

POLICLINICO UNIVERSITARIO
"EMILIO DAUDINOT BUENO".
GUANTANAMO

**INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN
PADRES DE NIÑOS AFECTADOS**

Lic. Damaris Duverger Johnston¹, Sandra Duverger Johnston², Lic. Víctor Manuel Méndez Torres³, Lic. Camilo Macías Bestard⁴, Dra. Julia Quintana Madrigal.⁵

RESUMEN

Se realiza una intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas (IRA) en padres de niños afectados de 0 a 9 años, en el período octubre-diciembre de 2008, en el grupo básico de salud No.1, del Policlínico Universitario "Emilio Daudinot Bueno." El universo es de 100 % de padres de niños que acuden a consulta del cuerpo de guardia. La muestra es seleccionada de manera estratificada (31) se establecen criterios de inclusión, variables de investigación: edad, sexo, lactancia materna, índice de hacinamiento, condiciones estructurales de vivienda, abastecimiento de agua, condiciones higiénicas, disposición de residuos líquidos-sólidos, conocimiento sobre IRA pediátricas. Se encontró predominio del sexo femenino respecto al masculino. El conocimiento sobre factores de riesgos a contraer IRA es aceptable así como signos y síntomas para identificarlas en edades pediátricas, se reconocen factores hereditarios y convivencia con fumadores e insuficiente higiene en el hogar

Palabras claves: INFECCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO/prevención y control; ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN SALUD; EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN.

¹ *Licenciada en Enfermería. Instructor.*

² *Master en Infectología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor*

³ *Licenciado en Educación Especial. Instructor.*

⁴ *Master en Investigación Educativa. Licenciado en Psicología y Pedagogía. Profesor Auxiliar.*

⁵ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

INTRODUCCION

Las infecciones respiratorias agudas tienen alta incidencia en el área de América Latina y el Caribe. En el boletín epidemiológico. (Lima) 17, 17 de enero de 2008 en Perú se plantea que hasta la semana 17 los servicios de salud habían notificado 1 162 584 episodios de IRA no neumónicas, 2 % más que en el 2007 y el 12 % más que en 2006, con una incidencia acumulada actual de 4264.7 por cada 10 000 niños menores de 5 años.¹

En Cuba la mortalidad por influenza y neumonía permanece dentro de las primeras cinco causas de muerte en los niños menores de 5 años y ocupa la sexta causa en la población general. La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por IRA muestra un promedio anual de 4 millones de atenciones, que constituyen entre el 25 y el 30 % de las consultas externas y alrededor del 30 % de las hospitalizaciones. La mayor parte de las IRA son autolimitadas y leves, por esta razón una gran proporción de los afectados no busca asistencia en los servicios de salud.²

Los virus de influenza, sobre todo los del tipo A y B y los virus respiratorios sincitial (VRS) son los principales responsables de alzas epidémicas que se observan en los meses de septiembre-noviembre y febrero-abril de cada año con mayor magnitud del problema cada tres ó cuatro años.³

Según las cifras de atenciones referidas anteriormente y tomando en consideración los estudios realizados en el país que reflejan que el 20 % de los episodios leves de IRA consumen antibióticos, se pueden estimar los elevados costos que gravitan al sistema de salud por esta causa. Además de los gastos en hogares de ancianos, escuelas, centros de trabajo y círculos infantiles, incurridos por el pago de la seguridad social debido a ausencias, todo esto representa un importante impacto económico, social y humano, que causan estas enfermedades.⁴

En Cuba el promedio de notificaciones anuales oscila alrededor de 5 millones de casos. En el acumulado del año 2 000 (hasta el 27 de noviembre del 2000) se habían reportado un total de 4 289 539 atenciones. Las mayores afectaciones se detectaron en las provincias de Cienfuegos, Villa Clara, La Habana, Sancti Spíritus, Ciudad de La Habana, Matanzas y el municipio especial Isla de la Juventud, con tasas de incidencia por encima de la media nacional. La morbilidad se encontraba en la zona de alarma del canal endémico pero dentro de los límites pronósticos estimados para la temporada.³

Los estudios serológicos realizados en laboratorios de Influenza, VRS y Adenovirus del Instituto de Medicina Tropical (IPK) informan que la circulación en la población menor de 15 años es fundamentalmente a expensas de los VRS y en población adulta los de Influenza A (H3N2).⁵

En la provincia Guantánamo la prevalencia de IRA pediátricas durante el año 2008 fue de 74 578 casos en menores de 9 años, distribuidos por grupos de edades; menores de un año 13 473; entre 1 y 4 años, 37 406 y de 5 a 9 años, 15 359 con registros más significativos en los meses de cambios climáticos como mayo, octubre y noviembre.

La ciudad de Guantánamo durante el mes de diciembre presentó la mayor prevalencia de la enfermedad, en el grupo básico de trabajo No.1, con 565 casos, es decir, el 3 % de la población objeto de estudio padeció IRA, así mismo, la última semana del mes se corresponde con el mayor número de casos: 180 pacientes, para el 1%, respecto al total de la población de 0-9 años del GBT.

Esta investigación trata sobre el estudio de la prevalencia de la enfermedad en período correspondiente a la última semana del mes de diciembre de 2008, es decir, entre el 22 y el 28 del referido mes; los factores que inciden en este y las medidas preventivas para disminuir esta situación.

METODO

Se realiza una intervención educativa sobre IRA en padres de niños de 0 a 9 años afectados por esta enfermedad, en el período octubre - diciembre de 2008, en el GBT No.1, del Policlínico "Emilio Daudinot Bueno".

El universo está constituido por el 100 % de estos padres. La muestra se selecciona por selección estratificada estableciendo como criterio: Ser padre de niños en edades entre 0 a 9 años, no tener patologías mentales que puedan interferir en la adquisición de conocimientos (retraso mental); la que quedó constituida por 31 padres de niños de 0 a 9 años afectados por IRA, que acudieron a la consulta del cuerpo de guardia en este período a dicho GBT 1. Padres con niños comprendidos entre los 28 días y los 9 años de edad, que se clasifican en lactantes cuando tienen 28 días hasta el año de edad; preescolares, desde 1 hasta 4 años; escolares de 5 hasta los 9 años.

Para la identificación del nivel de conocimiento sobre IRA se aplica una encuesta a los padres de estos niños.

Se estudian las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo (temperaturas, presencia de micro vertederos, ausencia de asfalto, factores hereditarios, convivencia con fumadores, insuficiente higiene en el hogar), conocimiento familiar sobre signos, síntomas y medidas para prevenir las IRA pediátricas.

Posteriormente se realiza una intervención educativa para modificar conductas a fin de minimizar efectos de los problemas detectados. Aplicándose al finalizar la intervención, nuevamente la encuesta para comparar el nivel de conocimiento inicial con el final.

Se registra la información recogida en el libro electrónico Microsoft Excel porcentuando los resultados y mostrando en tablas y gráficos.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se muestran los resultados de la distribución de la muestra según sexo y edad quedó representada por 25 señoras y 6 hombres. El fenómeno de que en la muestra se hayan obtenido mayor cantidad de mujeres que de hombres puede ser casual, pues en el criterio de inclusión no se estableció esta variable debido a que la muestra fue seleccionada por probabilística al azar. En el caso de las señoras prevalece el grupo de 15 a 20 años representado por 6 mujeres e igual número de mujeres en el grupo de edad comprendido después de los 41 años y más cumplidos. No así en el caso de los hombres que correspondieron todos al mismo grupo de edad, representando un grupo de individuos jóvenes en sentido general.

El agua para consumo humano, el tipo de vivienda en cuanto a hacinamiento, la cultura en según costumbres de alimentación, preparación, lactancia materna, creencias ancestrales y actuales sobre medicina moderna en prevención de enfermedades infectocontagiosas, especialmente en la aplicación de vacunas, todo juega un papel de gran importancia para un país, especialmente en la población de menores de 5 años que es la más afectada por la desnutrición, diarrea, IRA y las secuelas irreversibles de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas.⁶

En Tabla 2 se distribuyen los factores de riesgo a contraer IRA en edades pediátricas, resultando de novedad el conocimiento que posee la muestra sobre la convivencia con fumadores como factor de riesgo en el sexo femenino representado con el 76 % y 83.3 % en el sexo masculino. Sin embargo en el sexo masculino los factores de riesgo menos identificados son: presencia de microvertederos y ausencia de asfalto en las calles, lo que las predispone a la existencia de polvo. Por otro lado, la higiene en el hogar fue identificada por el 76 % de las féminas como factor de riesgo, no así en el caso de los hombres quienes identificaron este factor de riesgo en el 100 % de los participantes.

En la región, de las 550 000 muertes estimadas anualmente en los niños menores de 5 años, 72 000 son causadas por neumonía³. IRA y desnutrición promueven el 60 a 80 % de las consultas médicas ambulatorias y el 40 al 70 % de hospitalizaciones en niños menores de 5 años en países latinoamericanos en vías de desarrollo. Además es conocido el subregistro de datos, por lo que las cifras oficiales informadas por los ministerios de países americanos suelen ser menores que la estimada por los grupos de expertos.⁷

Esta crítica condición es debida en gran parte a la falla de actitudes preventivas de la población, como: suspensión temprana del amamantamiento, baja cobertura con vacunaciones específicas, consulta médica tardía. Otros factores de riesgo señalados por la OMS son: desnutrición, bajo peso al nacer, hacinamiento, polución ambiental y en otros países, deficiencia de vitamina A. En algunos casos existen errores en el diagnóstico temprano de IRA por parte de los profesionales de salud, en especial sobre el criterio de gravedad, que condiciona la muerte del niño. Los programas educativos apropiados para la comunidad, de bajo costo y que no requieren tecnología compleja, deberían ser considerados por los organismos responsables como una estrategia primordial para disminuir la mortalidad por esta causa.⁸

El tabaquismo durante el embarazo, tanto activo como pasivo, es un factor de alto riesgo para la salud de la madre y del niño en gestación.⁹ Además de la morbilidad y mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y pulmonares en la madre, el tabaquismo está asociado con mayor proporción de placenta previa, aborto y parto prematuro, entre otras. La exposición al humo de tabaco durante el embarazo tiene un efecto demostrado sobre la salud del recién nacido, destacando el menor peso, mayor probabilidad de problemas respiratorios en este período, y prematuridad.¹⁰

Existe además una amplia evidencia que relaciona la exposición prenatal y postnatal al tabaco con un crecimiento pulmonar disminuido^{11,12}, incidencia aumentada de infecciones respiratorias^{13,14} hospitalizaciones por enfermedades respiratorias, muerte súbita, y asma en la niñez.¹⁵ Aparte de efectos sobre la salud de los niños, cabe mencionar los altos costos de salud neonatal directamente atribuibles al tabaquismo materno durante el embarazo que en EE.UU. alcanzan los 227 millones de dólares por año.¹⁷

La Tabla 3 distribuye los resultados del conocimiento sobre las medidas para disminuir el riesgo a contraer una IRA. Resulta de importancia el escaso conocimiento que se tiene sobre la lactancia como método para prevenir las IRA en edades pediátricas, representado antes de la intervención por el 60 % y similar resultado en los hombres con el 50 %.

Dentro de las manifestaciones más constantes de las IRA a lo largo de las distintas edades se encuentran las locales como rinorrea y obstrucción nasal. En lactantes el cuadro comienza habitualmente con fiebre, irritabilidad, decaimiento, estornudos y ruidos nasales. Pronto aparece rinorrea, inicialmente serosa, que se va transformando en mucosa al pasar los días hasta adquirir aspecto mucopurulento y desaparecer dentro de la primera semana. Mientras más pequeño el niño, más depende de su respiración nasal, por lo que esta obstrucción puede producir síntomas de dificultad respiratoria.¹⁵

Dentro del examen físico se pueden realizar hallazgos poco específicos como: mucosa nasal eritematosa (IRA viral), violácea (rinitis alérgica), descarga mucopurulenta en el meato medio, edema periorbitario, sensibilidad sinusal, descarga faríngea posterior, eritema faríngeo, olor fétido de la respiración.¹⁵

Sobre la identificación de signos y síntomas en la Tabla 4 antes de la intervención los niveles de conocimientos fueron de altos porcentajes; en el sexo masculino se identificó en menor porcentaje la expectoración como indicador de enfermedad, representado por el 83.3 %.

CONCLUSIONES

1. La muestra quedó representada por mayor número de mujeres que de hombres, y prevalecen los grupos de edades entre 15 y 20 años y de 41 y más años en la mujer, en el sexo masculino el grupo de 21 a 25 años.
2. Existe conocimiento sobre los factores de riesgos a contraer IRA y los signos y síntomas para identificarlas, en edades pediátricas siendo más reconocidos los factores hereditarios y menos conocidos la convivencia con fumadores y la insuficiente higiene en el hogar y entre las medidas menos conocidas fueron la lactancia exclusiva y no fumar en locales cerrados. Posterior a la intervención se incrementaron los niveles de conocimientos positivamente.

RECOMENDACIONES

1. Generalizar esta intervención como modalidad educativa a los GTB que mayor incidencia de IRA informan en el área de salud.
2. Elaborar materiales de prevención como folletos a distribuir en audiencias sanitarias que realiza el personal del consultorio médico de familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Glezen PW. Patients hospitalized for respiratory infections often have chronic illnesses. JAMA. 2005.
2. Rodríguez H, Mederos D, Echenique MJ, Vilas R, Ferrari AM. Muerte post neonatal en domicilio y accesibilidad a los servicios de salud. Revista Médica del Uruguay. 2006; 15:221-229.
3. Clark M. Health in the mexican american culture. A community study. Berkeley: University of California Press; 2004.p.162-239.
4. Surgeon General's Report 2004. Health consequences of smoking. Executive summary. [citado: 3 dic 2006]. Disponible en: www.cdc.gov/TOBACCO/sgr/sgr_2004/index.htm
5. Jartti T, Lehtinen P, Vuorinen T, Osterback R, Vanden Hoogen B, Osterhaus AD, et al. Respiratory picornaviruses and respiratory syncytial virus as causative agents of acute expiratory wheezing in children. Emerg Infect Dis. 2007; 10:1095-101.

6. Korppi M, Kotaniemi-Syrjanen A, Warism, Vainionpaa R, Reijonen TM. Rhinovirus-associated wheezing in infancy: comparison with respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2005; 23: 995-9.
7. Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en el primer año de vida en hijos de madres que fumaron durante el embarazo. *Rev chil enferm respir*. 2007; 23(1).
8. Fauroux B. Smoking, fetal pulmonary development and lung disease in children. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2003; 32.
9. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics*. 2004; 113: 1007-15.
10. Jedrychowski W, Flak E. Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factors to acute respiratory infections. *Environ Health Perspect*. 2004; 105: 302-6.
11. Li J S M, Peat J K, Xuan W, Berry G. Meta-analysis on the association between environmental tobacco smoke (ETS) exposure and the prevalence of lower respiratory tract infection in early childhood. *Pediatr Pulmonol*. 2004; 27: 5-13.
12. Magnusson LL, Olesen AB, WennBOrg H, Olsen J. Wheezing, asthma, hayfever, and atopic eczema in childhood following exposure to tobacco smoke in fetal life. *Clin Exp Allergy*. 2005; 35: 1550-6.
13. Department of Health and Human Services (HHS, USA), Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health and economic impact: smoking cessation for pregnant women [artículo en internet]. [citado: 3 dic 2006]. Disponible en: www.cdc.gov/tobacco/econom.htm
14. Abhay T, Bang RA, Bang O, Tale P, Sontakke. Reduction in pneumonia mortality and total childhood mortality by means of community-based intervention trial in Gadchiroli, India. *Lancet*. 2006; 336: 201-206.
15. Avendaño LF. Resfrío común, influenza y otras infecciones respiratorias virales. *J Pediatría*. 2000 : 1264-8.

TABLA 1. GRUPOS DE EDADES Y SEXO.

GRUPO DE EDADES	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
15 - 20	6	24	-	-
21 - 25	5	20	6	100
26 - 30	4	16	-	-
31 - 36	1	4	-	-
36 - 40	3	12	-	-
41 y más	6	24	-	-
TOTAL	25	100	6	100

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS	ANTES				DESPUES			
	FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Temperaturas	24	96	3	50	25	100	6	100
Presencia de microvertederos	21	84	2	33.3	25	100	6	100
Ausencia de asfalto	21	84	2	33.3	25	100	6	100
Factores hereditarios	25	100	6	100	25	100	6	100
Convivencia con fumadores	19	76	5	83.3	25	100	6	100
Insuficiente higiene en el hogar	19	76	6	100	25	100	6	100
Alergias	23	92	5	83.3	25	100	6	100

TABLA 3. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS PARA DISMINUIR RIESGO DE CONTRAER IRA EN SU HIJO(A) ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.

MEDIDAS	ANTES				DESPUES			
	FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lactancia materna exclusiva.	15	60	3	50	25	100	6	100
Higiene en el hogar.	25	100	6	100	25	100	6	100
No fumar en locales cerrados dentro del hogar.	17	68	5	83.3	25	100	6	100
Evitar el polvo y la humedad.	25	100	6	100	25	100	6	100

TABLA 4. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SINTOMAS Y SIGNOS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.

MEDIDAS	ANTES				DESPUES			
	FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nariz tupida y secreción nasal	25	100	6	100	25	100	6	100
Expectoración	25	100	5	83.3	25	100	6	100
Tos	25	100	6	100	25	100	6	100