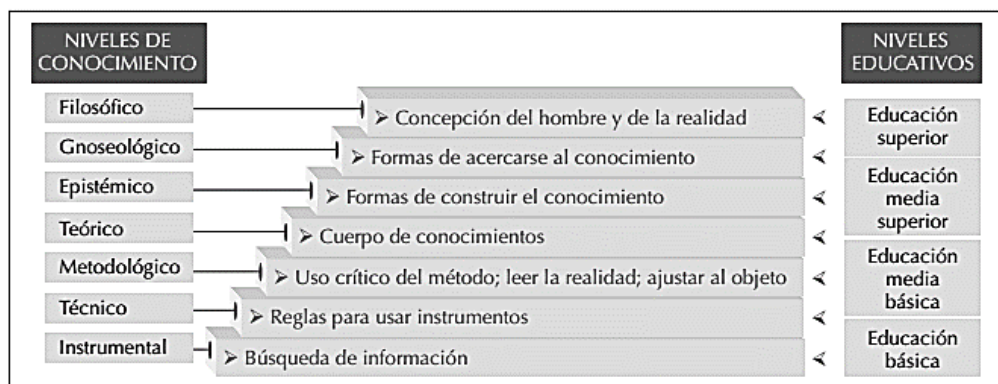


Figura 1. Niveles del conocimiento.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES

Las infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS) representan uno de los principales motivos de consulta en atención primaria en todo el mundo, principalmente durante la edad pediátrica. Se considera la primera causa de enfermedad, en México; igualmente es el primer motivo por el cual se busca atención médica. La enfermedad se presenta en todos los grupos etarios; sin embargo, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos; aproximadamente una tercera parte suceden en menores a 4 años de edad. Los niños presentan entre 2 a 4 episodios de infección respiratoria, anualmente; sin embargo, no es raro que presenten 5 a 8 episodios de refriado común al año.^{1, 12}

Se define como el conjunto de infecciones agudas, en un periodo inferior a los 15 días, que afecta al aparato respiratorio desde la nariz hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor a 15 días, frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacterias.¹²⁻¹⁴

Entre el 80 a 90% la etiología es viral (ENSANUD 2015); estos episodios de infección son generalmente benignos y se auto limitan en corto tiempo. En una proporción menor, entre 15 hasta 30% de los casos en niños y entre 5 hasta 20% en adultos, la etiología es bacteriana: Streptococcus pyogenes (Streptococo β hemolítico del grupo A EBHA), Streptococcus Pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria meningitidis y Neisseria gonorrhoeae.¹²

Existen factores relacionados con la infección respiratoria aguda entre los cuales están:¹³

- Variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad ambiental.
- Hacinamiento.
- Desnutrición.
- Contaminación del medio ambiente.
- Uso inadecuado de antibióticos y autoformulación.
- Factores intrínsecos del huésped.
- Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones.
- Falta de lactancia materna

El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración) o a través de la sangre.^{12,15}

Dentro de sus síntomas más frecuentes se encuentran tos, disnea, rinorrea, obstrucción nasal, coriza, fiebre, odinofagia, otalgia, signos y síntomas tanto locales como generalizados cuya intensidad está asociada con la severidad del cuadro. Todas las personas a lo largo de la vida son susceptibles de sufrir IRA. Su transmisión es frecuente de persona a persona a través de la inhalación de aerosoles, gotas con gérmenes provenientes de personas infectadas o de fómites.¹⁵

Se consideran como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones:

1. Resfriado común.
2. Faringitis y Faringoamigdalitis.
3. Otitis media aguda.

Las siguientes son incluidas en otras guías por su relevancia y por tener estructuras de vías superiores comprometidas. Sin embargo la GPC de IRAS solo incluye las anteriores como diagnósticos de vías aéreas superiores.^{12,15}(Ver Figura 2)

La mayor contagiosidad es al inicio de la sintomatología y mientras el paciente se encuentra en el periodo febril. El contagio puede ser:

- Por contacto directo de persona a persona, especialmente a través de gotas de secreciones respiratorias de aproximadamente 5 μ m, que alcanzan hasta un metro de distancia y que se expulsan desde la persona-fuente, cuando ésta tose o estornuda.

- En situaciones especiales, durante procedimientos generadores de aerosoles la transmisión puede ocurrir en distancias superiores a un metro.
- Por contacto indirecto con objetos que han sido tocados por las manos de las personas enfermas.

Dentro de las medidas que se recomiendan para prevenir y disminuir el contagio son:

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Evitar que los niños con resfriado común compartan juguetes o chupones, así como lavar estos objetos con agua y jabón cuantas veces sea posible.
- Promover que todos los visitantes se laven las manos antes de entrar en contacto con los niños.
- Evitar el contacto con personas que están cursando con enfermedades respiratorias agudas o fiebre¹⁵

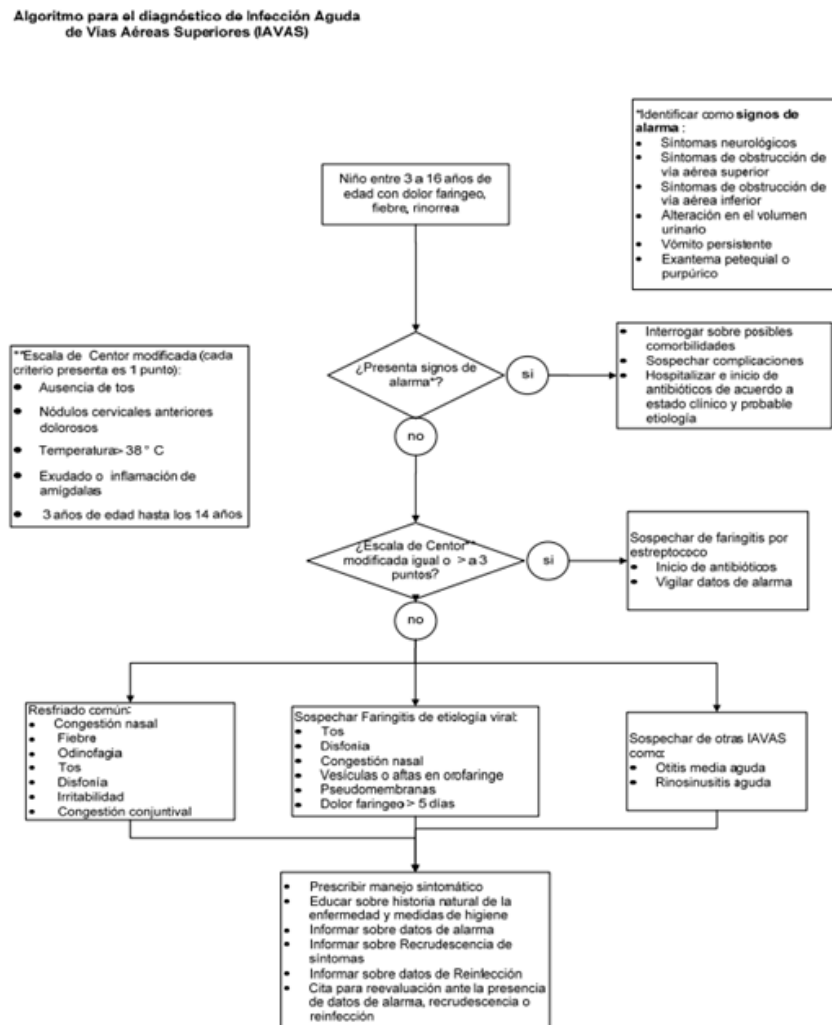


Figura 2 Algoritmo para diagnóstico de Infección respiratoria aguda de vías superiores.¹²

Durante el curso de IRAS, se recomienda una nueva valoración médica si el niño presenta alguna de las siguientes condiciones ^{12,13}:

- Persistencia de la fiebre durante más de 3 días
- Exacerbación de la sintomatología inicial o aparición de nuevos síntomas después de 3 a 5 días de evolución de la enfermedad.
- Falta de mejoría después de 7 a 10 días de iniciada la enfermedad¹⁵

Los pacientes con IRAS que deben recibir atención inmediata en el servicio de urgencias del primer o segundo nivel de atención médica son aquellos con datos de alarma: (ver tabla 2)

CUADRO 2. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD GRAVE

	Menores de 3 meses	3 meses a < de 4 años	4 años hasta adolescencia
Dificultad respiratoria	Quejido Tiros Cianosis Estridor con síntomas de laringotraqueitis que no mejoran con medidas conservadoras. Taquipnea:> 60 por minuto	Tiros Cianosis Disnea ostensible Taquipnea :> 50 por minuto en niños de 3 a 11 meses 40 por minuto en niños de 1 a 5 años Respiración superficial Dificultad para deglutir Sibilancias a distancia • estridor con síntomas de laringotraqueitis que no mejoran con medidas conservadoras	Tiros Cianosis Disnea moderada a severa Taquipnea (> 40 por minuto en niños de 1 a 5 años) Respiración superficial dificultad para deglutir Sibilancias a distancia Sialorrea Disfonía Sensación de que se está cerrando la garganta.
Respuesta a estímulos y actividad	Flácido letárgico No puede despertar o mantenerse despierto Llanto débil o succión débil Inconsolable Rechazo al alimento	No reactivo Estado de alerta disminuido No puede despertar o mantenerse despierto Actividad ostensiblemente disminuida Muy letárgico •Somnolencia excesiva Inconsolable •Llanto débil o succión débil (si es lactante) •Rechazo al alimento	Confuso Estado de alerta disminuido Actividad ostensiblemente disminuida Rechaza comer Muy letárgico Somnolencia excesiva No puede despertar o mantenerse despierto No reactivo
Deshidratación y vómito	Escaso número de pañales húmedos en un periodo mayor a 8 horas	Sin micción en un periodo de 6 a 8 h (en < de 1 año de edad) • Sin micción en un periodo de 12 (en > de 1 año de edad)	Anuria por > 12 h
Signos meníngeos		Rigidez de nuca Vómito persistente	Rigidez de nuca Vómito persistente • Cefalea intensa
Otros	Exantema petequeal o purpúrico	Exantema petequeal o purpúrico	Poliuria y baja ingesta de líquidos • Exantema petequeal o purpúrico

Fuente: Snellman L, Adams W, Anderson G, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. Updated January 2013.

TABLA 2. Signos y síntomas de enfermedad grave

RESFRIADO COMUN (RINOFARINGITIS AGUDA)

Es una inflamación de la mucosa nasal y faríngea, una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamado también como catarro común, resfrío, rinofaringitis o nasofaringitis, aunque en algunos casos estos términos resultan inapropiados pues no siempre el resfriado común compromete la faringe; mal llamada “gripa”, constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores. Suele encontrarse a lo largo de todo el año, tiende a estacionarse. Se presenta principalmente durante el invierno en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable ^{12,15-17}

El resfriado común es una enfermedad que se autolimita, típicamente dura entre 5 a 14 días y se caracteriza por combinación de algunos de los siguientes signos y síntomas. ^{12, 15,16}

- Rinorrea
- Tos
- Fiebre
- Odinofagia

Otros síntomas, menos frecuentes, que pueden estar presentes son:^{14, 16}

- Malestar general
- Disminución del apetito
- Cefalea
- Irritabilidad

Se propaga por contacto directo o con fómites de origen respiratorio con una mayor contagiosidad al inicio de la sintomatología y durante el periodo febril. ¹⁶

Dentro de las medidas que se recomiendan para prevenir y disminuir el contagio son:

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Evitar que los niños con resfriado común compartan juguetes o chupones, así como lavar estos objetos con agua y jabón cuantas veces sea posible.
- Promover que todos los visitantes se laven las manos antes de entrar en contacto con los niños.
- Evitar el contacto con personas que están cursando con enfermedades respiratorias agudas o fiebre.

- El lavado de manos o el uso de alcohol gel es la estrategia más efectiva para prevenir la propagación

La asistencia a guardería aumenta la frecuencia, gravedad y duración del resfriado común e incrementa el riesgo de infecciones respiratorias secundarias (altas o bajas). ¹²

Se recomienda una nueva valoración médica si el niño presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Persistencia de la fiebre durante más de 3 días
- Exacerbación de la sintomatología inicial o aparición de nuevos síntomas después de 3 a 5 días de evolución de la enfermedad.
- Falta de mejoría después de 7 a 10 días de iniciada la enfermedad

El manejo del resfriado común incluye medidas generales de hidratación, cuidados generales, y recomendaciones como: ¹⁶

- Las irrigaciones salinas nasales pueden ser útiles en el tratamiento de los pacientes con una infección aguda del tracto superior.
- Se recomienda el uso de paracetamol como medicamento de elección para el manejo de la fiebre.
- No se recomienda utilizar los siguientes medicamentos en el manejo del resfriado común:
 - Antitusígenos
 - Descongestionantes
 - Antihistamínicos
 - Spray nasal de bromuro de ipratropio.
 - Vitamina C
 - Gluconato de zinc

Se debe evitar el uso de ibuprofeno y de ácido acetilsalicílico en los siguientes casos con antecedente de enfermedad ácido-péptica, asma o insuficiencia renal y/o niños con síndrome de Reye. ¹³

En pacientes con infección de vías respiratoria donde los médicos no cuentan con la certeza en la prescripción de antibióticos inmediatamente, se aconseje acudir a reevaluación, si los síntomas no se resuelven o presenta datos de alarma. ¹²

FARINGOAMIGDALITIS

Es un proceso febril agudo que se caracteriza por la inflamación de las mucosas del área faringoamigdalina y la presencia de eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Clínicamente existen 3 entidades principales que son: amigdalitis, nasofaringitis y faringoamigdalitis. Existen muchos virus y bacterias que pueden producir faringoamigdalitis aguda, en su mayoría los virus con una evolución benigna y autolimitada. Dentro de las bacterias la más importante y en la que el tratamiento antibiótico está indicado es el *Streptococo beta hemolítico del grupo A (EbHGA)* o *Streptococcus pyogenes*.^{12,18}

La faringitis por EBHGA (*Streptococo β hemolítico del grupo A: EBHA*) es infrecuente en niños < a tres años de edad y rara en menores de 18 meses de edad, por lo que es más frecuente entre 3–14 años de edad.¹²

Las características clínicas sugestivas de infección por *Streptococcus pyogenes* (*Streptococo β hemolítico del grupo A: EBHA*) son:

- Dolor faríngeo agudo
- Fiebre
- Cefalea
- Náusea
- Vómito
- Inflamación amigdalina
- Exudado amigdalino purulento
- Petequias palatinas
- Adenitis anterior cervical
- Rash escalatiniforme
- Dolor abdominal
- Edad entre 5 y 15 años
- Presentación en invierno o inicio de verano
- Historia de exposición a faringitis estreptocócica

Existe la puntuación de Centor modificada la cual ayuda a determinar el riesgo de se infección por EBHA: Ver tabla 3,

DATOS CLINICOS Y EPIDEMIOLOGICOS	PUNTUACION DE ACUERDO AL NUMERO DE SIGNOS Y SINTOMAS
EXUDADO FARINGEO INBFLAMACION AMIGDALINA O EXUDADO	1
NODULOS DOLOROSOS(ADENOPATIAS) CERVICALES ANTERIORES DOLOROSOS E INFLAMADOS	1
FIEBRE MAYOR A 38° C	1
AUSENCIA DE TOS	1
EDAD ENTRE 3-14 AÑOS	1
EDAD 15-44 AÑOS	0
EDAD >44 AÑOS	1
ALTA PROBABILIDAD de infección por estreptococo con criterios Centor de 3-5, el médico pueden considerar el uso de la prueba rápida de detección de antígeno de EBHGA	BAJA PROBABILIDAD de infección por estreptococo con criterios de Centor entre 0-2, el uso de rutina de la prueba rápida de detección de antígeno de EBHGA no ofrece mayor certeza diagnóstica

Tabla 3. Escala de puntuación de Centor. ¹²

Tratamiento

La prescripción de ibuprofeno o acetaminofén (paracetamol) son recomendables para el alivio sintomático de la faringitis aguda. ^{12, 16}

En pacientes con infección de vías respiratoria donde los médicos no cuentan con la certeza en la prescripción de antibióticos inmediatamente, se aconseje acudir a reevaluación, si los síntomas no se resuelven o presenta datos de alarma. ¹⁶

La faringitis/amigdalitis por *Streptococcus pyogenes* requiere de tratamiento antimicrobiano apropiado para prevenir casos de fiebre reumática, complicaciones supurativas y minimizar el riesgo de casos secundarias ¹²

El tratamiento antimicrobiano que se recomienda para la faringitis estreptocócica es: ¹²

- Niños < de 27 kg: Penicilina G benzatínica: 600,000UI IM dosis única.
- Niños > de 27kg: Penicilina G benzatinica: 1,200,000UI IM dosis única:

Como alternativa bencilpenicilina procaínica con bencilpenicilina cristalina (Penicilina procaínica) por 3 dosis (una cada 24h) más una dosis de penicilina benzatinica de la siguiente manera: ¹²

1. En niños < de 20kg: bencilpenicilina procaínica con bencilpenicilina cristalina (Penicilina procaínica) 400,000UI intramuscular cada 24 horas por 3 días, más una dosis de penicilina benzatinica 600,000UI Intramuscular el cuarto día de tratamiento.

2. En niños > de 20kg: bencilpenicilina procaínica con bencilpenicilina cristalina (Penicilina procaínica) 800,000UI intramuscular cada 24horas por 3 días más una dosis de penicilina benzatinica 1,200,000UI Intramuscular el cuarto día de tratamiento, ó como alternativa: Penicilina VK: 40mg/Kg./día vía oral dividida en 2 o 3 dosis durante 10 días.

Las causas posibles de falla al tratamiento de la faringitis estreptocócica incluyen falta de apego al tratamiento, exposición repetida a los agentes, resistencia a antibióticos y existencia de co-patógenos.¹²

Se recomienda informar a los padres de pacientes con IAVRS que deben acudir a nueva valoración médica si: ¹⁶

- La fiebre persiste durante más de tres días
- Si el paciente con IAVRS presenta datos de alarma enviar al servicio de urgencias del segundo nivel de atención

Enviar a la consulta externa de pediatría a segundo nivel de atención si presentan:

- Faringitis estreptocócica y falla al tratamiento
- En los casos que se considere indispensable y no sea posible realizar cultivo faríngeo en el primer nivel de atención ¹²

OTITIS MEDIA AGUDA

La otitis media aguda (OMA) es una enfermedad el oído medio, de inicio súbito, que se caracteriza por la presencia de líquido, asociada a signos de inflamación local. Acompañada de inicio súbito de signos y síntomas de inflamación del oído medio: fiebre, irritabilidad, anorexia, otalgia y vómito. ^{19, 20}

La OMA constituye una de las principales IRAS en la edad pediátrica y representan una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo. Es causada por múltiples factores, que alteran la función de la trompa de Eustaquio y se incluyen; infecciones, alergia o barotrauma, las cuales estimulan la mucosa del oído medio y las células inflamatorias para la liberación de mediadores que ocasionan inflamación, con lo que las bacterias y los virus de la nasofaringe, alcanzan el oído medio y condicionan OMA. Tiene mayor incidencia en invierno.²⁰

La etiología es viral en su mayoría, cuando es de origen bacteriano generalmente es precedida de infección viral en promedio 3-4 días previos, es más frecuente en menores de 2 años de edad por las condiciones anatómicas de la trompa de Eustaquio y la inmadurez del sistema inmune. Solo el 25% se identifica el microorganismo asociado. Se han identificado en su mayoría *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*, así como *Moraxella catarrhalis*. Y escasos bacilos gram negativos.¹⁹

Signos y síntomas iniciales a menudo son inespecíficos, el diagnóstico clínico es especialmente difícil en los niños menores de 2 años.¹⁹

Existen actualmente 3 vacunas conjugadas para los principales serotipos de neumococo, en México se aplica a menores de 2 años, incluidas en el esquema de vacunación, se cuenta con la de 10 y 13 serotipos. Son 3 dosis a los 2, 4 y 12 meses de edad.^{19, 20}

El diagnóstico se establece mediante:¹⁹

1. Presencia súbita de signos y síntomas
2. En la exploración física la identificación de abombamiento de membrana timpánica, disminución de la movilidad de la membrana timpánica.
3. Signos y síntomas de inflamación de la membrana timpánica

La otoscopia neumática tiene una sensibilidad del 94% y especificidad del 80% como método diagnóstico. Ver figura 3²⁰

El tratamiento antimicrobiano se basa a la flora microbiana presuntiva y los perfiles de resistencia microbiana locales.¹⁹ Ver tabla 4.

La línea de primera elección es la amoxicilina a dosis altas 80-90mg/kg de peso por día durante 5-10 días, según edad del menor.^{19, 20}

Se debe tener una vigilancia estrecha las primeras 48 a 72 hrs para evaluar la respuesta terapéutica y presencia de complicaciones.^{19, 20}

. MEDICAMENTOS, INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA AGUDA BACTERIANA EN NIÑOS

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo de uso
Antimicrobianos			
Amoxicilina trihidratada	80-90 mg/Kg/día en 3 dosis	250 mg en 5 mL o 125 mg en 5 mL	5 - 10 días
Amoxicilina trihidratada/clavulanato de potasio	80-90 mg/Kg/día de amoxicilina, en 2 o 3 dosis	250 ó 125 mg 62.5 ó 31.25 mg	5 - 10 días
Ceftriaxona	50 a 75 mg/Kg/día	Solución inyectable, cada frasco ampula con polvo que contiene ceftriaxona sódica equivalente a 1 gramo	3 días
Clindamicina	25-40 mg/kg-día en 3-4 dosis	75 mg en 5 mL 300 y 600 mg en cápsulas	10 días
Analgésicos-Antitérmicos			
Acetaminofen	10-15 mg/Kg/dosis	100 mg en 1 mL 500 mg en tableta	En caso de fiebre o dolor
Ibuprofeno	5-10 mg/Kg/dosis (dosis máxima 40 mg/Kg/día)	200 mg en 10 mL 400 mg, 600 mg y 800 mg en grajeas	En caso de fiebre o dolor

Tabla 4. Medicamentos en Otitis media

8. JUSTIFICACIÓN

La IRAS constituyen uno de los temas prioritarios, ya que se cuenta entre las principales demandas de consulta en primer nivel, así como en el servicio de urgencias, y sobre todo en la edad de población de menores de 5 años. Es también una de las principales enfermedades con mayor recurrencia, complicaciones, así mismo presenta un alto índice de automedicación, por parte del cuidador, con manejo inadecuado y alto índice de hospitalización. La OMS en 2015 reporta que 2.7 millones de niños mueren antes de 5 años, más de la mitad son evitables, si hubiese acceso a intervenciones. Dentro de las principales causas de mortalidad es la 2ª causa con un 16%.¹

El cuidador es uno de los principales pilares para la atención del menor de 5 años, ya que dicha población constituye una de las poblaciones desprotegidas y que requieren cuidador primario para acudir a recibir atención primaria, así como para describir el cuadro clínico, llevar un tratamiento médico y cuidados adecuados, así como para la identificación de datos de alarma y complicaciones.

En la revisión de antecedentes se plasman estudios en varios países como Bolivia, Colombia, Cuba, Reino Unido, España, y en propio México, en Oaxaca, en los cuales se describe la relevancia del cuidador como principal factor en la morbilidad de las IRAS en menores de 5 años, estudios descriptivos en los cuales se plasma el papel del cuidador primario, así como el conocimiento sobre las IRAS y la trascendencia en la morbilidad de los menores de 5 años de edad.

En la UMF 1 de la delegación Aguascalientes se tiene una población de 69219 menores de 5 años adscritos, en el 2016 el registro del departamento de ARIMAC, pondera a las IRAS ocupó el 3er lugar general de principales motivos de consulta.

El presente trabajo tendrá un impacto significativo, ya que se medirá el nivel de conocimiento en cuidadores de menores de 5 años adscritos a la UMF de la delegación Aguascalientes respecto a las IRAS, para en un futuro obtener una estrategia que logre la disminución de la incidencia y complicaciones, y recurrencia a la consulta de primer nivel. Es primordial hacer énfasis en que en la entidad, no se tiene antecedente de estudio sobre este rubro en lo que respecta al nivel de conocimiento del cuidador de menores de 5 años sobre IRAS, Si se determina el nivel de conocimiento del cuidador primario, podremos determinar los conocimientos que tiene la población en estudio, y así delimitar los rubros en los cuales debemos hacer un énfasis para lograr una mejora significativa en el conocimiento y posteriormente lograr un impacto positivo para disminuir la morbilidad de IRAS en menores de 5 años en la unidad.

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

El cuidador de niños menores de 5 años con IRAS, constituye uno de los pilares para el manejo adecuado de las patologías que conforman las IRAS, lo cual implica cuidados primarios, atención, detección de datos de complicaciones en cuadros clínicos.

En la UMF1 de la delegación Aguascalientes existe una población infantil total de 212933 menores de 15 años, considerados como población pediátrica, con 69219 menores de 5 años hasta Junio de 2017.

El total de población de la UMF 1 corresponden al 8.69% de la población total, ocupando el 4º lugar de población total.

Dentro del registro de la unidad UMF1 en el departamento de ARIMAC se tuvieron como principales motivos de consulta en 2016 como 2ª causa de consulta con 39 558, solo por debajo de HAS. Se cuentan acciones de vacunación y medicina preventiva dirigidas para prevención de IRAS, en la población de menores de 5 años, uno de los extremos de la vida que presentan alto riesgo de complicaciones, los cuales dependen del cuidado de madres y/o cuidadores primarios, constituyendo así factor importante para el manejo adecuado, asistencia a los servicios de salud, detección de datos de alarma, así como administración de tratamiento y medidas, sobre todo considerando que el número de consultas por cuadros de IRAS y complicaciones secundarias sigue siendo parte de las principales causas de consulta en primer nivel así como un alto índice de morbilidad en menores de 5 años.

La UMF 1 tiene servicio de EMI, donde se lleva a cabo la revisión de niño sano, así como el servicio de medicina preventiva, donde al mes se tiene una atención a menores de 5 años para revisión y aplicación de esquemas de vacunación y medidas preventivas, y la consulta externa donde se brinda atención a menores de 5 años que son traídos por la madre o familiares cercanos, que fungen como cuidador.

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

Las IRAS son un conjunto de patologías del tracto respiratorio que se encuentran entre las principales demandas de consulta en primer nivel, así como en el servicio de urgencias, y sobre todo en la edad de población de menores de 5 años. Es una de las principales enfermedades con mayor recurrencia, complicaciones, así mismo presenta un alto índice de automedicación, por parte del cuidador, con manejo inadecuado y alto índice de hospitalización. La OMS en 2015 reporta que 2.7 millones de niños mueren antes de 5 años, más de la mitad son evitables, si hubiese acceso a intervenciones. Dentro de las principales causas de mortalidad en menores de 5 años, las IRAS se ubican en el 2º lugar a nivel mundial (16%).^{1,22}

La OMS en el ODM (Objetivos de desarrollo del Milenio) 2015 en el Plan de Acción Integrado para la Prevención y la Lucha contra la Neumonía y la Diarrea se centra en dos de las principales causas de mortalidad de los menores de cinco años, que en conjunto son responsables del 24% de todas las muertes de niños de ese grupo de edad. (25). Así mismo

el Consejo Ejecutivo publicó el 15 de Enero 2016 el Monitoreo del logro de los ODM, con un apartado especial donde se destacan los distintos objetivos y metas y se describe la situación respecto de la reducción de la mortalidad en la niñez mediante la prevención y el tratamiento de la neumonía, como se pide en la resolución WHA63.24 (Acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para reducir la mortalidad en la niñez: prevención y tratamiento de la neumonía, 2010); la prevención y la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal (resolución WHA64.13, Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal, 2011); la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos (resolución WHA63.17, Defectos congénitos, 2010); y el logro de la cobertura universal en la atención de la salud materna, del recién nacido y del niño (resolución WHA58.31, Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño, 2005).²¹

Las Guías de práctica clínica del IMSS, cuentan con un perfil claro, sobre el manejo inicial de dicho conjunto de patologías, se cuenta con la Guía de Práctica Clínica, Actualización 2016, diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-062-08 donde se detallan algoritmos diagnósticos, así como recomendaciones y manejo, así mismo cuenta con Guía de Práctica Clínica. Prevención. Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica: IMSS-496-11. 2015 y Guía Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de Faringoamigdalitis aguda. IMSS-073-08. Y la Guía de Práctica Clínica. Prevención. Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica: IMSS-496-11.

DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Con la información encontrada y citada en los artículos descriptivos dentro del marco teórico, se cuenta con estudios, los cuales abordaron las IRAS en menores de 5 años, en varios países como Bolivia, Colombia, Cuba, Reino Unido, España, y en propio México, en Oaxaca, en los cuales se describe la relevancia del cuidador como principal factor en la morbimortalidad de las IRAS en menores de 5 años, estudios descriptivos en los cuales se plasma el papel del cuidador primario, así como el conocimiento sobre las IRAS y la trascendencia en la morbimortalidad de los menores de 5 años de edad. Ingram y Cols en su estudio en 2013, estudio de Reino Unido describe como los padres de menores de 5 años según su experiencia y conocimientos acuden a atención primaria con los menores

de 5 años por cuadros de IRAS, Garcinuño y Cols en 2015 en su estudio en Asturias España, describen como las opiniones y expectativas de los padres de los menores de 5 años con IRAS influyen en su afluencia a los servicios de salud. En Bolivia Cordero y Cols describen como el conocimiento actitudes y prácticas de los cuidadores de los menores con IRAS influyen en momentos críticos para la toma de decisiones y una atención adecuada; en Colombia 2011 Pulgarin y Cols describen como el conocimiento y las prácticas del cuidador de menores con IRAS es inadecuado e influye en la morbilidad. Camps y Cols 2015 en Cuba llegan a la conclusión de que el conocimiento sobre IRAS en el cuidador de menores de 5 años es insuficiente e impacta de forma significativa en la prevalencia de las IRAS en la población infantil. En México en 1999 Romero y Cols se realizó estudio descriptivo en comunidad indígena en Oaxaca donde se llegó a la conclusión de que la percepción de las madres de los menores con IRAS mantienen la morbilidad de dicho grupo de patologías, considerándolas como un factor determinante en la morbilidad en la zona por dichas causas. Y en 2013 Ferreira y Cols describe los signos reconocidos por el cuidador son insuficientes a nivel global, al grado que solo se identifican 1 de 5 de los datos de alarma en cuadros de IRAS, lo cual no ayuda a disminuir la morbilidad.

En el estado de Aguascalientes no se cuenta con estudios similares sobre el conocimiento de IRAS en cuidadores de menores de 5 años, y considerando que la UMF 1 es una de las unidades con mayor derechohabientes, y donde se reporta en 2016 a las IRAS como 2º lugar en motivo de consulta en la unidad, y haciendo relevancia en que la historia natural de la enfermedad en estas patologías, culmina con la curación, sin embargo, por las medidas y cuidados otorgados en el hogar por los cuidadores, modifica el curso de la evolución, desviándolo, hacia complicaciones o reincidencias, que impactan de forma significativa los servicios, por lo cual es importante determinar el nivel del conocimiento del cuidador del menor de 5 años sobre IRAS en la UMF1 delegación Aguascalientes.

1. Distribución del problema

La OMS en 2015 reporta que 2.7 millones de niños mueren antes de 5 años, más de la mitad son evitables, si hubiese acceso a intervenciones. Dentro de las principales causas de mortalidad en menores de 5 años, las IRAS se ubican en el 2º lugar a nivel mundial (16%).^{1, 22}

La infección aguda de vías respiratorias superiores (IAVRS) es la primera causa de enfermedad en menores de 5 años, en México; igualmente es el primer motivo por el cual se busca atención médica.¹²

La enfermedad se presenta en todos los grupos etarios; sin embargo, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos; aproximadamente una tercera parte suceden en menores a 4 años de edad. Los niños presentan entre 2 a 4 episodios de infección respiratoria, anualmente; sin embargo, no es raro que presenten 5 a 8 episodios de resfriado común al año.¹²

El total de población de la UMF 1 es de 117950 los menores de 5 años corresponden al 8.69% de la población total, sin embargo es el 4º lugar de población total según la pirámide de población de derechohabientes de la unidad.

Dentro del registro de la unidad UMF1 en el departamento de ARIMAC, donde se realiza la captura y procesamiento de datos estadísticos de cada departamento de la unidad, se cuenta con registro con un total de diagnósticos por IRAS, que deja como principales motivos de consulta en 2016 y como 2ª causa de consulta con 39 558, solo por debajo de HAS.

2. Gravedad del problema

Según los datos obtenidos, de estudios previos, así como la epidemiología de las IRAS en menores de 5 años, a pesar de la aplicación de las mejoras a nivel de salud respecto a test diagnósticos, manejos y antibiótico terapia, así como de cuidados, sigue siendo un problema de salud, con alta demanda en primer nivel, con alta incidencia, alta tasa de complicaciones, que se pueden evitar, así como un incremento en el uso indiscriminado de antibiótico terapia, automedicación, que aumenta el riesgo de complicación y mortalidad, en patologías cuya historia natural, tienden a la mejoría en un lapso de tiempo determinado.

Las IRAS constituyen un grupo de patologías cuyo manejo y costo sería menor con los cuidados adecuados, que impactaría de forma positiva al sector salud, con un ahorro de recursos que actualmente se usan por complicaciones y hospitalización, que se pudiesen utilizar en otras patologías crónicas que requieren un mayor aporte de insumos. Además se contribuiría a disminuir de manera notoria la morbimortalidad de dichas patologías, por lo cual es imperioso determinar el nivel de conocimiento del cuidador, para lograr determinar el la situación de nuestra comunidad, la realidad de nuestro universo de

trabajo, para llevar a cabo pautas específicas que se obtendrán según los resultados del presente estudio, encaminadas a disminuir la prevalencia de las IRAS en menores de 5 años adscritos a la UMF1 delegación Aguascalientes.

3. Factores que influyen en el problema

Dentro de los factores que influyen en el problema están todas las ideas, conocimientos y practicas como la automedicación, donde el cuidador primario de los menores de 5 años con IRAS es el actor principal, iniciando de manera empírica, basándose en experiencias previas, recomendaciones de personas similares, con implementación de remedios caseros, herbolaria, hasta la medicación con dosis inadecuadas, lo cual genera aumento de riesgos para el menor de 5 años, riesgos que por sí solas cada una de las patologías que integra al grupo de IRAS, no sería capaz de generar en el paciente pediátrico, llegando en ocasiones a convertir un cuadro relativamente inocuo a un cuadro clínico complicando y alterando de manera importante la evolución natural de la enfermedad hacia comorbilidades o complicaciones secundarias, o bien, prolongando el estadio de la enfermedad en el paciente, y por consiguiente generando mayores gastos y considerablemente mayores riesgos al paciente pediátrico.

Con el presente trabajo se busca identificar el nivel de conocimientos del cuidador de niños menores de 5 años sobre IRAS, así como medir el nivel de conocimiento en lo que respecta a conocimiento general, medidas de prevención, datos de alarma y complicaciones de las patologías que integran este grupo, para que sirva como base para el desarrollo de cuadros de complicación, limitar el uso de antibióticos, evitar la automedicación, promover la prevención y por consiguiente la disminución de incidencia. Fomentar el manejo adecuado de autocuidados y datos de alarma de manera oportuna.

La información que se obtendrá con el presente estudio nos dará la pauta para continuar con la implementación de estrategias adecuadas y oportunas para las patologías que podemos lograr un manejo conjunto con el cuidador o el paciente para prevenir complicaciones y/o progresión de la enfermedad. De manera tal que ayude a decrecer los índices de morbilidad y mortalidad respecto a IRAS, y a otras enfermedades que a futuro se puedan aplicar estrategias educativas adecuadas a la población y la patología.

LISTA DE CONCEPTOS

IRAS: Infecciones respiratorias agudas superiores son el conjunto de infecciones agudas, en un periodo inferior a los 15 días, que afecta al aparato respiratorio desde la nariz hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor a 15 días, frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacterias

CONOCIMIENTO: cuerpo de verdades o hechos acumulados en el curso de tiempo, la suma de la información acumulada, en una civilización, periodo o país.

CUIDADOR: es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro. En este estudio será la persona a cargo del menor, cuyas responsabilidades son el cuidado primario, puede ser la madre, el padre, familiares consanguíneos.

FACTORES DE RIESGO: aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición medioambiental, o características innata o heredada que, basándose en la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud, que interesa prevenir.

10. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador de niños menores de 5 años sobre iras, adscritos a la UMF1 de Delegación Aguascalientes?

11. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador de niños menores de 5 años sobre IRAS en la UMF1 Aguascalientes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir el nivel de conocimiento sobre aspectos generales de IRAS en cuidador de niños menores de 5 años en la UMF1 Aguascalientes.

- Medir el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de IRAS en cuidador de niños menores de 5 años en la UMF1 Aguascalientes.
- Medir el nivel de conocimiento respecto a datos de alarma y complicaciones en IRAS en cuidador de niños menores de 5 años en la UMF1 Aguascalientes.
- Identificar las variables sociodemográficas de los cuidadores de menores de 5 años con IRAS en la UMF1 Aguascalientes.

12. HIPOTESIS

H1 HIPOTESIS GENERAL

El nivel de conocimiento del cuidador de niños menores de 5 años sobre IRAS en UMF1 Aguascalientes es bajo.

HIPOTESIS H0

El nivel de conocimiento del cuidador de niños menores de 5 años con IRAS en UMF1 Aguascalientes es alto.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

El nivel de conocimiento de cuidador de niños menores de 5 años respecto a aspectos generales es bajo.

El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de IRAS en cuidador de niños menores de 5 años en la UMF1 Aguascalientes es bajo.

El nivel de conocimiento respecto a datos de alarma y complicaciones de IRAS en cuidador de niños menores de 5 años en la UMF1 Aguascalientes es bajo.

ESPECIFICAS NULAS.-

El nivel de conocimiento de cuidador de niños menores de 5 años respecto a aspectos generales es alto.

El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de IRAS en cuidador de niños menores de 5 años en la UMF1 Aguascalientes es alto.

El nivel de conocimiento respecto a datos de alarma y complicaciones de IRAS en cuidador de niños menores de 5 años en la UMF1 Aguascalientes es alto

13. MATERIAL Y METODOS

1 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo transversal

2 Universo

Cuidadores de menores de 5 años en la UMF 1 IMSS Aguascalientes que acuden a Medicina Preventiva, EMI y Consulta externa.

3 Población de estudio

La población de estudio fueron los cuidadores de niños menores de 5 años con IRAS de la UMF 1 IMSS Aguascalientes. Considerando como cuidador a tutores legales, madre, padre, familiares consanguíneos mayores de edad que tengan a su cargo al menor.

4 Muestreo

Se desarrolló un muestreo probabilístico aleatorio simple, en donde se incluyeron a todo el cuidador de menores de 5 años que acuden a los servicios de EMI, Medicina Preventiva y Consulta Externa de la UMF 1 de la Delegación Aguascalientes en el mes de diciembre, considerando que por los datos del departamento de ARIMAC de la UMF1, el año pasado se obtuvo registro de 1195 consultas a menores de 5 años con diagnóstico de IRAS.

5 Tamaño muestra

El tamaño de la muestra se determinó con el número total de consultas del año anterior en el mes de diciembre del año anterior donde se tuvo registro de 1195 consultas con diagnóstico de IRAS.

Según los registros de finales del año 2015 y principios de 2016

Periodo Nov 2015- Junio 2016	Total de consultas en menores de 5 años	Consulta IRAS en menores de 5 años	Porcentaje
Nov/ Dic	2638	1756	66.56%
Dic / Ene	2374	1195	50.33%
Ene / Feb	2518	1260	50.03%
Feb / Marzo	2055	829	40.34%
Marzo / Abr	2323	969	41.71%
May/ Jun	2040	504	24.7%
TOTAL	11908	6513	54.69%

Tabla 5. Registro ARIMAC UMF1 Aguascalientes Nov 2015- Junio 2016.

Se determinó con la fórmula, o considerando como margen de error de 5% y nivel de confianza de 99%, una p de 0.5 con tamaño de la población de 1195, llegando a la conclusión de que el tamaño de la muestra es de 290.

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra
 Z= Nivel de confianza deseado
 p= Proporcion de la poblacion con la caracteristica deseada (exito)
 q=Proporcion de la poblacion sin la caracteristica deseada (fracaso)
 e= Nivel de error dispuesto a cometer
 N= Tamaño de la poblacion

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Donde se manejan los siguientes valores:

$$\begin{array}{ccccccc} Z= 1.96 & e= 5\% \text{ ó } 0.05 & N=1195 & i-\alpha=95\% & p=0.5 & q=0.5 \\ \text{No} = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2} = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)}{0.0025} = \frac{0.96}{0.0025} = 384 \end{array}$$

Ajuste:

$$NI = \frac{\text{No}}{1 + \frac{(\text{No} - 1)}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{(384 - 1)}{1195}} = \frac{384}{1.032} = 290$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **INCLUSION:** Cuidador de menores de 5 años que acudan al servicio de niño sano y medicina preventiva, así como consulta esporádica, adscritos a la UMF 1 de la Delegación Aguascalientes que acepte participar en la encuesta descriptiva, estructurada, dicotómica.
- **NO INCLUSION:** Cuidador de mayores de 5 años adscritos a la UMF1 de la Delegación Aguascalientes y no derechohabiente
- **ELIMINACION:** Cuidador de menores de 5 años adscritos a la UMF 1 de la Delegación Aguascalientes que aceptaron participar, pero decidieron no contestar o contestar parcialmente el cuestionario.

6 Recolección de información

Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario auto administrado de preguntas dicotómicas a los cuidadores de menores de 5 años en las áreas de sala de espera de la consulta, medicina preventiva y control de niño sano de la UMF 1 turnos matutino y vespertino, que consta de 15 ítems. Se corroboró este a cargo del cuidado primario de menores de 5 años, y que sean derechohabientes, se les informa sobre la finalidad del estudios y en que consiste la participación, si acepta participar, se le brinda el consentimiento informado, y se verifica el llenado completo del mismo. Una vez contestados los cuestionarios, se procedió con la aplicación de criterios de baremación subdivididas en 4 respuestas correctas de 6 del primer apartado como conocimientos generales, 3 respuestas correctas de 4 en el segundo apartado referente a conocimiento de factores de riesgo, y 4 respuestas de 5 del último apartado sobre complicaciones y datos de alarma. Aquellos cuestionarios con incompletos en lo concerniente a ítems serán excluidos. Una vez seleccionados y con cumplimiento de los criterios de inclusión se concentraron datos en hoja de cálculo de Excel, donde se codificara como 1 para la respuesta correcta, sea Si o No la respuesta según el ítem, ya que los ítems con numero non la respuesta correcta es si, y para los ítems con numero par, la respuesta correcta es No, y se codificará con 0 para la respuesta incorrecta de cada ítems. Se pasa al programa SPSS v.21 donde se analizarán los datos.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO

El instrumento es un cuestionario tipo encuesta descriptiva, estructurada con ítems dicotómicos, se divide en 4 dimensiones que son para determinar y medir el nivel de conocimiento y se dividen en los siguientes apartados:

Apartado A: aspectos sociodemográficos: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, religión.

Apartado B: para determinación de conocimientos generales de las enfermedades que consta de 6 ítems

Apartado C: para determinar nivel de conocimiento de los factores de riesgo y consta de 4 ítems

Apartado D: para determinación de nivel de conocimiento respecto a datos de alarma y medidas, con 5 ítems.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

El contenido y constructo del instrumento se validó por juicio de expertos, revisando la claridad, la coherencia, inducción a la respuesta, en este caso si conoce o no la información. Que el lenguaje sea adecuado al nivel del informante y si mide lo que se pretende, al final, el instrumento es aplicable, según consideración de grupo de expertos, posteriormente se realiza prueba piloto para estimar la confiabilidad se aplica método de Kuder Richardson 20.^{23, 24}

El grupo de expertos quienes revisaron a detalle el instrumento formado por médico especialista en Pediatría, un especialista en Medicina Familiar, un médico especialista en Medicina Familiar y maestría en educación, así como 5 residentes de tercer año de medicina familiar.

La prueba piloto se aplicó a cuidadores de menores de 5 años que se encontraron en la consulta de especialidad de pediatría del HGZ1 y la consulta externa de medicina familiar de la UMF a un total de 16 personas.

- Método de Kuder- Richardson 20, permite obtener la confiabilidad a partir de los datos obtenidos en una sola aplicación del test: coeficiencia de consistencia interna. Puede ser usada en cuestionarios de ítems dicotómicos y cuando existen alternativas dicotómicas con respuestas correctas e incorrectas. Obteniendo un resultado de
Formula de Kuder- Richardson 20: (27)

$$r_{20} = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(\frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

K = Número de Ítems del instrumento

p= Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q= Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

σ^2 = Varianza total del instrumento

[illegible]

CRITERIOS DE BAREMACIÓN

Se considera que no tiene un buen nivel de conocimiento si contesta menor del 75% menos de 4 respuestas correctas de 6 del primer apartado como conocimientos generales, menor a 3 respuestas correctas de 4 en el segundo apartado referente a conocimiento de factores de riesgo, y menos de 4 respuestas de 5 del último apartado sobre complicaciones y datos de alarma. (Ver anexo A)

Prevía autorización por el comité local de investigación, se procede a solicitar permiso en la Unidad para permanecer del día 1 al 15 de noviembre en la misma detectando los posibles candidatos a encuestar en los servicio de EMII, Medicina Preventiva y Consulta externa.

El presente estudio se aplicó previo consentimiento informado para su participación a cuidadores de menores de 5 años. La información será recabada por el tesista, en turnos matutino y vespertino de la UMF1 Delegación Aguascalientes.

Posteriormente se recabaron los datos mediante concentración en tablas y gráficas y se utilizará método estadístico para evaluar los resultados y su significancia por medio del programa SPSS V21.0.

8 Plan de análisis

Se utilizó la estadística descriptiva con medidas de frecuencias y tasas. Mediante hoja de cálculo de Excel 2010 se recaban los datos del cuestionario. Se realizó un análisis de los datos, se presenta la información mediante frecuencias, medias y porcentajes, las cuales se analizarán en el paquete estadístico SPSS V21.0, para describir el nivel del conocimiento de las IRAS en menores de 5 años, además se operacionalizarán cada una de las variables (Ver anexo B) para ayudar con el análisis estadístico, y por consiguiente detectándose en cuál de las dimensiones se encuentra más debilitado el conocimiento.

9. Aspectos éticos

El estudio no presenta ningún riesgo para la integridad del paciente, se solicitó consentimiento por escrito (Ver anexo 3) y se apega a las normas de investigación de la declaración de Helsinki, Finlandia (Junio 1964) enmendada en la 52 Asamblea General de Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, se protegerá la privacidad y la integridad de los participantes en el estudio.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación, en relación a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

1. Artículo 13 respecto a su dignidad y protección de sus derechos.
2. Artículo 16 privacidad del individuo
3. Artículo 17 en relación al riesgo de la investigación

Así como a las normas establecidas por el Comité de Investigación Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes.

Carta consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así

como también permite que la información recolectada durante el estudio, pueda ser utilizada por él o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de los resultados. Debe contener al menos los siguientes apartados²⁵:

- Nombre del proyecto en el que se participará
- Objetivos del estudio, lo que se pretende obtener con la investigación
- Procedimiento y maniobras que se realizarán a las personas en ese estudio
- Riesgos e inconvenientes de participar en el estudio que se pudiesen generar
- Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio
- Compensaciones o retribuciones que podrían recibir por participar en la investigación
- Aprobación del proyecto de investigación por un Comité de Ética de investigación en humanos
- Confidencialidad y manejo de la información, es decir se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que se establece el documento que firma
- Retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya aceptado) sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende.

El documento de consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen con el participante. Además debe estar marcado el nombre y firma del investigador que obtiene el consentimiento informado. Debe contener datos para el contacto de las personas responsables y autoras del protocolo de investigación, teléfono o correo electrónico.²⁵

RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Se trabaja con los recursos propios del tesista y de la UMF1, donde se llevará a cabo la investigación.

Recursos humanos: investigador, médico residente tesista.

Material:

MATERIAL	CANTIDAD	IMPORTE
LAPICES, BOLIGRAFOS	20	\$350
COPIAS, IMPRESIONES	1500	\$1500
CARTUCHOS	2	\$2000
COMPUTADORA PORTATIL	1	PROPIA
IMPRESORA	1	\$2 200
SOFTWARE ESTADISTICO	1	GRATUITO, EN LINEA
TOTAL		\$6.050

14. RESULTADOS

Se obtuvieron las encuestas de la muestra que se determinó de 290 cuidadores de menores de 5 años adscritos a la UMF 1 Aguascalientes, con sus respectivos formularios de carta de consentimiento informado, el 100% de los participantes reunió los criterios de inclusión, los cuales se organizaron en Excel para posteriormente procesarlas con programa SPSS 21.0, obteniendo los resultados que se describen a continuación.

En las características sociodemográficas encontramos que la edad promedio de los participantes fue de 26 a 35 años, con un porcentaje de 30.6% con un total de 89.

La mayoría de los encuestados del sexo femenino con un total de 250, alcanzando el 86.2 del porcentaje. Y del sexo masculino una frecuencia absoluta de 40, equivalente al 13.8.

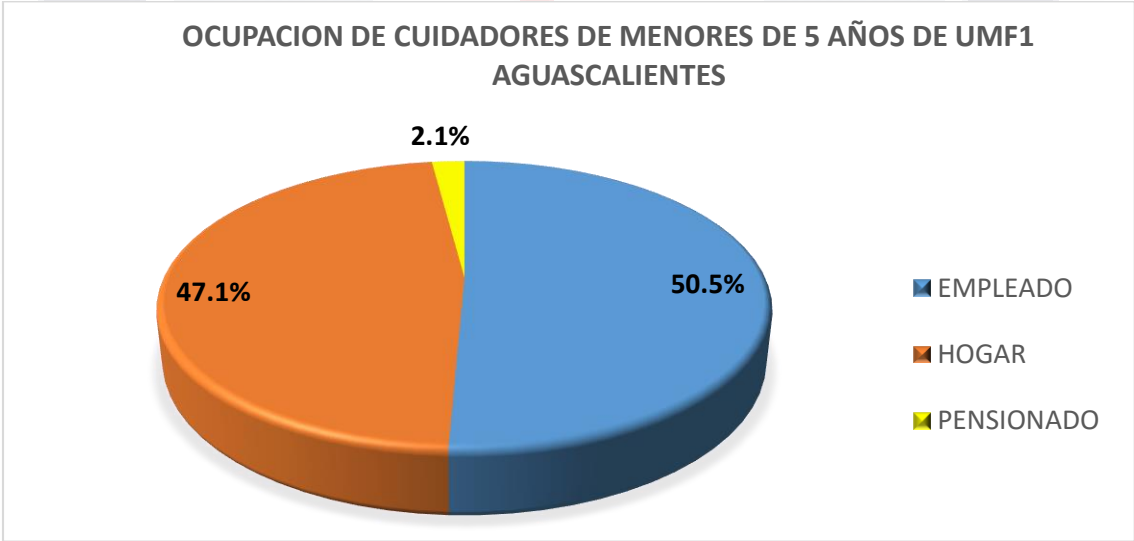
La escolaridad con un mínimo de escolaridad en ninguna con total de 11, el de mayor frecuencia nivel básico con un 44.7%, en segundo lugar nivel de preparatoria con el 37.8% y tercer lugar con nivel licenciatura con el 13.4%.

El estado civil con mayor proporción fue casado con 198 total con un 68% y el de menor número de frecuencia el estado civil viudo con el 3.4%.

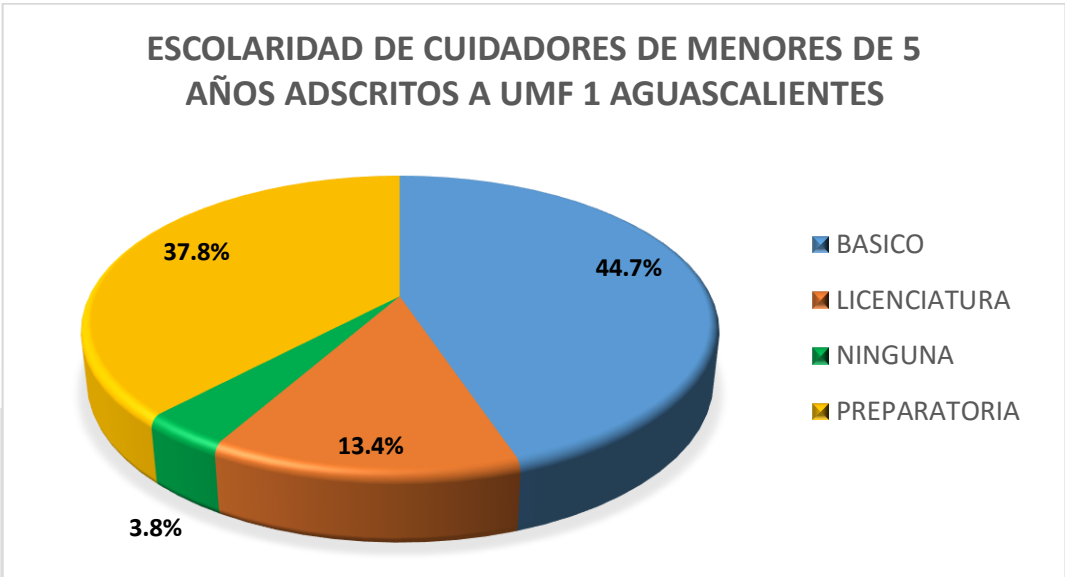
La ocupación de empleado fue la más frecuente con 147 participantes, con el 50.5% y como segundo lugar el dedicarse al hogar con 47.1%. (Ver Tabla 6) (Ver Grafica 1) (Ver gráfica 2)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CUIDADOR DE MENORES DE 5 AÑOS ADSCRITOS A UMF1 AGUASCALIENTES.			
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	DE 18 A 25 AÑOS	54	18.6
	DE 26 A 35 AÑOS	89	30.6
	DE 36 A 45 AÑOS	83	28.5
	DE 46 O MAS AÑO	64	22.0
Sexo	FEMENINO	250	86.2
	MASCULINO	40	13.8
Escolaridad	BASICO	130	44.7
	LICENCIATURA	39	13.4
	NINGUNA	11	3.8
	PREPARATORIA	110	37.8
Estado civil	CASADO	198	68.0
	SEPARADO	37	12.7
	SOLTERO	45	15.5
	VIUDO	10	3.4
Ocupación	EMPLEADO	147	50.5
	HOGAR	137	47.1
	PENSIONADO	6	2.1

Tabla 6. aracterísticas sociodemográficas cuidadores de menores de 5 años adscritos a UMF1 Aguascalientes.



Grafica 1. Ocupación de Cuidadores de menores de 5 años de UMF1 Aguascalientes



Grafica 2. Escolaridad de Cuidadores de menores de 5 años de UMF1 Aguascalientes

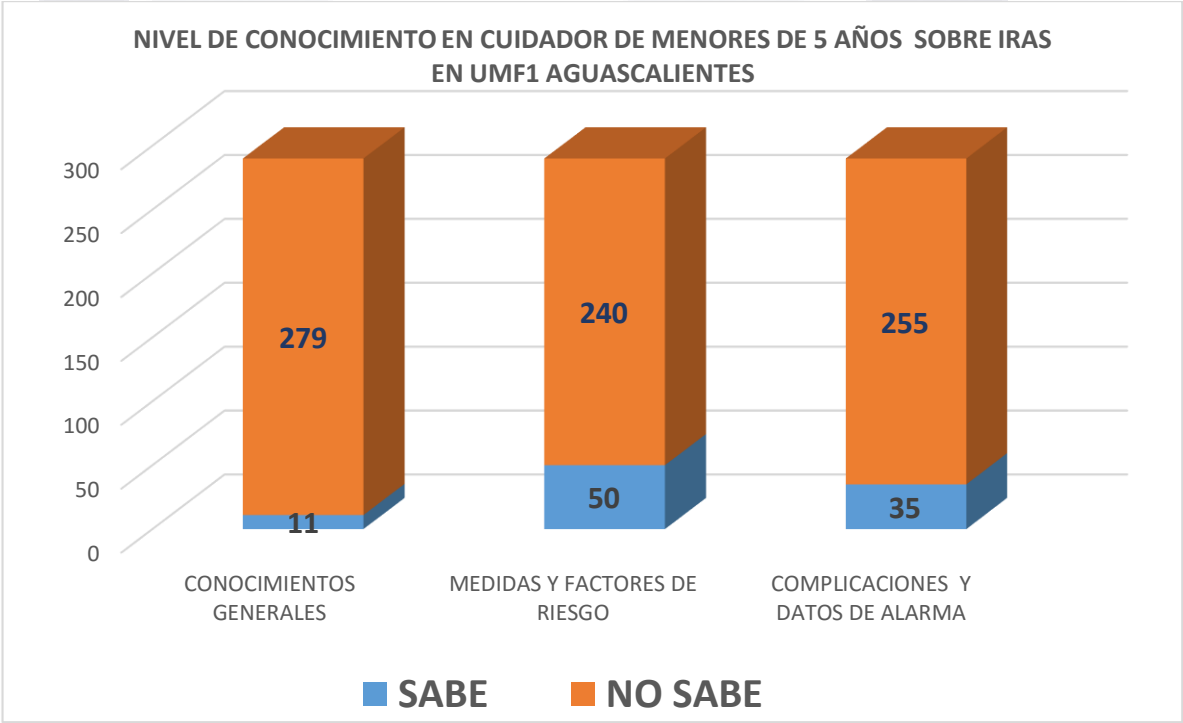
El nivel de conocimiento de los cuidadores de menores de 5 años sobre IRAS por ítems encontramos en cuanto a conocimiento general del ítem 1 a 6, se obtuvo un 3.8% como si sabe, con una frecuencia absoluta de 11 cuidadores quienes según los criterios tuvieron >75, con un 96.2% que no saben sobre conceptos generales de las IRAS en menores de 5 años. La mayor frecuencia se obtuvo en calificación de 50, con 136 sujetos equivalente al 46.7%. (Ver tabla 7) (Ver gráfica 3)

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOR DE MENORES DE 5 AÑOS SOBRE IRAS ADSCRITOS A UMF1 AGUASCALIENTES				
CONOCIMIENTOS GENERALES		PUNTUACION		Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	
CONOCIMIENTOS GENERALES	SABE	83.33	11	3.8
	NO SABE	<75	2	0.7
		16.66	48	16.5
		33.33	136	46.7
		50	1	0.3
		66.33	92	31.6
MEDIDAS Y FACTORES DE RIESGO	SABE	75	50	17.2
	NO SABE	<75	25	21.6
		50	177	60.8
COMPLICACIONES Y DATOS DE ALARMA	SABE	80	34	11.7
		100	1	0.3
	NO SABE	<75	20	1.4
		40	124	42.6
		60	127	43.6

Tabla 7. Nivel de conocimiento en cuidador de menores de 5 años sobre IRAS adscritos a UMF1 Aguascalientes.

Sobre medidas generales y factores de riesgo solo el 17.2% obtuvo la puntuación superior a 75 considerado como que tiene conocimiento sobre medidas y factores de riesgo. Y un 72.8% no tienen el conocimiento sobre este apartado de IRAS, con una frecuencia absoluta de 279. (Ver tabla 7) (Ver gráfica 1)

En el apartado de complicaciones y datos de alarma encontramos un 12%, una frecuencia absoluta de 35 sujetos con conocimiento sobre el último apartado del instrumento, contra un 88% sin el suficiente conocimiento, equivalente a 255 sujetos como frecuencia absoluta. (Ver tabla 7) (Ver gráfica 3)



Gráfica 3. Nivel de conocimiento en cuidador de menores de 5 años sobre IRAS en UMF1 Aguascalientes

La evaluación en conjunto del instrumento respecto a nivel de conocimiento del cuidador de menores de 5 años sobre IRAS adscritos a la UMF1 Aguascalientes, se obtuvo un 0.7% con una frecuencia absoluta de 2, de los 290 sujetos de la muestra. Con un 99.3% sin un buen nivel de conocimiento, es decir 288 sujetos. Encontrando como máxima calificación un 79.44 y como mínima 32.77, una media de 53.88, la calificación con mayor frecuencia fue de 46.66 con una frecuencia absoluta de 43 equivalente al 14.8%. (Ver Tabla 8)

PUNTUACION POR NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS SOBRE IRAS ADSCRITOS A UMF1 AGUASCALIENTES		
Calificaciones	Frecuencia	Porcentaje
32.77666667	2	0.7
35.55333333	2	0.7
37.22	1	0.3
38.33333333	14	4.8
39.44333333	4	1.4
40	1	0.3
41.11	13	4.5
43.88666667	4	1.4
45	25	8.6
46.11	2	0.7
46.66666667	43	14.8
47.77666667	14	4.8
49.44333333	2	0.7
50.55333333	5	1.7
51.66666667	2	0.7
52.11	1	0.3
52.22	24	8.2
53.33333333	26	8.9
53.88666667	2	0.7
54.44333333	7	2.4
55	7	2.4
56.11	5	1.7
57.22	3	1.0
57.77666667	3	1.0
58.88666667	29	10.0
60	7	2.4
60.55333333	9	3.1
61.66666667	7	2.4
64.44333333	2	0.7
65.55333333	3	1.0
66.66666667	1	0.3
67.22	8	2.7
68.33333333	3	1.0
71.11	1	0.3
72.77666667	2	0.7
73.88666667	4	1.4
79.44333333	2	0.7

Tabla 8. Puntuación por nivel de conocimiento en cuidadores de menores de 5 años sobre IRAS de UMF1 Aguascalientes

15. DISCUSIÓN

En el estudio se encontró una falta de conocimiento por parte de los cuidadores de menores de 5 años sobre IRAS de forma global, principalmente en lo que se refiere a conocimiento general, ya solo el 3.8%de la muestra desconocen conceptos básicos referente a la IRAS en menores de 5 años. Mientras que se observó una mejoría sobre el conocimiento respecto a factores de riesgo y medidas con un 17.2%. Respecto a conocimiento sobre complicaciones y datos de alarma, se obtuvo un 12%.

Estos resultados evidencian al momento de realizar la sumatoria sea un 99.3% sin un buen nivel de conocimiento, es decir 288 sujetos de la muestra de 290. Encontrando como máxima calificación un 79.44 y como mínima 32.77, los cuales hacen evidente que no existe buen nivel de conocimiento en los cuidadores de menores de 5 años respecto a IRAS, y del 0.7% que si tiene conocimiento, no se obtuvo ningún resultado de 100.

A nivel mundial las IRAS ocupan uno de los primeros lugares en morbilidad en menores de 5 años; según la OMS, en 2015 reporta que 2.7 millones de niños mueren antes de 5 años, más de la mitad son evitables, si hubiese acceso a intervenciones. Dentro de las principales causas de mortalidad en menores de 5 años, las IRAS se ubican en el 2º lugar a nivel mundial (16%). Este grupo de enfermedades, son atendidas en primer nivel, en su totalidad son padecimientos cuya evolución natural cursan hacia la recuperación, sin embargo continúan siendo uno de los principales indicadores a nivel mundial.^{1, 25}

En Reino Unido 2013, Ingram y Cols en su estudio describen como los padres, como cuidadores primarios, inciden directamente en la evolución y atención de IRAS en menores de 5 años, sobre todo en lo referente a la atención primaria, y manteniendo la morbilidad.⁶

En España en 2015, Garcinuño y Cols hacen evidente que el cuidador primario (padres) es el principal factor para la atención primaria de IRAS en menores de 5 años, si el padre del menor no identifica los datos de alarma, y según su opinión y expectativas, es si lleva a recibir atención al menor, lo cual influye en la morbilidad de este grupo de padecimientos.⁷

En el estudio de Pulgarin y Cols (2011) en Bogotá, Colombia, estudio que abordó por medio de la entrevista a cuidador de menores de 5 años mediante un instrumento construido con base en las variables y aspectos relacionados con los conocimientos y prácticas sobre IRAS abordados en la estrategia de Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) comunitario, se llegó a la conclusión de que los conocimientos y prácticas en los cuidadores fueron inadecuados. Al igual que nuestro estudio y con una población latina.⁴

En Guantánamo Cuba, 2015, se realizó un estudio similar al presente por Camps y Cols, mediante un cuestionario que exploraba las opciones acerca de la frecuencia, sintomatología y gravedad y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas así como las expectativas respecto a la atención médica por esas enfermedades, y la disposición de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los padres a consultar con el médico en distintas situaciones. Se realizó un análisis para identificar las variables más frecuentes, donde se encontró que la disposición a consultar por las infecciones respiratorias agudas de lactantes y pre-escolares se define por las opiniones y expectativas de los padres, es decir, si el criterio de los padres aunque sea equivocado, en la mayoría de las ocasiones, no incide en llevarle a recibir atención con personal de salud calificado, el niño tiene más riesgos de complicaciones por falta de atención oportuna, lo cual repercute en la morbilidad de IRAS en menores de 5 años en esa región.⁸

Cordero y Cols, en 2001, en 3 regiones de Bolivia: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, se realizó un estudio descriptivo donde se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende niños menores de 5 años así como de los cuidadores (generalmente madres), en relación al manejo de casos de infecciones respiratorias agudas, obtuvieron resultados similares a los estudios anteriores, ya que llegan a la conclusión de que es fundamental la necesidad de capacitación de calidad a cuidadores para lograr identificar de forma oportuna datos de alarma y de complicaciones de las enfermedades.³

Estos 3 estudios en América Latina, obtuvieron resultados similares a los obtenidos en el presente trabajo; y en México, se documentan dos estudios similares al presente, en 1999 Romero y Cols, en una comunidad indígena en Oaxaca, y el otro en 2013 donde hacen una descripción de los datos obtenidos en la encuesta ENSANUT; ambos, a pesar de la diferencia de tiempo en el que se realizaron, concluyen la necesidad de educar a la población, obteniendo resultados poco favorables respecto al conocimiento básico sobre las IRAS en menores de 5 años, y como las percepciones de los cuidadores(madres) mantienen la morbilidad por dichos padecimientos.^{2, 5}

Es como nos damos cuenta que existe una deficiencia en los conocimientos sobre IRAS en cuidadores de menores de 5 años, y a pesar de ser éste, uno de los temas más conocidos por la población derechohabiente, con alta incidencia, y alta demanda en los servicios de primer nivel y urgencias, con campañas diseñadas por el sector salud, donde se hace hincapié en la importancia de las medidas de prevención, atención y maneras de evitar complicaciones, de forma masiva, continua y por varias dependencias de salud, así como año con año se implementan y actualizan, sin embargo no han tenido el impacto que se esperaba, puesto que los cuidadores no tienen el conocimiento necesario para ayudar a

una toma de decisiones y evitar complicaciones en la población menor de 5 años con IRAS, lo cual contribuye a mantener la morbilidad y ubicar a las IRAS como una de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial.

La hipótesis planteada queda confirmada, ya que se enunciaba que el nivel de conocimiento del cuidador de niños menores de 5 años con IRAS en UMF1 Aguascalientes es bajo, así como las hipótesis específicas.

Entre las limitaciones del estudio se puede encontrar que por ser transversal no se puede determinar la causalidad, dentro de las fortalezas del estudio, la población estudiada, sin embargo el estudio tiene una muestra representativa de la población, por lo cual le proporciona peso a los resultados.

16. CONCLUSIONES

Se determina que los cuidadores de menores de 5 años de la UMF1 Aguascalientes, no tienen un buen nivel de conocimiento general sobre las IRAS, de sus factores de riesgo, y así como datos de alarma y complicaciones. Por lo que es importante fomentar la educación en el conocimiento sobre las IRAS, ya que el conocimiento de todos los apartados mencionados es parte primordial en la prevención primaria de las enfermedades y que constituyen este grupo de patologías respiratorias en menores de 5 años, que puede contribuir para la disminución de la morbilidad, que impactará de forma positiva en el sector salud, por ser este grupo etario uno de los más susceptibles; y constituir un grupo de patologías de las más frecuentes a nivel mundial en los menores de 5 años, además está dentro de las primeras causas de consulta en primer nivel.

El primer nivel de atención constituye el pilar de la salud, si logramos cambios en la población que atendemos día a día, si conseguimos educar, enseñar, inspirar, a cada una de las personas y familias que revisamos y consultamos, veremos un pueblo que mejora sus condiciones de vida, de salud, de educación, que culmine en una mejor vida en nuestro País.

17. GLOSARIO

IRAS: Infecciones respiratorias agudas superiores son el conjunto de infecciones agudas, en un periodo inferior a los 15 días, que afecta al aparato respiratorio desde la nariz hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor a 15 días, frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacterias

CONOCIMIENTO: cuerpo de verdades o hechos acumulados en el curso de tiempo, la suma de la información acumulada, en una civilización, periodo o país.

CUIDADOR: es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro. En este estudio será la persona a cargo del menor, cuyas responsabilidades son el cuidado primario, puede ser la madre, el padre, familiares consanguíneos.

FACTORES DE RIESGO: aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición medioambiental, o características innata o heredada que, basándose en la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud, que interesa prevenir.

18. BIBLIOGRAFIA

1. OMS.[Internet]. OMS. Disponible desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251182/1/B138_13-sp.pdf?ua=1
2. Romero Hernández Claudia, Vaca Martin Miguel Ángel, Bernal Alcántara Demetrio Arturo; Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: Estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca; Rev Inst Nal Enf Resp Mex Dic 1999, 14:4; 250-261. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-1999/in994c.pdf>
3. Cordero Valdivia Dilberth, Barrera Susana. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2001 Jul; 72(4): 384-395. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000400015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000400015>.

4. Pulgarin Torres, Angela Mari , Osorio Galeano Sandra Patricia, Restrego Suarez Yolanda, Segura Cardona Ángela María, Conocimientos y practicas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años. Investigación y Educación en Enfermería 2011; 29(1); 19-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222398003>
5. Ferreira-Guerrero Elizabeth, Báez-Saldaña Renata, Trejo-Valdivia Belem, Ferreyra-Reyes Leticia, Delgado-Sánchez Guadalupe, Chilián-Herrera Olivia Lingdao et al . Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. Salud pública Méx [Internet]. 2013; 55(Suppl 2): S307-S313. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800030&lng=en.
6. Ingram Jeny, Cabral Christie Cabral, D Hay Alastair, J Lucas Patricia, Horwood Jeremy and TARGET team; Parents' information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infeccions: a qualitative study; BMC Family Practice 2013, 14:106; Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/10>.
7. Gracinuño A Cano, Perez García I., López Alberola S., Casares Alonso I., Arenas García P, Rodríguez García M; Opiniones y expectativas de los padres respecto a las infecciones respiratorias agudas de lactantes y pre-escolares. Influencia en la disposición a consultar; Boletin Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León 2015; 55:231 : 16-24. Disponible en: http://www.sccalp.org/documents/0000/2152/BolPediatr2015_55_16_24.pdf
8. Camps Jeffers M, Calzado Begué D, Galano Guzmán Z, Perdomo Hernández J, Zafra Rodríguez V. Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Conocimiento materno. Rev Inf Cient. 2015 ;91(3): Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/223>
9. Segarra Cipres Mercedes, Bou Llusar Juan Carlos, Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Rev, Econ y Empresa, 2005; 175-195. Disponible en [http://www.Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20\(1\).pdf](http://www.Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20(1).pdf)
10. Hessen Johannes, Teoría del conocimiento, Instituto Latinoamericano de ciencia y artes (ILCA)(p 7-10, 40-45)2010. Disponible en : <https://gnoseologia1.files.wordpress.com/2011/03/teoria-del-conocimiento1.pdf>

11. González Sánchez Jorge, Los niveles de conocimiento. El Aleph en la innovación curricular, 2014 Innovación Educativa, ISSN: 1665-2673 Vol 14 Num 65. Pag 133-142. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>
12. IMSS, Guía de Practica Clínica, Actualizacion 2016, diagnostico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. Evidencias y recomendaciones. Catalogo maestro de guias de práctica clínica: IMSS-062-08. ISBN: 978-607-7790-99-0 Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/062GER.pdf>
13. Morales y COLS, Guías de práctica Clínica Basadas en la Evidencia, Infección respiratoria aguda .Seguro Social Salud; .Asociación colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME); 17-35. ; Disponible en : <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/infeccion%20respiratoria.pdf>
14. Malo Sánchez Diana Carolina, Pulido Dominguez Paola Andrea, Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Infección Respiratoria Aguda(IRA), Vigilancia y Análisis del riesgo en Salud Pública Instituto Nacional de Salud . Republica de Colombia. PRO-RO2.010 Versión 05; 2016-05-03, p3-49. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Infeccion%20Respiratoria%20Aguda%20IRA.pdf>
15. Bayona Ovalles, Niederbacher Velásquez Jurg, Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos, MED.UIS. 2015;28(1): 133-141. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a14.pdf>
16. IMSS, Guia de Referencia Rapida. Diagnostico y tratamiento de Faringoamigdalitis aguda. Catalogo Maestro de Guías Práctica Clínica: IMSS-073-08 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/073_GPC_Faringoamaguda/Faringo_Rapida_CENETEC.pdf
17. Tamayo Reus Caridad, Catarro común y violencia terapéutica en población infantil; MEDISAN 2015; 19(2):229-241. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n2/san12192.pdf>
18. Ochoa V Luis Carlos, Posada Ricardo, Restrepo N Felipe, AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia), Guía de bolsillo. 35-50. Disponible

en:NORMAS%20Y%20LEYES%20Y%20PROGRAMAS/aiepi%20norma%20colobia%20...%20plan%20de%20cuidados.pdf

19. IMSS, Guia de Practica Clínica. Prevención. Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica: IMSS-496-11. 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/496_GPC_Otitis_media/IMSS-496-11-GER_OtitisMedia.pdf
20. Esquema de vacunación. Vacunas. <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/neumococo.html>
21. Resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas – Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S
22. Martin Arribas, Diseño y validación de cuestionarios, Matronas Profesión 2004;5(17)
23. Cisterna Cabrera, Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa, ISSN0717-196XTheoria, 2005;14(1):61-71.
24. Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubirán; ¿Que es el consentimiento informado? Disponible en: http://www.innsz.mx/openems/contenido/investigacion/comiteEtica/consentimiento_inf.html
25. Flores Hernández, Trejo y Perez Juan Antonio, Reyes Morales Hortensia, Perez Cuevas Ricardo, Guiscafré Gallardo Hector; Guia Clinica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas; Rev Med IMSS 2003;41:s3-s14; disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050998/flores.pdf>
26. Cieza, J. (2006). Educación comunitaria. En Revista de Educación (339). España: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte
27. Martínez Marín A, Ríos Rosas F, Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio 2006 0. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>.

19. ANEXOS

ANEXO A . CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del estudio:	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOR DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRAS, ADSCRITOS A LA UMF1 DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES.		
Patrocinador externo (si aplica): *			
Lugar y fecha:	UMF No.1 Delegación Aguascalientes durante el periodo: Noviembre- Diciembre de 2017.		
Número de registro:	R-2017-101-024		
Justificación y objetivo del estudio:	JUSTIFICACION: Las IRAS constituyen uno de los temas prioritarios, ya que se cuenta entra las principales demandas de consulta en primer nivel, así como en el servicio de urgencias, y sobre todo en la edad de población de menores de 5 años. El presente trabajo tendrá un impacto significativo, ya que se medirá el nivel de conocimiento en cuidadores de menores de 5 años adscritos a la UMF de la delegación Aguascalientes respecto a las IRAS, para en un futuro obtener una estrategia que logre la disminución de la incidencia y complicaciones, y recurrencia a la consulta de primer nivel. OBJETIVO DEL ESTUDIO: Conocer el nivel de conocimiento en cuidador de niños menores de 5 años con IRAS, adscritos a la UMF1 de la delegación de Aguascalientes.		
Procedimientos:	Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que se me aplique un cuestionario sobre infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.		
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtener la información acerca del nivel de conocimiento de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Ayudando con esto a reconocer datos de alarma, medidas, indicaciones y posibles complicaciones de las IRAS en menores de 5 años.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.		
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que desee conveniente.		
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará o en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.		
En caso de colección de material biológico (si aplica)			
☐ No autorizo que se tome la muestra ☐ Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio ☐ Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros			
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):			
Beneficios al término del estudio:		Conocer el nivel de conocimiento sobre IRAS en cuidadores de menores de 5 años adscritos ala UMF 1 delegación Aguascalientes	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:		Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.1º, lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No.1, dirección: José María Chávez No.1202, Frac. Lindavista, número telefónico: 449 143 6616 Correo electrónico: evelynlabe@gmail.com	
Colaboradores:		Ana Elvira Ochoa Gallardo, Médico Residente de 3eraño de la especialidad de Medicina Familiar, Adscrita a HGZ No.1 / Unidad de Medicina Familiar No.1. Lugar de trabajo: Hospital General de Zona No.1, Dirección: José María Chávez No.1202, Frac. Lindavista, Número telefónico: 0446181346523. Correo electrónico: aog_2686dr@hotmail.com.	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
Nombre y firma del sujeto		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1		Testigo 2	
Nombre, dirección, relación y firma		Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. *En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica.			
Clave: 2810-009-013			

Anexo B. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS					
CONCEPTO		DEFINICION	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE
DEFINICION		OPERACIONAL			MEDICION
CONCEPTUAL					
F O L I O	Código de signos convenidos que se asignan con el fin de transmitir un mensaje	Código con el cual se mantiene la privacidad del participante	Número de folio	Parte superior de la hoja	Cuantitativa
E D A D	Número de años que ha vivido una persona	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el momento de la entrevista	Años	Primera parte de aspectos sociodemográficos	Cuantitativa
S E X O	Género biológico que permite diferenciar la identidad en femenino y masculino	Referido por el participante	Masculino = 1 Femenino = 2	Primera parte de aspectos sociodemográficos	Nominal
O C U P A C I O N	Del vocablo latino “occupatio” se emplea en varios sentidos según el contexto.	Hace referencia a la actividad a la que se dedica ya se empleó, actividad o profesión, hablando también de tiempo completo o parcial.		Primera parte de aspectos sociodemográficos	Cualitativa
E S T A D O	Condición particular que se caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que se reconocerán jurídicamente	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a este rubro. Conjunto de circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas	1. Soltero 2. Casado/ Unión libre 3. Separado/divorciado 4. Viudo	Primera parte de aspectos sociodemográficos	Nominal

VARIABLES DE CONOCIMIENTO						
O B J E T I V O	VARIABLE	DIMENSIONES	ITEMS	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	INDICES
M e d i r e l n i v e l d e c o n o c i m i e n t o d e l c u i	Conocimiento de IRAS en menores de 5 años	Conocimientos generales sobre IRAS	1. La infección respiratoria aguda superior es una enfermedad que afecta oídos, nariz y garganta	Si =1 No =0	Cuantitativa	CRITERIOS DE BAREMACION : Se considerará que tiene un buen nivel de conocimiento si contesta más del 80% es decir 12 preguntas de cuestionario divididas de la siguiente forma: 5 de 6 del primer apartado sobre conocimiento general de IRAS. 3 de 4 de los ítems respecto a factores de riesgo en IRAS 4 de 5 del tercer apartado con ítem de complicaciones y datos de alarma de IRAS.
			2. La infección respiratoria aguda superior es una enfermedad que dura más de 15 días y en la mayoría de ocasiones se complican	Si =0 NO=1	Cuantitativa	
			3. El resfriado común(catarro común) es una de las infecciones respiratorias agudas superiores que se resuelve solo con cuidados y medidas generales en 1 a 2 semanas	Si =1 No =0	Cuantitativa	
			4. La faringitis y faringoamigdalitis son de las infecciones respiratorias agudas superiores que solo se presentan una vez en la infancia.	Si =0 NO=1	Cuantitativa	
			5. La bronquiolitis es una de las infecciones respiratorias agudas superiores que se presenta en menores de 2 años y es común tener síntomas de dificultad respiratoria	Si =1 No =0	Cuantitativa	
			6. Las infecciones del oído o también llamadas otitis media es una de las infecciones respiratorias agudas superiores que se presenta con mayor frecuencia en menores de 2 años sin relación con cuadros gripales o faringitis	Si =0 NO=1	Cuantitativa	

d a d o r d e n i ñ o s m e n o r e s d e 5 a ñ o s c o n I R A S e n I	Factores de riesgo en IRAS	7. Proporcionar lactancia materna protege a los niños de desarrollar alguna de las infecciones respiratorias agudas superiores	Si =1 No =0	Cuantitativa	
		8. El tabaquismo en casa, vivir más de 4 personas en un mismo cuarto, mala higiene personal y desnutrición son factores que ayudan a disminuir la frecuencia y riesgo de complicaciones en las infecciones agudas de vías respiratorias superiores en niños.	Si =0 NO=1	Cuantitativa	
		9. Está contraindicado dar medicamentos disponibles en casa en los niños con infecciones respiratorias agudas superiores	Si =1 No =0	Cuantitativa	
		10. La aplicación de la vacuna de neumococo aumenta el riesgo de complicaciones en las infecciones del oído o también llamadas otitis media es una de las infecciones respiratorias agudas	Si =0 NO=1	Cuantitativa	
	Complicaciones y datos de alarma de IRAS	11. Los datos de alarma para niños con infecciones respiratorias agudas superiores son: cambios en el estado de alerta del niño, síntomas de dificultad respiratoria, disminución de orina, vómito que persiste, aparición de manchas en la piel.	Si =1 No =0	Cuantitativa	
		12. Es una mala decisión acudir a nueva valoración médica en caso de niños con infecciones respiratorias agudas superiores si presenta: datos de alarma, persistencia de la fiebre por más de 3 días, exacerbación de la sintomatología inicial o aparición de nuevos síntomas después de 3-5 días, falta de mejoría después de 7 días de inicio de la enfermedad.	Si =0 NO=1	Cuantitativa	

a U M F 1 A g u a s c a l i e n t e s .			13. Si el niño con infección respiratoria aguda superior presenta alguno de los datos de alarma debo acudir a servicio de urgencias de forma inmediata	Si =1 No =0	Cuantitativa	
			14. La neumonía es una de las complicaciones de una infección aguda de vías respiratorias altas con menor riesgo de muerte en niños.	Si =0 NO=1	Cuantitativa	
			15. Las infecciones de oído sin tratamiento oportuno pueden tener complicaciones como infecciones recurrentes, meningitis, disminución de agudeza auditiva, parálisis facial	Si =1 No =0	Cuantitativa	

ANEXO C. INSTRUMENTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACION DE INVESTIGACION CUESTIONARIO

ESTUDIO NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CUIDADOR DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE IRAS

INSTRUCCIONES: FAVOR DE LLENAR CON SUS DATOS, Y POSTERIORMENTE SELECCIONAR LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE CORRECTA CON UNA X

NOMBRE								
EDAD	DE 16- 25 AÑOS		DE 26- 35 AÑOS		DE 36- 45 AÑOS		DE 46 O MÁS AÑOS	
SEXO	MASCULINO			FEMENINO				
NIVEL DE ESTUDIOS	NINGUNO		BASICO. PRIMARIA Y SECUNDARIA		PREPARATORIA		LICENCIATURA	
ESTADO CIVIL	SOLTERO		CASADO/ UNION LIBRE		SEPARADO/ DIVORCIADO		VIUDO	
OCUPACION								

1	La infecciones respiratorias agudas superiores son varias enfermedades que afectan oídos, nariz y garganta	SI	NO
2	La infecciones respiratorias agudas superiores son enfermedades que duran más de 15 días y en la mayoría de ocasiones se complican	SI	NO
3	El resfriado común(catarro común) es una de las infecciones respiratorias agudas superiores que se resuelve solo con cuidados y medidas generales en 1 a 2 semanas	SI	NO
4	La faringitis y faringoamigdalitis son de las infecciones respiratorias agudas superiores que solo se presentan una vez en la infancia.	SI	NO
5	La bronquiolitis es una de las infecciones respiratorias agudas superiores que se presenta en menores de 2 años y es común tener síntomas de dificultad respiratoria	SI	NO
6	Las infecciones del odio o también llamadas otitis media es una de las infecciones respiratorias agudas superiores que se presenta con mayor frecuencia en menores de 2 años sin relación con cuadros gripales o faringitis	SI	NO
7	Proporcionar lactancia materna protege a los niños de desarrollar alguna de las infecciones respiratorias agudas superiores	SI	NO
8	El tabaquismo en casa, vivir más de 4 personas en un mismo cuarto, mala higiene personal y desnutrición son factores que ayudan a disminuir la frecuencia y riesgo de complicaciones en las infecciones agudas de vías respiratorias superiores en niños.	SI	NO
9	Está contraindicado dar medicamentos disponibles en casa en los niños con infecciones respiratorias agudas superiores	SI	NO
10	La aplicación de la vacuna de neumococo aumenta el riesgo de complicaciones en las infecciones del oído o también llamadas otitis media	SI	NO
11	Los datos de alarma para niños con infecciones respiratorias agudas superiores son: cambios en el estado de alerta del niño, síntomas de dificultad respiratoria, disminución de orina, vómito que persiste, aparición de manchas en la piel.	SI	NO
12	Es una mala decisión acudir a nueva valoración médica en caso de niños con infecciones respiratorias agudas superiores si presenta: datos de alarma, persistencia de la fiebre por más de 3 días, exacerbación de la sintomatología inicial o aparición de nuevos síntomas después de 3-5 días, falta de mejoría después de 7 días de inicio de la enfermedad.	SI	NO
13	Si el niño con infección respiratoria aguda superior presenta alguno de los datos de alarma debo acudir a servicio de urgencias de forma inmediata	SI	NO
14	La neumonía es una de las complicaciones de una infección aguda de vías respiratorias altas con menor riesgo de muerte en niños.	SI	NO
15	Las infecciones de oído sin tratamiento oportuno pueden tener complicaciones como infecciones recurrentes, meningitis, disminución de agudeza auditiva, parálisis facial	SI	NO

GRACIAS POR PARTICIPAR ¡!

Anexo D. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	NOV 15	DIC 15	ENE A MARZ 16	ABR A JUN 16	JUL 16	AGO 16	SEP 16	OCT 16	NOV 16	DIC 16	ENE 17	FEB 17	MAR 17	ABR 17	MAY 17	JUN 17	JUL 17	AGO 17	SEP 17	OCT 17	NOV 17	DIC 17	ENE 18	FEB 18
Elección del tema	x																							
Acopio de la Información		x	x																					
Revisión de la Literatura				x	x	x																		
Diseño del Protocolo					x	x	x	x	x	x														
Planteamiento del Problema						x	x	x	x	x	x													
Antecedentes									x	x	x	x	x	x										
Justificación										x	x	x	x											
Seminario de Tesis											x													
Objetivo General y específicos										x	x	x	x											
Diseño de la Investigación												x	x	x	x	x	x							
Envío del Protocolo al Comité Local																		x						
Revisión y modificación del Protocolo																		x	x	x				
Registro del Protocolo																		x	x	x	x			
Aprobación del Protocolo																		x	x	x	x			
Trabajo de Campo																					x	x		
Captura y Tabulación de Datos																					x	x		
Análisis de Resultados																					x	x		
Autorización																					x	x		
Elaboración de informe final																					x	x		
Discusión de resultados																					x	x		
Examen de Presentación																							x	