



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS RELACIONADAS
A CALIDAD DEL CUIDADO QUE REALIZAN LAS MADRES
DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CESFAM VIOLETA
PARRA DE CHILLAN, 2012**

AUTORES:

Cartez, Lilian Margot
Del Valle, Carlos Cristóbal
Morales, Jennifer Andrea
Navarrete, Jessica Pilar
Valdebenito, Ivonne Elizabeth

DOCENTE GUIA:

Ana Pincheira Rodriguez
Magíster en Salud Pública, mención
Epidemiología.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN – CHILE**

2012

AGRADECIMIENTOS

A Dios

A la familia

A nuestra Docente Guía por las lecciones de vida

A amigos y compañeros tesistas por la paciencia y la comprensión

RESUMEN

Antecedentes. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños/as menores de 5 años constituyen en Chile un problema de salud pública, siendo una de las principales causas de consulta por morbilidad. **Objetivos.** Determinar la relación entre Infecciones Respiratorias Agudas y la Calidad de los Cuidados que realizan las madres y Relacionar Infecciones Respiratorias Agudas con las características biosociodemográficas y la Calidad de los Cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra de Chillán. **Metodología.** Diseño analítico correlacional transversal a 77 madres de niños menores de 5 años inscritos en el CESFAM, abordadas posterior al diagnóstico de IRA en consulta por morbilidad. Se realizó una entrevista semiestructurada aplicando un instrumento diseñado por los autores del estudio, donde se evaluó la dimensión biosociodemográfica de la madre y del niño; y la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al hogar y al CESFAM. Se analizó con Stata 10.1. **Resultados.** En los niños con IRA Alta la calidad de cuidados que realizan las madres en el hogar fue en un 58,33% regular y 16,67% mala. En cambio en IRA Baja fue de 80,49 y 9,76% en las mismas categorías. Con respecto a calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al CESFAM los niños con IRA Alta el 55,56% de las madres realiza cuidados “regulares” y el 22,22% “malos”. Similarmente en el grupo de IRA Baja las proporciones son del 36,59% para cuidados “regulares” y 12,20% “malos”, p-value 0.031. **Conclusión.** La calidad de los cuidados regulares y malos se relaciona con IRA Alta y Baja.

Palabras claves: Calidad, Cuidados, Infección Respiratoria, Madres, Niños

ABSTRACT

Background. Acute respiratory infections (ARI) in children under 5 years old constitute a public health problem in Chile, being one main causes of morbidity consultation. **Objectives.** To determine the relation between acute respiratory infections and Quality of Care performed by mothers and Relate with Acute Respiratory Infections with biosociodemographic characteristics and Quality of Care performed by mothers of children under 5 years of Violeta Parra CESFAM of Chillán. **Methodology.** Descriptive correlational design, transversal to 77 mothers of children under 5 years old in the CESFAM, addressed after their children's diagnosis with ARI in morbidity consultation. A semistructured interview was conducted using an instrument designed by the authors of the study, which evaluated bio-socio-demográfical dimensions of the mother and children, as well as the quality of care performed by mothers at their homes and at the CESFAM. Was analyzed with Stata 10.1. **Results.** The quality of care performed by mothers at home was 58.33% regular and 16.67% bad. In contrast, in low ARI was 80.49% and 9.76% in the same categories. With respect quality care performed by mothers to children under the age of five with high ARI in relation to the CESFAM, 55.56% of mothers care qualified as "regular" and 22.22% as "bad". Similarly in the ARI groups, the proportions are 36.59% "regular" and 12.20% "bad", p-value 0.031. **Conclusion.** The bad and regular quality of care is related with high and low ARI.

Keywords: Quality, Care, Respiratory Infection, Mothers, Children

INDICE

I Introducción.....	1
1.1 Presentación y fundamentación del problema e importancia de la investigación para la profesión.....	3
1.2 Problematización.....	7
1.3 Marco teórico.....	9
1.4 Marco empírico.....	28
1.5 Propósito de la Investigación.....	30
1.6 Objetivos generales y específicos.....	30
1.7 Listado de variables.....	32
II Metodología de la Investigación.....	34
2.1 Tipo de diseño.....	34
2.2 Universo y muestra.....	34
2.3 Unidad de análisis.....	34
2.4 Procedimiento para recolección de datos.....	35
2.5 Aspectos éticos.....	36
2.6 Procesamiento de los datos.....	37
III Análisis.....	38
3.1 Análisis de resultados.....	38
3.2 Discusión de los resultados.....	51
IV Conclusiones, sugerencias y limitaciones.....	59
V Bibliografía. Según Normas ISO.....	69
VI Anexos	

INTRODUCCION

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) representan entre 30 y 50% de las visitas de los niños a los establecimientos de salud y entre 20 y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Las IRAs se ubican entre las 10 principales causas de defunción en la población general mundial, y dentro de las 3 primeras causas de muerte entre los menores de 5 años.

En Chile, específicamente en atención primaria, las IRAs concentran más de 67% del total de las consultas de menores de seis años (1). Además constituyen en promedio anual el 60% de las consultas pediátrica en atención primaria y servicios de urgencia (2), del total de los casos de IRA el 90% de ellos son deceso por Neumonía, mientras un 23 a 25% corresponde a Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) que es la principal causa de morbilidad pediátrica.

Considerando que las IRAs constituyen un problema de salud pública tanto a nivel internacional como nacional, es de suma importancia investigar las variables que se relacionan directamente con este problema, ya que la madre es la principal cuidadora del niño/a, encargada de prevenir a través de sus conocimientos y prácticas la presencia de IRA y por consiguiente sus complicaciones que tienen directa incidencia en la calidad de vida de los niños.

Es por esto que el ministerio de salud ha pretendido intensificar los esfuerzos en promoción, prevención y rehabilitación, implementando campañas de invierno, Guía clínica GES (2), sala IRA con intervención kinesiológica, nuevos métodos diagnósticos, de tratamiento y seguimiento de las IRAs; para en primer lugar, disminuir la incidencia y en segundo lugar evitar las no poco costosas complicaciones derivadas de falencias en la calidad de los cuidados, siendo esta

la principal medida para asegurar que la madre brinde a su hijo/a cuidados de calidad.

En consecuencia el objetivo de esta investigación es relacionar las IRAs con la calidad de los cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Violeta Parra de Chillán, 2012.

FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

Las IRAs corresponde a la inflamación de origen generalmente infeccioso de uno o varios segmentos de la vía aérea inferior (2).

Elas constituyen un importante problema de salud pública, siendo reconocidas como la principal causa de morbilidad pediátrica y el más frecuente motivo de utilización de los servicios de salud. Las estimaciones muestran que las IRAs representan entre 30 y 50% de las visitas de los niños a los establecimientos de salud y entre 20 y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Específicamente en Chile, se ha observado que las IRAs concentran más de 67% de las consultas de menores de seis años en atención primaria (1). En meses de invierno puede llegar a aumentar representando el 80% del total de consultas de morbilidad.

En Chile, la Neumonía es la IRA que sigue siendo la principal causa de mortalidad infantil tardía. Cerca de un 40% de estos fallecimientos aún ocurren en domicilio o trayecto al hospital, muchas veces sin atención médica oportuna, hecho que se repite en todos los países latinoamericanos donde se ha estudiado.

Dicha situación obligó al gobierno Chileno a adoptar medidas y estrategias especiales para hacer frente a éste desafío que permitan abordar en forma adecuada los factores de riesgo, la educación a la comunidad, la capacitación de los equipos de salud y la asignación de recursos para solucionar este grave problema de salud pública.

En nuestro país, esta cifra va en progresivo descenso, producto de las intervenciones como: Programa Nacional de IRAs, el cual incluye la participación de todo el equipo de salud con intervenciones multidisciplinarias y Campaña de Invierno. Pese a esto las IRAs, continúan siendo la principal causa de mortalidad evitable en la infancia (2).

A nivel nacional todo niño menor de 5 años que presente síntomas respiratorios agudos compatibles con IRA Baja en atención primaria, tiene derecho al manejo ambulatorio según Garantías Explícitas en Salud (GES) prestaciones que se encuentran descritas en la “Guía clínica de IRAs Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años” (2). Además los equipos de atención primaria deben dar soporte educativo en acciones preventivas antes del inicio de la mayor demanda de consultas por esta causa, especialmente en los menores que presenten factores de riesgo, tales como: menores de 3 meses de vida, baja escolaridad materna, pobreza, desnutrición, prematurez y contaminación domiciliaria (2).

Al realizar una búsqueda sistemática de la literatura biomédica nacional e internacional desde el 2005 hasta 2012 utilizando las palabras claves; calidad, cuidados, infecciones respiratorias, madre y niño no se logró identificar estudios en los cuales se establezca la relación que puede existir entre la calidad de los cuidados que realizan las madres y las IRAs, por ende pareciera no existir evidencia que identifiquen esta relación tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo en dicha búsqueda se encontró una amplia evidencia sobre los conocimientos y prácticas que realizan las madres en relación a la prevención de IRA.

Se desea estudiar este tema, debido a que se considera que si la madre brinda a su hijo cuidados de calidad durante la promoción, prevención, curación y de rehabilitación de IRAs puede contribuir de manera significativa a la disminución de la incidencia de esta enfermedad y de sus principales complicaciones. Lo que cobra más importancia aun cuando sabemos, que en Chile del total de casos de deceso por IRA en niños menores de 5 años corresponde a Neumonía con un 90%, mientras que la principal causa de morbilidad infantil corresponde a SBO con un 23 a 25% del total de las IRAs Bajas pediátricas (2).

Se pretende abordar el problema bajo un enfoque cuantitativo analítico de carácter correlacional, utilizando una muestra representativa de la población, con el objetivo de relacionar la calidad de los cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años con las IRAs.

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La IRA es considerada un problema de salud pública, puesto que constituye la principal causa de morbilidad pediátrica, de consulta en atención primaria y servicios de urgencia.

La IRA trae consecuencias que indudablemente afectan la salud del menor tanto en el presente como en el futuro, con la posibilidad de padecer alguna enfermedad crónica respiratoria, que hace cada vez más complicado su tratamiento y períodos de recuperación, disminuyendo al mismo tiempo la calidad de vida del menor, afectando también a su entorno familiar y social. El aumento de las complicaciones derivadas de las IRAs son propiciadas por factores biosociodemográficos, culturales, educacionales y económicos, en los cuales se desenvuelve el menor y su familia.

Sin duda la prevención de las IRAs por medio de intervenciones educacionales entregadas a las madres, pretende disminuir la morbimortalidad en niños menores de cinco años. Es por esto que la educación debe ser impartida de forma integral considerando cada uno de los factores que se relacionan con las madres y los menores, es decir, considerándolos en su entorno biopsicosocial. Por lo tanto, es imprescindible que el profesional de Enfermería y en general el equipo de Salud; cumplan, creen y/o perfeccionen estrategias preventivas educacionales, ya que es uno de los principales deberes frente al usuario, familia y comunidad.

Es por ello, que se trata de promover estrategias educativas que fomenten la prevención de IRA y disminuir o evitar sus complicaciones. Lo que en gran medida beneficia al menor al mantener una mejor calidad de vida, paralelamente se logra optimizar recursos en la atención de salud, y en especial proporciona estabilidad y bienestar familiar.

PROBLEMA

¿Existe relación entre Infecciones Respiratorias Agudas y la Calidad de los Cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra de Chillán, 2012?

PROBLEMATIZACION

Caracterización de la muestra:

- ¿Qué diagnóstico presentan los niños/as en estudio?
- ¿Cuál es la edad de las madres de los niños/as en estudios?
- ¿Cuál es la procedencia de las madres de niños/as en estudio?
- ¿Qué antecedentes mórbidos presentan las madres en estudio?
- ¿Cuál es el nivel educacional de las madres de los niños/as en estudio?
- ¿Cuál es la previsión de salud de las madres de los niños/as en estudio?
- ¿Cuál es la edad gestacional y edad cronológica de los niños/as en estudio?
- ¿Qué antecedentes mórbidos presentan los niños/as en estudio?
- ¿Cuál es el diagnóstico nutricional integral de los niños/as en estudio?
- ¿Cuál es el número de episodios de IRAs durante el último año de los niños/as en estudio?
- ¿Asisten a sala cuna o jardín los niños/as en estudio?

- ¿A qué categoría de calidad corresponden los cuidados que entregan las madres a los niños/as en estudio en relación al hogar?
- ¿A qué categoría de calidad corresponden los cuidados que entregan las madres a los niños/as en estudio en relación al CESFAM?
- ¿Se relaciona la edad, lugar de procedencia, antecedentes mórbidos, nivel educacional y previsión de salud de la madre con IRA?
- ¿Se relaciona edad gestacional, edad cronológica, antecedentes mórbidos, DNI, número de episodios de IRA que ha presentado en el último año, asistencia a sala cuna o jardín infantil del niño/a en estudio con IRA?
- ¿Se relaciona la calidad de los cuidados que realizan las madres en el hogar con IRA?
- ¿Se relaciona la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al CESFAM con IRA?
- ¿Se relaciona la inmunización antiinfluenza con IRA?

MARCO TEORICO

Las IRAs se ubican entre las 10 principales causas de defunción en la población general mundial, y dentro de las 3 primeras causas de muerte entre los menores de 5 años, por lo que es un importante problema de salud pública (3). Además constituyen la principal causa de consulta pediátrica en atención primaria y servicios de urgencia, constituyendo en promedio el 60% de todas las consultas anuales (2). Donde aproximadamente el 50% son IRA Altas y 50% IRA Bajas (2).

Pueden ser causadas por una gran diversidad de agentes infecciosos, el 80 a 90% de los cuadros son de etiología viral. Los grupos más importantes corresponden a rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, virus sincicial respiratorio (VRS) y algunos enterovirus como coxaquie (4). Las IRAs de origen viral tienden a tener una estacionalidad principalmente en épocas frías (5).

Las IRAs son más frecuentes en niños pequeños, especialmente en lactantes y pre-escolares, pudiendo elevarse el número hasta 8 episodios por cada niño al año, de 0 a 5 años de edad, con una predisposición mayor de los niños que habitan en zonas urbano marginales que los que habitan en zonas rurales (5).

Se define la IRA como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por diversos agentes patógenos por un período inferior a 15 días (6).

El período de incubación de las IRAs es corto, de 1 a 3 días. Esto se debe principalmente a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada. El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de pflugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se propaga por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre (2).

Se puede clasificar a las IRAs según el lugar donde se produce la infección en:

- IRA Alta: se acepta como IRA Alta toda aquella patología que afecta al aparato respiratorio de laringe a proximal (4). Dentro de este grupo se encuentran (3): Otitis media aguda, Amigdalitis y Faringoamigdalitis, Rinosinusitis, Adenoiditis, y Sinusitis.

- IRA Baja: Corresponden a una inflamación de origen generalmente infeccioso de uno o varios segmentos de la vía aérea inferior. Las patologías incluidas dentro de este grupo son: Asma aguda (crisis asmática), Asma bronquial, Bronconeumonía, Bronquiolitis aguda, Bronquitis aguda, Epiglotitis, Coqueluche, Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores, Influenza, Laringitis aguda, Laringitis obstructiva aguda, Laringotraqueítis, Neumonía, Síndrome bronquial obstructivo agudo, Síndrome bronquial obstructivo recurrente, Síndrome coqueluchoideo, Traqueítis, y Traqueobronquitis.

Existen una gran cantidad de factores que pueden actuar como factor protector o favorecer la proliferación de infecciones respiratorias agudas. Dentro de ellos se encuentra la lactancia materna, que se define como la alimentación del lactante con leche materna o de otra nodriza sin ningún suplemento sólido o líquido incluido el agua (7).

Es ampliamente sabido que la leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la Neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad (8). Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna no recibirán la protección necesaria contra las IRAs (5).

Otro factor que se relaciona con la presencia de IRAs atribuido al hogar es el nivel socioeconómico, en el se incluye la vivienda, el nivel de hacinamiento, los ingresos medios, la educación y el trabajo del jefe de hogar, clasificándose en cinco grupos de mayor a menor pobreza: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto (9). Respecto al nivel socioeconómico se ha encontrado una relación directa entre la frecuencia de presentación de las IRAs con las malas condiciones de la vivienda y el hacinamiento en el hogar ya que éste aumenta el riesgo de sufrir enfermedades respiratorias, ello debido a la posibilidad de contagio mediante las secreciones respiratorias que se expulsan al hablar, al respirar o al toser, siendo el riesgo mayor cuánto más cercanos están las personas (5).

En relación a lo anterior, un tema que está estrechamente ligado al nivel socioeconómico es la previsión de salud. La cual en Chile está integrada por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El subsector público está representado principalmente por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en su aspecto financiero y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en su componente de prestación de servicios (10).

El tramo al que pertenece el afiliado depende de su renta imponible y número de cargas (11).

- Tramo A: Carentes de recursos, beneficiarios con pensiones asistenciales.
- Tramo B: Con ingreso imponible mensual menor o igual a \$182.000
- Tramo C: Ingreso imponible mensual mayor a \$182.000 o igual a \$265.720 o más cargas pasan al tramo B.
- Tramo D: Ingreso imponible mensual mayor a \$265.720, con tres o más cargas pasan a tramo C.

Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y mutuales en su aspecto financiero

previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

Así mismo, la edad puede constituirse en un factor que podría influir en que el niño presente IRA (12). La mayoría de las infecciones respiratorias agudas ocurren en el primer año de vida y sobre todo en los primeros 6 meses, debido a la inmadurez de las vías respiratorias y sus mecanismos defensivos, lo que favorece la predisposición a presentar IRAs y complicaciones derivadas de estas (13).

También resulta importante considerar el estado nutricional como factor fundamental en la prevención de las IRAs. Dentro de los factores nutricionales que pueden influir en la presentación de IRA se incluyen bajo peso al nacer, estado nutricional, lactancia materna y niveles de vitamina A, entre otros (12).

El diagnóstico nutricional integral resulta de la evaluación antropométrica y la evaluación alimentaria que son datos que permiten determinar con precisión el estado nutricional de un niño (14).

Durante las últimas décadas se han realizado estudios demostrando que las alteraciones del estado nutricional deterioran cuantitativa y cualitativamente las respuestas inmunitarias y causan infecciones más frecuentes, prolongadas y graves que predisponen mayor morbilidad y mortalidad, especialmente en los niños de corta edad (15).

La IRA y la desnutrición tienen una relación directa. Un niño desnutrido tiene mayor probabilidad de contraer infecciones respiratorias. La IRA produce pérdida de peso y por ende déficit en el crecimiento y desarrollo del niño (5).

La contaminación ambiental y el clima es uno de los factores que más afecta a la población infantil en relación a las patologías respiratorias. Una investigación realizada en el área norte de Santiago, destacó que en más de la

mitad de los hogares de los niños se fumaba dentro de la casa, unido a la contaminación intradomiciliaria por calefacción (16).

Por otra parte se consideró como factor de riesgo para el Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) el tabaquismo materno (17), siendo fumar dentro del hogar una práctica que propicia las admisiones hospitalarias por Bronquiolitis Aguda (18).

La Comisión Nacional de Medio Ambiente (CONAMA), hace referencia al consumo de leña húmeda, al crecimiento del parque automotriz, las condiciones meteorológicas (vientos y bajas temperaturas), como factores que se conjugan para dar lugar a altas concentraciones de material particulado (MP), especialmente en los periodos de otoño e invierno (19).

Los cambios bruscos de temperatura, aumenta la virulencia de gérmenes oportunistas que atacan las vías respiratorias y que ocasionan las infecciones respiratorias. Así mismo factores ligados al clima frío, tales como el hacinamiento o la contaminación doméstica por residuos orgánicos, pueden ser a la larga responsables de la mayor morbimortalidad respiratoria durante los meses de invierno. El frío perjudicial es el que se inhala por la boca directamente a los bronquios, no el que circunda la piel, por esta razón no hay que abrigar más de lo normal a los niños, ni mucho menos encerrarlo en su vivienda (5).

Existen otros factores que de alguna manera pudieran relacionarse con una mayor incidencia de IRA en los niños tales como la educación de los padres, que se define como el proceso de aprendizaje permanente que abarca las distintas etapas de la vida de las personas y que tiene como finalidad alcanzar su desarrollo espiritual, ético, moral, afectivo, intelectual, artístico y físico, mediante la transmisión y el cultivo de valores, conocimientos y destrezas. Se enmarca en el respeto y valoración de los derechos humanos y de las libertades fundamentales,

de la diversidad multicultural y de la paz, y de nuestra identidad nacional, capacitando a las personas para conducir su vida en forma plena, convivir y participar en forma responsable, tolerante, solidaria, democrática y activa en la comunidad, y para trabajar y contribuir al desarrollo del país. La educación se manifiesta a través de la enseñanza formal o regular, de la enseñanza no formal y de la educación informal (20).

El grado de instrucción del individuo, influye primordialmente en la conducta que este adopte en este caso en relación a la IRA, en donde se puede observar que el nivel superior y/o secundario, asegura los conocimientos de salud básicos siendo los más importante aquellos que se refieren a los aspectos higiénicos y de prevención de enfermedades. Las características socio-culturales y del comportamiento pueden influir en los factores de riesgo descritos anteriormente (5).

También resulta importante considerar las deficiencias inmunitarias, pues este sistema actúa para proteger al huésped frente a los agentes o antígenos, como, bacterias, virus, hongos, parásitos, células malignas, las cuales pueden invadir al organismo. Para esto se basa en la función de dos ramas, la inmunidad innata o inespecífica y la específica o adquirida. Entre estos dos tipos se encuentran involucradas una serie de células inmunitarias competentes (macrófagos, células polimorfonucleares, linfocitos, eosinófilos, basófilos, mastocitos), además de diversos factores como: complemento, anticuerpos y citoquinas (21).

El sistema inmune se desarrolla progresivamente desde el período de recién nacido hasta el fin del período escolar. Durante los 3 a 5 primeros años de vida los niños pueden presentar infecciones bacterianas ocasionales, las cuales pueden incrementarse aún más por la asistencia a sala cuna/jardín infantil y por la presencia de hermanos mayores que asisten a instituciones infantiles o a la escuela (22).

Tal como se mencionó anteriormente el lactante desarrolla cierta inmunidad al alimentarse con lactancia materna exclusiva, pero además de esto es importante mencionar que la vacunación que se realiza durante el primer año de vida tiende a aumentar la resistencia del niño ante las IRAs y disminuye su incidencia (5).

La efectividad de las acciones preventivas que realizan las madres en relación a las IRAs está en estrecha relación con los conocimientos que posee la madre con respecto a este tema y con la calidad de los cuidados que otorga esta a su hijo/a.

En relación a lo anterior podemos definir calidad en el ámbito lingüístico como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie" (23). En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento (24).

Otra definición de calidad pero asociada al cuidador que en este estudio en particular corresponde a las madres se describe como aquel que es atento, sensible, estimulante, cariñoso y con suficientes recursos socioeconómicos, tales como salarios adecuados y capacitación para quienes proveen el cuidado, lo cual garantice que el cuidado brindado sea de calidad (25). Desde este punto de vista para brindar un cuidado de calidad se requiere que los cuidadores cuenten con recursos, tanto materiales como emocionales, los cuales orienten las respuestas adecuadas para suplir las necesidades de los niños durante la infancia.

Es por esto que es fundamental que el profesional de enfermería obtenga el mayor provecho de las instancias en las cuales esté en contacto con las madres y las eduque en relación a acciones de promoción, prevención y cuidados durante la rehabilitación de la enfermedad. Medidas que de ser llevadas a cabo de la manera correcta se traducen en cuidados de calidad.

Al hablar de promoción y prevención debemos decir en primer lugar, que ambos conceptos persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual tiene como límite la muerte. O sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de enfermedad. En cambio, la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final.

Además, la promoción formula e implanta políticas saludables y cambios en el entorno de vida del individuo. En este sentido la promoción hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud (26).

Un concepto estrechamente relacionado con la prevención y promoción al querer asegurar la continuidad de los cuidados es la rehabilitación, que se entiende como un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida (26).

En consecuencia, es necesario al educar, enfatizar en aquellas actividades relacionadas con el hogar, como; el manejo adecuado de signos y síntomas, manejo adecuado de la alimentación durante la enfermedad, abrigar adecuadamente al niño según las variaciones del clima, evitar cambios bruscos de temperatura, ventilación de los hogares, manejo ambiental (extra e intradomiciliario), evitar el hacinamiento, lavado de manos y también sobre las actividades relacionadas con el CESFAM como los beneficios de la lactancia materna, cumplimiento del calendario de vacunación; el cual tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y mortalidad secundarias a enfermedades

inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital, mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (27), cumplimiento de los controles de salud infantil de todos los niños/as entre 0 y 6 años de edad; ya que su función es la atención y fortalecimiento del desarrollo integral del niño/a, la atención de niños/as en situación de vulnerabilidad, e intervenciones educativas de apoyo de crianza (28), manejo adecuado del tratamiento farmacológico, adoptar medidas de colaboración además de las indicadas por el médico y por último el consumo completo de la alimentación complementaria entregada por el CESFAM, a todos los niño/as menores de 6 años, niños con peso de nacimiento menor a 1.500 gr y/o menos de 32 semanas de gestación, niños con enfermedad metabólicas y madres que amamantan; el objetivo es que todos los beneficiarios reciban y consuman este apoyo nutricional que entrega el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Con el propósito de mejorar y mantener el estado nutricional, aminorar brechas nutricionales, cubrir brechas económicas, lograr expresión del potencial genético y fomentar adherencia a las acciones de salud.

Es importante destacar que el PNAC se vincula con actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, y está condicionada a los controles de salud del niño y vacunación al día (29).

Todo lo anterior ha permitido en alguna medida que desde el año 2000 se produjera un notable descenso en la mortalidad infantil por IRA, el que ha sido influido por la acción de programas de acción, prevención y tratamiento precoz que desarrolla el sector salud, las mejores prácticas de elaboración estadística de los datos, y especialmente la mejor asignación de los códigos de causas de defunción (30).

Aun así, las IRAs siguen siendo un problema de salud pública, importante motivo por el cual fue incluida dentro de los Objetivos Estratégicos del Programa Nacional de Salud (PNS) 2011-2020 con los siguientes objetivos de impacto

dentro de los cuales se encuentra disminuir la morbimortalidad por IRA, que incluye disminuir la mortalidad respiratoria por grupo de edad y la morbilidad por IRA en niños, donde la meta es mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas (31).

Dentro de los objetivos del Plan Nacional de Salud (PNS) del año 2011, las IRAs fueron prioridad obteniéndose buenos resultados. Los objetivos planteados fueron: focalizar estrategias en servicios y comunas de alto riesgo, mejorando el acceso a los grupos más vulnerables; compromiso de gestión con los servicios mediante: herramientas de gestión en funcionamiento; campaña de comunicación social y por último, capacitación continua del recurso humano (anuales) (30).

Para el logro y cumplimiento de estos objetivos de impacto se crearon e implementaron estrategias específicas, en las cuales el profesional de Enfermería participa activamente, ya sea en su rol asistencial, educador, de gestión y administrador. Estas estrategias corresponden a: el Programa IRA, la Campaña de Invierno, el Programa del Surfactante e Indometacina, el Programa de Oxigenoterapia Ambulatoria, la incorporación de la atención ambulatoria de las IRAs Bajas a las Garantías Explícitas en Salud (GES), con vigencia legal desde 1 de Julio de 2005, y Asma Bronquial moderada y severa en menores de 15 años, desde el año 2006. También se ha mantenido la vigilancia epidemiológica de IRA mediante Oxigenoterapia Ambulatoria y Centros Centinelas, estos últimos han entregado indicadores, que han permitido adecuar los recursos al incremento de las necesidades estacionales de estas enfermedades y gestionar la Campaña de Invierno (30).

Paralelamente se realiza vigilancia de IRA en los servicios de urgencia de la RM, Antofagasta, Valparaíso, Bío-Bío, De la Frontera y de Los Lagos, de abril a septiembre (30).

Anualmente se desarrollan cursos de capacitación sobre el programa de IRA en enero y marzo, además de seminarios de capacitación continua semanales

en IRA en todos los Centros de Salud y Servicios hospitalarios según corresponda. Y por último se realiza una evaluación anual de los programas IRA en diciembre de cada año (30).

El avance más significativo ha sido la instalación de un total de 523 salas IRA para atención primaria. Durante el año 2000 se dió inicio a las salas IRA en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) con 42 salas en todo el país, las cuales se incrementan cada año y permiten atender durante los fines de semana y festivos (en caso de que la Autoridad Sanitaria lo declare, en función del riesgo epidemiológico). Hasta 2005 habían 120 salas IRA disponibles en SAPU, en todo el país. “En general se ha logrado atender y hospitalizar a prácticamente toda la población infantil que lo ha requerido (cobertura cercana al 100%)” (30).

A octubre del año 2007, fueron atendidos 845.581 casos de IRA infantil por medio de GES, de las cuales 819.402 fueron a través de FONASA y 26.179 por ISAPRE (32).

Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSAL), en conjunto con el consejo Nacional VIDA CHILE formuló prioridades sanitarias y condicionantes de salud a intervenir desde la promoción, comprometiéndose en noviembre del 2002, con metas de impacto sobre los condicionantes de la salud (alimentación, actividad física, tabaco) y los factores protectores psicosociales y ambientales de la salud infantil (30).

Desde 1994 el MINSAL implementó un sistema de evaluación y vigilancia nutricional, el cual entrega indicadores nutricionales; y según estos datos, la prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años ha disminuido durante los últimos 10 años, manteniéndose estable desde 1999 (0,5%) (30).

Este avance se debe en gran medida a que uno de los objetivos de desarrollo propuestos para el 2000 fue la implementación de Estrategias de

Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital, para la cual se desarrolló un piloto en dos Servicios de Salud durante 2004 y se extendió al país en 2005 (30).

Un rol fundamental en la prevención, curación y rehabilitación de las IRAs, se cumple en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) donde el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad (33).

La transición al nuevo modelo de salud con enfoque familiar y comunitario se comenzó a gestar en el año 1993, pero fue finalmente en el año 2001, con la reforma sectorial que, el modelo de atención integral con enfoque familiar, se constituyó legalmente en la nueva manera de atender y se establecen las bases en torno a una gestión, articulada a las redes asistenciales (34).

Los elementos fundamentales de este enfoque se resumen considerando la continuidad de la atención y de los cuidados de salud, es por ello que en el nivel primario estará dado por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo a través de la sectorización. La prestación de servicios integrados, a pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Se considera también la resolutivez que es la capacidad de dar respuesta a las necesidades de las personas. La responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes, en donde se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales y recuperativas. La participación social comprendida como las distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la

opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Y por último el impacto sanitario debido a que debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la estimación del daño y mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista biopsicosocial.

En resumen los desafíos para el desarrollo del modelo están centrados en la capacidad del sistema de establecer una real articulación entre los distintos componentes (institucional, social, comunitario, familiar) y una sólida gestión que oriente la forma en que se organizan los recursos (2).

MODELO DE ENFERMERIA

De acuerdo a todo lo planteado anteriormente es que se considera que el Modelo de Sistemas propuesto por Betty Neuman (Enfermera) es el más adecuado y posible de aplicar de acuerdo a la temática del estudio. La teoría de sistemas surgió gracias a los trabajos de Ludwing von Bertalanffy, biólogo alemán, publicados entre 1950 y 1968, y que posteriormente recoge Betty Neuman, enfermera que trabajó en salud mental, publicando su teoría en 1972 que nace como respuesta a la petición de sus alumnos de postgrado.

El modelo de Betty Neuman se ocupa principalmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión en el desarrollo y mantenimiento de la salud. Se describe a la persona como un sistema abierto puesto que interactúa con el medio ambiente para permitir la armonía y mantener el equilibrio entre los ambientes interno y externo.

Conceptos principales y definiciones (35):

Sistema abierto: Se le llama sistema abierto cuando los elementos se intercambian la energía de la información.

Entrada y salida: Se entiende como entrada o (“input”) a la fuerza de partida del sistema que provee el material o la energía para la operación del sistema, en el adquiere insumos de su medio ambiente. Adecuándolo al presente estudio se considera input a toda la información formal e informal. Dentro de la formal se encuentra aquella entregada por el equipo de salud en su CESFAM e informal a toda información que pueda recibir la madre de su entorno.

Posteriormente se encuentra la salida o (“output”) que es el resultado del proceso que debe ser coherente con el objetivo del sistema, por ende, las

prácticas que la madre realice van a estar predeterminada por la información que recibió.

Retroalimentación: Es la información producida en la salida desde el cliente para una futura entrada y de esta manera corregir las prácticas. Se debe considerar la información que pueda entregar el cliente (usuario) hacia la fuente de información de manera de contribuir a posibles modificaciones en las prácticas realizadas por las madres.

Negentropía: Definido como un proceso de utilización de la energía que favorece de la progresión del sistema. Aplicado al estudio se puede considerar la forma en que la madre utiliza la información de manera adecuada para prevenir la IRA.

Entropía: Al contrario se considera la utilización incorrecta o inadecuada de la información por parte de las madres de manera que el sujeto de estudio presenta IRA.

Estabilidad: Es el equilibrio en que el cliente logra mantener la estabilidad del sistema.

Entorno: Se considera las fuerzas internas y externas que afectan al sistema.

Entorno creado: Se considera el ambiente que busca proporcionar un sitio seguro para el funcionamiento del sistema y para aislar al cliente de los elementos estresantes. Se puede considerar a la familia como un entorno creado ya que cumple la función de proteger al cliente (niño menor de 5 años).

Sistema cliente: Se consideran las variables fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual en interacción con el entorno constituyen el sistema del cliente. La variable fisiológica se refiere a la estructura y función del organismo, la

variable psicológica refiere a los procesos mentales en interacción con el entorno, en cuanto a lo sociocultural hace referencia a los efectos y las influencias de condiciones sociales y culturales, la variable de desarrollo se refiere a los procesos y las actividades relacionadas con la edad y por último la variable espiritual se refiere a creencias e influencias espirituales.

Estructura básica del cliente: Corresponden a los factores de supervivencia básicos comunes a todos los miembros de las especies.

Línea de resistencia: Representan a los recursos que ayudan al cliente a defenderse de un elemento estresante. La cantidad de resistencia frente a un elemento estresante está determinada por la interrelación de las cinco variables del sistema cliente.

Línea normal de defensa: Esta incluye las variables y las conductas del sistema, como los patrones habituales de control del individuo, su estilo de vida y estadio de desarrollo. Se mantiene a lo largo del tiempo y es un estándar para valorar las desviaciones del bienestar normal del cliente.

Línea flexible de defensa: Esta es dinámica y se percibe como un amortiguador de protección que evita que los elementos estresantes crucen la línea normal de defensa y entren en el estado normal de bienestar. La relación de las cinco variables puede afectar como los individuos utilizan la línea flexible de defensa para reaccionar a los elementos estresantes.

Bienestar: Es cuando las partes del sistema del cliente interaccionan en armonía con el sistema completo y se satisfacen las necesidades del sistema.

Enfermedad: Incluye la no satisfacción de las necesidades provocando que el sistema se vuelva inestable con gasto de energía, produciéndose IRA en los sujetos en estudio.

Elementos estresantes: Estos constituyen estímulos productores de tensión que se generan dentro del sistema del cliente. Existen fuerzas intrapersonales que tienen lugar en el interior del individuo, como las respuestas condicionadas, luego están a fuerza interpersonal que tienen lugar entre uno o más individuos como las expectativas de rol y por último están las fuerzas extrapersonales que se dan en el exterior del individuo como la situación económica.

Grado de reacción: Es la cantidad de energía necesaria para que el individuo se adapte a los elementos estresantes.

Prevención como intervención: Estas son acciones determinadas que ayudan a que el cliente mantenga la estabilidad del sistema, lo consiga y/o lo mantenga. Las intervenciones se basan en el grado real de reacción, los recursos los objetivos y el resultado previsto.

Prevención primaria: Se lleva a cabo cuando se sospecha de un elemento estresante o ya se ha identificado su presencia. La intervención puede reducir la posibilidad de que el sujeto se encuentre con el elemento estresante, puede reforzar al individuo para que afronte el elemento o reforzar la línea flexible de defensa.

Prevención secundaria: Esta actúa cuando se ha producido la manifestación de los síntomas de estrés. Se utilizan los recursos externo e internos del cliente para estabilizar el sistema, con la intención de reforzar las líneas internas de resistencia, reducir la reacción y aumentar los factores de resistencia.

Prevención terciaria: Pretende conseguir que el paciente recupere la estabilidad óptima del sistema. Su objetivo es reforzar su resistencia a los estresantes para prevenir la recurrencia de la reacción o la regresión.

MODELO DE SISTEMAS. Betty Neuman 1970.

Aplicado a Relación entre las IRAs y Calidad de los Cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años

Elementos estresantes

- Intrapersonales: Morbilidad asociada del sujeto de estudio como asma por ejemplo.
- Interpersonales: Cumplimiento del rol cuidador por parte de la madre (si logra cumplir su rol o no).
- Extrapersonales: mala ventilación del hogar, corrientes de aire, mala utilización de calefacción y/o inasistencia a los controles.

Estructura básica

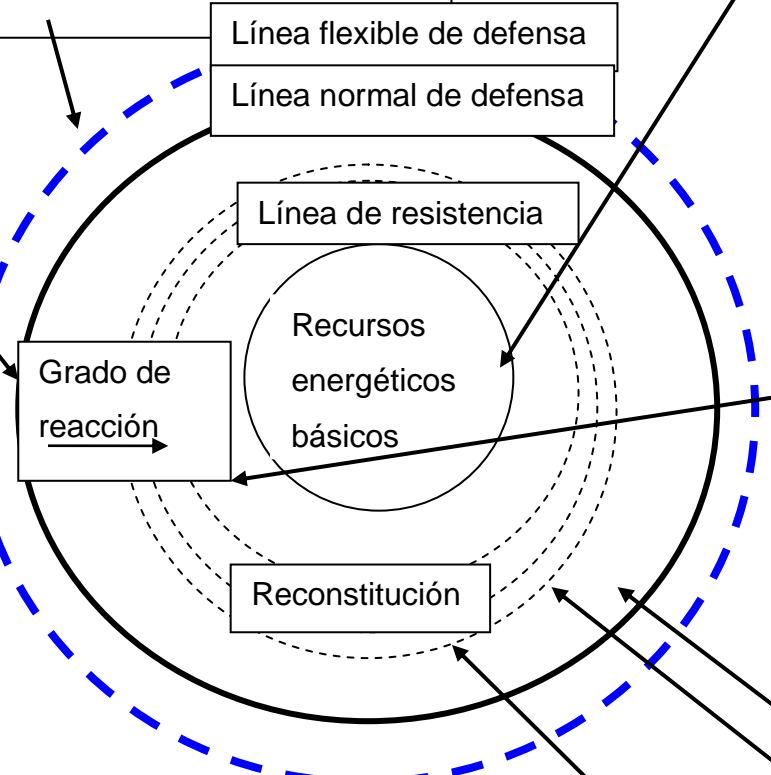
- Genética del individuo.
- Sistema inmune inmaduro relacionado con la edad del sujeto de estudio.

Reacción

- Sistema inmune (línea de resistencia) fortalecido debido a una alimentación adecuada.
- Sistema inmune (línea normal de defensa) como lavado de manos, higiene optima en el hogar.

Prevención

- Madre identifica factores estresantes para prevenir las IRAs.
- Madre sigue las indicaciones del tratamiento para restablecer el equilibrio.
- Madre acude a las sesiones kinesiológicas para rehabilitación.



Elementos estresantes

- Hacinamiento.
- Ventilación.
- Cambios de temperatura.
- Educación padres.
- Contaminación ambiental.
- Estado nutricional.

Intervenciones

- Proporcionar abrigo adecuado.
- Alimentación adecuada.
- Vacunación anti influenza.
- Utilizar medidas físicas para disminuir la T°.
- Asistencia a control en el CESFAM.
- Correcta administración de tratamiento medicamentoso.

Es el retorno a la estabilidad luego de ocurrida la intervención realizada por la madre.

MARCO EMPIRICO

Un estudio cualitativo realizado por Martha Lucia Cujíño y Lorena Muñoz, en el año 2001, acerca de los conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, en menores de cinco años, en donde se observa que las prácticas más frecuentes para el manejo de la gripe son la administración de hierbas y preparaciones caseras, medicamentos, descongestionantes, antitusígenos y antibióticos de forma indiscriminada. También realizan algunas prácticas coherentes y beneficiosas, al igual que otras que son inocuas o por el contrario, pueden representar algún riesgo de complicación (36).

Otro estudio descriptivo, correlacional realizado por Edith Rivas, Catalina Sepúlveda, Luis Bustos y Sabrina Sepúlveda, en Chile, el año 2011, sobre las condiciones sociales, factores biológicos y conducta de cuidado materno en prevención de enfermedades respiratorias en lactantes, realizado en forma secuencial en 239 lactantes y sus madres, concluyó que la conducta de cuidado se relaciona con SBO, las madres revelaron déficit en la conducta de cuidado hacia su hijo, conductas como calefaccionar, ventilar y evitar fuentes de contagio en su hogar (37).

En un estudio realizado por Ana Valdés y Humberto Martínez, La Habana, Cuba, sobre el nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y practicas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos, en el año 1999, se obtuvo como conclusión que los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres del área de la salud fueron significativamente mayores que las obtenidas por las madres entrevistadas en el centro de atención secundaria por ende el conocimiento, prácticas y actitudes de las madres con niños hospitalizados fueron menos acertadas y pueden haber sido un factor contribuyente al ingreso a la hospitalización (38).

Según otro estudio correlacional, realizado por Carmen Honorio, Lima, Perú, sobre conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre prevención de infecciones respiratorias agudas, el año 2002, cuya muestra estuvo constituida por 71 madres, y se concluyó que las prácticas que emplean las madres para la prevención IRA son correctas en un 50,7% e incorrectas con un 49,3%. Por tanto, es necesario que las madres conozcan las prácticas correctas que contribuyan a reducir la morbilidad como también las complicaciones de las IRA (5).

En otro estudio de caso y control, realizado por Pulgarin *et al.*, Medellín en el año 2009 sobre conocimientos y prácticas del cuidador (considerando como principal cuidador a las madres) como factor asociado a IRA en niños de 2 meses a 5 años, se concluyó que las prácticas como no contar con alcantarillado, inadecuada disposición de excretas y el manejo inadecuado de líquidos orales en el hogar son consideradas factores riesgo para la aparición de IRA (39).

Luego en el año 2011, el mismo estudio de caso y control realizado por Pulgarin *et al.*, sobre conocimientos y prácticas del cuidador (considerando como principal cuidador a las madres) como factor asociado a IRA en niños de 2 meses a 5 años obtuvo como resultado que dentro de las prácticas desarrolladas por las madres cuando el niño presenta alguna infección respiratoria aguda se destaca el adecuado manejo de la fiebre, mientras que el resto de prácticas tuvieron proporciones de manejo adecuado entre regulares y malas por lo cual se concluye que las prácticas en los cuidadores fueron inadecuados (40).

Propósito de la investigación:

Determinar la relación entre Infecciones Respiratorias Agudas y la Calidad de los Cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra de Chillán, 2012.

Objetivo General 1:

Determinar el tipo de IRA que presenta el niño, características biosociodemográficas y calidad de los cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra de Chillán, 2012.

Objetivos específicos:

- Determinar el tipo de IRA que presentan los niños en estudio, según el IRA Alta y Baja.
- Determinar la edad, lugar de procedencia, antecedentes mórbidos y nivel educacional y previsión de salud de las madres de los niños en estudio.
- Determinar la edad gestacional, edad actual, antecedentes mórbidos, diagnóstico nutricional integral, número de veces que han presentado IRA durante el último año y asistencia a sala cuna o jardín infantil de los niños menores de 5 años.
- Determinar la calidad de los cuidados que las madres realizan en el hogar cuando su hijo presenta IRA.
- Determinar la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al CESFAM, cuando su hijo presenta IRA.

Objetivo General 2:

Relacionar Infecciones Respiratorias Agudas con las características biosociodemográficas y la Calidad de los Cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra de Chillán, 2012.

Objetivos específicos:

- Relacionar la edad, lugar de procedencia, antecedentes mórbidos, nivel educacional y previsión de salud de las madres de los niños en estudio, con IRA.
- Relacionar la edad gestacional, edad actual, antecedentes mórbidos, diagnóstico nutricional integral, número de veces que han presentado IRA durante el último año y asistencia a sala cuna o jardín infantil de los niños menores de 5 años, con IRA.
- Relacionar la calidad de los cuidados que realizan las madres en el hogar, con IRA.
- Relacionar la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al CESFAM y vacunación antiinfluenza con IRA.

LISTADO DE VARIABLES

Variable Dependiente: Infección Respiratoria Aguda.

Variables Independientes:

- Dimensión Biosociodemográfica
 - De la madre.
 - Edad
 - Procedencia
 - Antecedentes mórbidos
 - Nivel educacional
 - Previsión de Salud
 - Del niño/a
 - Edad gestacional
 - Edad del niño/a
 - Antecedentes mórbidos
 - Diagnóstico nutricional integral
 - Número de episodios de IRA que el niño/a ha presentado durante el último año
 - Asistencia a sala cuna o jardín infantil
- Calidad de los Cuidados que realiza la madre:
 - En el hogar, relacionados con:
 - Presencia de tos, fiebre y/o dolor de garganta en el niño/a.
 - Alimentación del niño/a.
 - Manejo del ambiente donde vive el niño/a.
 - Lavado de manos.

- En el CESFAM, relacionado con:
 - Inasistencia a control de salud.
 - Vacunación antiinfluenza
 - Consumo de la alimentación complementaria entregada por el CESFAM.
 - Manejo farmacológico.
 - Consulta por IRA y rehabilitación.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Diseño de tipo analítico correlacional y de corte transversal realizado en los meses de Abril y Mayo.

Universo

El universo en estudio estará compuesto por los niños menores de 5 años diagnosticados con IRA a la fecha de aplicación del instrumento en el CESFAM Violeta Parra de la ciudad de Chillán del año 2012.

Muestra

La muestra se obtuvo a partir del Registro Estadístico Mensual (REM) del departamento de estadística del CESFAM Violeta Parra, del cual se estimó un promedio del número de consulta por IRA de los meses de Abril y Mayo del año 2011. Se calculó un tamaño muestral de 366 niños/as con una prevalencia teórica de 0.5, un error muestral del 10% y un nivel de confianza de 95%. Con lo cual se obtuvo un resultado de muestra de 77 niños.

Unidad de análisis

Niños/as menores de cinco años inscritos y diagnosticados con infección respiratoria aguda del CESFAM Violeta Parra, Chillán.

Criterios de Elegibilidad

Las características de inclusión de la unidad de análisis corresponden a niños de procedencia urbana o rural, de ambos sexos y que cursen con IRA al momento de aplicación del instrumento.

Se excluirán a niños que presenten una enfermedad concomitante, tales como enfermedades cardíacas, neurológicas, inmunológicas (distintas a asma y

alergias) y oxígeno dependiente. Además se excluirán aquellos casos en que la madre no sea el cuidador principal.

Se eliminarán a los niños cuyas madres no acepten responder el cuestionario voluntariamente o que abandonen el estudio antes de responder completamente el cuestionario (Anexo 2).

Recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó la programación de horas semanal, de atención médica por morbilidad infantil en la Oficina de Agenda. En función de dicha programación se abordó a las madres en las salas de espera una vez que sus hijos/as fueron atendidos por médico, procediendo a consultar si el diagnóstico realizado correspondió a IRA; en caso de respuestas afirmativas se verificaron los criterios de exclusión e inclusión. A las madres que cumplieron con los criterios de elegibilidad, se les informó el propósito del estudio, para posteriormente solicitarle su consentimiento (Anexo 3), aceptado y firmado el documento correspondiente, se les aplicó el cuestionario guiado y semiestructurado definitivo, titulado “Evaluación de la Calidad de los Cuidados” creado por los autores del estudio. Dicho instrumento consta 31 preguntas, de ellas 5 son abiertas, y 26 cerradas, de estas, 18 son de tipo politómicas y 8 dicotómicas. Cabe destacar que el cuestionario, consta de preguntas de caracterización Biosociodemográfica y dos dimensiones: Calidad de los cuidados en relación al hogar y al CESFAM, que a su vez se categorizan en óptima, regular y mala (Anexo 4). El cuestionario fue guiado por el investigador y respondido de forma individual, en la sala de espera del CESFAM.

Validez y Confiabilidad

Para verificar la comprensión del instrumento, el cuestionario se sometió a una prueba piloto en una muestra de 10 madres distintas a la de muestra final pero con características similares a las definidas en los criterios de elegibilidad, en las cuales se aplicó el cuestionario considerando el tiempo aproximado, la

apreciación final de la forma, manera y formato de responder, chequear la pertinencia y cuantificar la cantidad de preguntas con problemas en la redacción.

Aspectos Éticos

La participación en este estudio fue voluntaria. Se cauteló la confiabilidad de los datos y el anonimato en el manejo de la información entregada por las madres de los niños/as en estudio.

Por medio de la Dirección de Escuela de enfermería se solicitó previamente autorización para la aplicación del instrumento a las correspondientes autoridades del CESFAM Violeta Parra.

A través del consentimiento informado (Anexo 3) se garantizaron los derechos del participante por medio del cumplimiento de los principios éticos, es decir que el participante pudo retirarse cuando lo estimó conveniente, se cumplió con la confidencialidad de los datos, y su participación no constituyó riesgo ni compensación de ningún tipo. Se solicitó la participación informada y no forzada por medio de la firma de la declaración voluntaria. Los participantes tuvieron derecho a la resolución de dudas y a tener conocimiento de los resultados obtenidos.

Descripción del instrumento recolector

El instrumento recolector de datos corresponde a cuestionario (Anexo 2) guiado y semiestructurado titulado “Evaluación de la Calidad de los Cuidados” elaborado y corregido por los autores del estudio, consta 31 preguntas, de ellas 5 son abiertas, y 26 cerradas, de estas, 18 son de tipo politómicas y 8 dicotómicas. Cabe destacar que el cuestionario, consta de preguntas de caracterización Biosociodemográfica y dos dimensiones: Calidad de los cuidados en relación al hogar y al CESFAM, que a su vez se categorizan en óptima, regular y mala (Anexo 4).

Procesamiento de datos

Luego del levantamiento de datos se construyó una matriz en el programa Excel versión 2007. La cual fue exportada al paquete estadístico Stata versión 10.1. Para las variables de tipo razón se comprobó la normalidad de ellas a través de la prueba de Shapiro–Wilk, cuando esta presentó un valor de $p > 0.05$ se asumió distribución normal por cuanto su descripción estuvo basada en la media y desviación típica; o en caso contrario se aplicó la mediana y rango intercuartílico (p75-p25).

Para las variables de tipo nominales se distribuyó por medio de frecuencias observadas (n) y relativas porcentuales (%). En el caso de variables ordinales se adicionó la frecuencia relativa acumulada.

Con el objeto de correlacionar las variables del estudio se aplicó en las tablas de contingencia la prueba de independencia de Chi cuadrado, siempre y cuando presentaran frecuencias esperadas ≥ 5 , de lo contrario se reemplazó por los coeficientes de gamma y V de Cramer para variables ordinales y nominales respectivamente.

Para todo el análisis inferencial se considerará un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Se estudió a una población de 77 madres de niños menores de 5 años con diagnóstico de infección respiratoria aguda (IRA) durante los meses de abril y mayo 2012, que asisten al CESFAM Violeta Parra, Chillán.

Tabla 1
Distribución de niños/as menores de 5 años según tipo de IRA

TIPO DE IRA	n	%
Alta	36	46,75
Baja	41	53,25
Total	77	100,00

Fuente: Asociación entre Infecciones Respiratorias Agudas y la Calidad de los Cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra de Chillán, 2012.

La tabla 1 presenta la proporción de IRA observada en los niños de las madres estudiadas, en la cual el **53,25%** correspondió a consultas por IRA Baja.

Tabla 2
Distribución de madres con niños/as menores de 5 años según características biosociodemográficas (n=77)

Características biosociodemográficas de las madres	$\bar{X} \pm DS^\dagger$
Edad (años)	29,87 \pm 8,37

Fuente: Idem tabla 1

† Promedio \pm Desviación Estándar

En relación a las características biosociodemográficas de la madre, la tabla 2 indica que la edad en promedio de ellas es de 29,87 años con una desviación estándar de 8,37 años.

Tabla 2.1
Distribución de madres con niños/as menores de 5 años según características biosociodemográficas (n=77)

Características biosociodemográficas de las madres	n	%
Edad (años)		
≤ 19	4	5,19
20 – 35	54	70,13
36 – 45	15	19,48
≥ 46	4	5,19
Lugar de procedencia		
Urbano	68	88,31
Rural	9	11,69
Antecedentes mórbidos		
EPOC	0	0
DM y/o HTA	4	5,19
Depresión	4	5,19
Ninguna	69	89,61
Nivel educacional		
Básica	8	10,39
Media	37	48,05
Superior	30	38,96
Incompleta	2	2,60
Previsión de salud		
FONASA A	39	50,65
FONASA B	15	19,48
FONASA C	10	12,99
FONASA D	11	14,29
ISAPRE	2	2,60

Fuente: Idem tabla 1

En relación a las características biosociodemográficas de la madre, la tabla 2.1 indica que el **70,13%** corresponde a madres de edades comprendidas entre 20 y 35 años; **88,31%** de procedencia urbana; **89,61%** sin antecedentes mórbidos conocidos; el **48,05** y **38,96%** con nivel educacional medio y superior, respectivamente; mientras que el **50,65%** indica que su sistema de salud es FONASA A.

Tabla 3
Distribución de niños/as menores de 5 años según sus características biosociodemográficas (n=77)

Características biosociodemográficas del niño	$\bar{X} \pm DS$
Edad gestacional (semanas)	38,29 ± 2,60
Edad actual (meses)	25,84 ± 17,13
Número de episodios de IRA durante último año	3,32 ± 2,61

Fuente: Idem tabla 1

† Promedio ± Desviación Estándar

En relación a las características biosociodemográficas de los niños/as en estudio, la tabla 3 señala que la edad gestacional de estos tiene un promedio de 38,29 semanas con una desviación estándar de 2,60 semanas, edad actual con un promedio de 25,84 meses y desviación estándar de 17,13 meses y número de episodios de IRA con un promedio de 3,32 y desviación estándar de 2,61 episodios en el último año.

Tabla 3.1
Distribución de niños/as menores de 5 años según sus características biosociodemográficas (n=77)

Características biosociodemográficas del niño	n	%
Edad gestacional (semanas)		
< 38	15	19,48
38 – 40	51	66,23

> 40	11	14,29
Edad actual (meses)		
≤ 12	21	27,27
13 – 24	19	24,68
25 – 48	26	33,77
≥ 49	11	14,29
Antecedentes mórbidos		
Asma	4	5,19
SBOR	7	9,09
Alergias	6	7,79
Ninguna	60	77,92
Diagnóstico nutricional integral		
Bajo peso	3	3,90
Normal	61	79,22
Sobrepeso	12	15,58
Obeso	1	1,30
Número de episodios de IRA durante último año		
≤ 2	40	51,95
3 – 6	27	35,06
≥ 7	10	12,99
Asistencia a sala cuna o jardín infantil		
Sí	54	70,13
No	23	29,87

Fuente: Idem tabla 1

La tabla 3.1 indica las características biosociodemográficas de los niños/as en estudio, a partir de la cual se señala que el **66,23%** corresponde a niños con edad gestacional de término; el **51,95%** presenta una edad menor o igual a 2 años; el 9,09% tiene como antecedente mórbido SBOR; el **79,22%** tiene un diagnóstico nutricional integral normal; el **51,95%** tiene dos ó menos episodios de IRA y el **70,13%** actualmente asiste a una sala cuna o jardín infantil.

Tabla 4

Distribución de niños/as menores de 5 años según la calidad de los cuidados que realizan las madres en el hogar (n=77)

Calidad de los cuidados que realizan las madres en el hogar	n	%
Optimo	13	16,88
Regular	54	70,13
Malo	10	12,99
Total	77	100,00

Fuente: Ídem tabla 1

En relación a la calidad de los cuidados que realizan las madres a sus hijos en el hogar, la tabla 4 muestra que el **70,13%** efectúa cuidados “regulares” y el **12,99%** “malos”.

Tabla 5

Distribución de las madres con niños/as menores de 5 años según la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al CESFAM

Calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al CESFAM	n	%
Óptimo	29	37,66
Regular	35	45,45
Malo	13	16,88
Total	77	100,00

Fuente: Ídem tabla 1

En relación a la calidad de los cuidados en el CESFAM, la tabla 5 muestra que el **45,45%** realiza cuidados “regulares” y en cambio un **16,88%** ejecuta “malos” cuidados.

Tabla 6
 Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según la edad de la madre

TIPO DE IRA	EDAD MADRES (años)				Total
	≤ 19	20 - 35	36 – 45	≥ 46	
Alta	2 (5,56)	26 (72,22)	7 (19,44)	1 (2,78)	n= 36 (100,00)
Baja	2 (4,88)	28 (68,29)	8 (19,51)	3 (7,32)	n= 41 (100,00)

Fuente: Ídem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0,1032

La tabla 6 presenta la relación entre la edad de la madre y el tipo de IRA, en la cual se destaca que el **72,22%** de los niños que presentan IRA Alta y el **68,29%** IRA Baja, sus madres tienen entre 20 y 35 años de edad; presentándose una correlación leve entre ambas variables (Coeficiente V de Cramer=0,1032).

Tabla 7
 Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según la procedencia de la madre

TIPO DE IRA	PROCEDENCIA		Total
	Urbano	Rural	
Alta	30 (83,33)	6 (16,67)	n= 36 (100,00)
Baja	38 (92,68)	3 (7,32)	n= 41 (100,00)

Fuente: Ídem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.1452

Respecto a la relación entre procedencia de la madre y tipo de IRA, la tabla 7 muestra que el **83,33%** de los niños en estudio que presentan IRA Alta y el **92,68%** IRA Baja, sus madres provienen de zona urbana; habiendo una correlación leve entre la procedencia y el tipo de IRA (Coeficiente V de Cramer=0.1452).

Tabla 8

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según los antecedentes mórbidos de la madre

TIPO DE IRA	ANTECEDENTES MÓRBIDOS				Total
	EPOC	DM y/o HTA	Depresión	Ninguna	
Alta	0	1 (2,78)	3 (8,33)	32 (88,89)	n= 36 (100,00)
Baja	0	3 (7,32)	1 (2,44)	37 (90,24)	n= 41 (100,00)

Fuente: Ídem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.1630

La tabla 8 muestra la relación entre antecedentes mórbidos de la madre y el tipo de IRA del niño, señala que un **8,33%** con Depresión presentan IRA Alta y un **7,32%** con DM y/o HTA cursa con IRA Baja; habiendo una correlación leve entre ambas variables (Coeficiente V de Cramer=0.1630).

Tabla 9

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según el nivel educacional de la madre

TIPO DE IRA	NIVEL EDUCACIONAL				Total
	Básica	Media	Superior	Incompleta	
Alta	3 (8,33)	15 (41,67)	17 (47,22)	1 (2,78)	n= 36 (100,00)
Baja	5 (12,20)	22 (53,66)	13 (31,71)	1 (2,44)	n= 41 (100,00)

Fuente: Ídem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.1628

En cuanto a la relación entre nivel educacional de la madre y tipo de IRA del niño, la tabla 9 indica que un **47,22%** corresponde a IRA Alta con nivel educacional superior; un **53,66%** y **31,71%** a IRA Baja con nivel educacional medio y superior respectivamente; con una correlación leve entre ellas (Coeficiente V de Cramer=0.1628).

Tabla 10

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según previsión de salud de la madre

TIPO DE IRA	PREVISIÓN DE SALUD					Total
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	ISAPRE	
Alta	20 (55,56)	8 (22,22)	3 (8,33)	5 (13,89)	0 (0,00)	n= 36 (100,00)
Baja	19 (46,34)	7 (17,07)	7 (17,07)	6 (14,63)	2 (4,88)	n= 41 (100,00)

Fuente: Ídem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.2124

La tabla 10 muestra la relación entre previsión de salud de la madre y tipo de IRA del niño, indica que los que presentan IRA Alta el **55,56%** de las madres pertenecen a FONASA A y el **13,89%** a FONASA D; mientras que para IRA Baja el **46,34%** tiene FONASA A y el **14,63%** FONASA D; no obstante, su correlación es leve (Coeficiente V de Cramer=0.2124).

Tabla 11

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según su edad gestacional

TIPO DE IRA	EDAD GESTACIONAL (semanas)			Total
	< 38	38 – 40	> 40	
Alta	7 (19,44)	23 (63,89)	6 (16,67)	n= 36 (100,00)
Baja	8 (19,51)	28 (68,29)	5 (12,20)	n= 41 (100,00)

Fuente: Ídem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.0649

Respecto a la relación entre edad gestacional y tipo de IRA, la tabla 11 muestra que un **19,44** y **16,67%** de los niños con IRA Alta nacieron de pretérmino y postérmino, respectivamente; mientras que un **19,51** y **12,20%** de los que cursaron con IRA Baja fueron de pretérmino y postérmino, respectivamente; existiendo correlación leve entre ambas variables (Coeficiente V de Cramer=0.0649).

Tabla 12
 Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según su edad actual

TIPO DE IRA	EDAD ACTUAL (meses)				Total
	≤12	13 – 24	25-48	≥49	
Alta	11 (30,56)	6 (16,67)	13 (36,11)	6 (16,67)	n= 36 (100,00)
Baja	10 (24,39)	13 (31,71)	13 (31,71)	5 (12,20)	n= 41 (100,00)

Fuente: Ídem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0,1767

En relación a la asociación entre edad actual de los niños y tipo de IRA, la tabla 12 señala que, el **47,23%** de los niños que presentan IRA Alta y el **56,1%** IRA Baja, tienen 24 o menos meses de edad, mientras que en el grupo etareo con 49 meses o más con IRA Baja el porcentaje fue de un **12,20%**; habiendo una correlación leve entre ambas variables (Coeficiente V de Cramer=0,1767).

Tabla 13
 Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según sus antecedentes mórbidos

TIPO DE IRA	ANTECEDENTES MÓRBIDOS				Total
	Asma	SBOR	Alergias	Ninguna	
Alta	1 (2,78)	1 (2,78)	3 (8,33)	31 (86,11)	n= 36 (100,00)
Baja	3 (7,32)	6 (14,63)	3 (7,32)	29 (70,73)	n= 41 (100,00)

Fuente: Ídem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.2372

La tabla 13 presenta los antecedentes mórbidos de los niños estudiados relacionados al tipo de IRA, en la cual se observa que en el grupo de IRA Baja el **14,63%** presenta como antecedente Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR), mientras que en el grupo de IRA Alta la proporción fue de un **2,78%**; sin embargo, la correlación entre estas variables fue leve (Coeficiente V de Cramer=0.2372).

Tabla 14

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según su diagnóstico nutricional integral

TIPO DE IRA	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL				Total
	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obeso	
Alta	2 (5,56)	30 (83,33)	4 (11,11)	0 (0,00)	n= 36 (100,00)
Baja	1(2,44)	31 (75,61)	8 (19,51)	1 (2,44)	n= 41 (100,00)

Fuente: Idem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.1754

Al relacionar el DNI y tipo de IRA, la tabla 14 muestra que el **83,33%** de los niños que presentan IRA Alta y el **75,61%** IRA Baja, tienen diagnóstico nutricional normal; habiendo una correlación leve entre estas variables (Coeficiente V de Cramer=0.1754).

Tabla 15

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según número de episodios que ha presentado durante el último año

TIPO DE IRA	NÚMERO DE EPISODIOS			Total
	≤ 2	3 – 6	≥ 7	
Alta	23 (63,89)	10 (27,78)	3 (8,33)	n= 36 (100,00)
Baja	17 (41,46)	17 (41,46)	7 (17,07)	n= 41 (100,00)

Fuente: Idem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.2281

La tabla 15 indica la relación entre número de episodios de IRA en el último año y tipo de IRA, el **63,89%** de los niños que cursan con IRA Alta registran 2 ó menos episodios de IRA anuales, a diferencia del **41,46%** con IRA Baja los cuales presentan entre 3 y 6 episodios. Existiendo una asociación leve entre ambas variables (Coeficiente V de Cramer=0.2281).

Tabla 16

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según su asistencia a sala cuna o jardín infantil

TIPO DE IRA	ASISTENCIA A SALA CUNA O JARDIN INFANTIL		Total
	Sí	No	
Alta	26 (72,22)	10 (27,78)	n= 36 (100,00)
Baja	28 (68,29)	13 (31,71)	n= 41 (100,00)

Fuente: Idem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.0428

Respecto a la relación entre la asistencia a sala cuna o jardín infantil y tipo de IRA, la tabla 16 indica que el **72,22%** de los niños que presentan IRA Alta y el **68,29%** IRA Baja, corresponde a los que asisten actualmente a una sala cuna o jardín infantil; habiendo una asociación leve entre ambas variables (Coeficiente V de Cramer=0.0428).

Tabla 17

Tipo de IRA del niño menor de 5 años asociado a la calidad de los cuidados que realizan las madres en hogar

TIPO DE IRA	CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE REALIZAN LAS MADRES EN EL HOGAR			Total
	Óptima	Regular	Mala	
Alta	9 (25,00)	21 (58,33)	6 (16,67)	n= 36 (100,00)
Baja	4 (9,76)	33 (80,49)	4 (9,76)	n= 41 (100,00)

Fuente: Idem tabla 1

Coeficiente V de Cramer=0.2467

Respecto a la relación entre la calidad de los cuidados que realizan las madres en el hogar y el tipo de IRA, la tabla 17 muestra que el **58,33** y **16,67%** de los niños con IRA Alta, sus madres presentan una calidad de cuidados en el hogar “regular” y “mala” respectivamente. De igual manera en el grupo con IRA Baja

fueron del **80,49** y **9,76%** en las mismas categorías. Habiendo una correlación leve entre ambas variables (Coeficiente V de Cramer=0.2467).

Tabla 18

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, relacionado a la calidad de los cuidados en relación al CESFAM

TIPO DE IRA	CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE REALIZAN LAS MADRES EN RELACION AL CESFAM			Total
	Óptima	Regular	Mala	
Alta	8 (22,22)	20 (55,56)	8 (22,22)	n= 36 (100,00)
Baja	21 (51,22)	15 (36,59)	5 (12,20)	n= 41 (100,00)

Fuente: Idem tabla 1

Chi² (2 gl) = 6.9388; p = 0.031

En cuanto a la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al CESFAM, la tabla 18 señala que en el grupo de niños con IRA Alta el **55,56%** de las madres realiza cuidados “regulares” y el **22,22%** “malos”. Similarmente en el grupo de IRA Baja las proporciones son del **36,59%** para cuidados “regulares” y **12,20%** “malos”. Existiendo una relación estadísticamente significativa entre la calidad de los cuidados y el tipo de IRA en los participantes del estudio (Chi²(2gl)=6.9388; p = 0.031).

Tabla 19

Tipo de IRA del niño menor de 5 años, según vacunación anti-influenza.

TIPO DE IRA	VACUNACION ANTI-INFLUENZA		Total
	Sí	No	
Alta	11 (30,56)	25 (69,44)	n= 36 (100,00)
Baja	27 (65,85)	14 (34,15)	n= 41 (100,00)

Fuente: Idem tabla 1

Chi²(1) = 9,5550 p= 0.002

La tabla 19 muestra la relación entre la adquisición de inmunidad específica y tipo de IRA, revela que en un **69,44%** de los niños que presentan IRA Alta no

han sido vacunados este año, en cambio el **65,85%** con IRA Baja si le fue administrada la vacuna; habiendo una relación altamente significativa ($\text{Chi}^2(1)=9,5550$ $p= 0.002$).

DISCUSION DE RESULTADOS

El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre Infecciones Respiratorias Agudas y la Calidad de los Cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra.

La importancia de desarrollar este tema radica en que las IRAs se ubican entre las 10 principales causas de defunción en la población general mundial, y dentro de las 3 primeras causas de muerte entre los menores de 5 años, según Barría M. *et al.*, 2008, en su estudio “Factores Asociados a Infecciones Respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida”. Además en Chile según el MINSAL 2005, las IRAs constituyen en promedio anual el 60% de las consultas pediátrica en atención primaria y servicios de urgencia, por lo que sigue siendo un problema de salud pública y es la principal causa de mortalidad infantil tardía.

La muestra estuvo compuesta por niños menores de 5 años, que acudieron a consulta por morbilidad en el CESFAM Violeta Parra de Chillán. Se decidió estudiar esta muestra por que los niños menores de cinco años son los que tienen mayor incidencia de IRAs y presentan entre 6 y 8 episodios anuales lo cual es respaldado por García G. *et al.*, 2001, en su investigación “Infecciones virales de vías respiratorias inferiores en lactantes hospitalizados”: etiología, características clínicas y factores de riesgo”.

De los resultados obtenidos en el presente estudio se obtuvo que el mayor porcentaje de consultas con un 53,25% fue por IRA Baja. Estos resultados son concordantes con los obtenidos en el estudio de López B. *et al.*, 2001, llamado “Infección respiratoria aguda baja (IRAB) del niño en atención primaria”; donde el porcentaje de niños que consulta por IRA Baja corresponde a un 60,2%. De este porcentaje la mayoría fueron consultas por SBO. Estos resultados se pueden deber a que generalmente las IRAs Altas son tratadas en el hogar y las madres

acuden con sus hijos a consulta por morbilidad cuando los signos y síntomas son evidentes, y el cuadro ya esta complicado.

Al relacionar el tipo de IRA con la edad de la madre, se obtuvo que el 72,22% de los de niños que presentan IRA Alta y el 68,29% IRA Baja, sus madres tienen entre 20 y 35 años de edad, presentándose una correlación leve entre ambas variables. Resultado que es concordante con lo planteado en un estudio realizado por Valdés R. *et al.*, 1999, llamado “Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos”, donde el 88,68% corresponde a madres superan los 20 años de edad.

Al relacionar las variables procedencia de la madre y tipo de IRA, se aprecia que el 83,33% de los niños en estudio que presentan IRA Alta y el 92,68% IRA Baja, sus madres provienen de zona urbana, habiendo sólo una correlación leve entre ambas variables; lo que concuerda con el estudio realizado por Cesar G. *et al.*, llamado “Factores de riesgo de IRAs bajas” donde la incidencias de IRA varía marcadamente entre niños provenientes de los sitios urbanos (cinco a nueve episodios por niño por año) y los rurales (tres a cinco episodios); no habiendo una asociación estadísticamente significativa entre la procedencia y el tipo de IRA. Este resultado se puede deber a que la mayoría de los usuarios del CESFAM pertenecen a zona urbana.

El análisis de la relación entre antecedentes mórbidos de la madre y el tipo de IRA del niño, arroja que existe una correlación leve entre ambas variables lo cual difiere con un estudio similar realizado por Pérez S. *et al.*, 2009, llamado “Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para Infección Respiratoria Aguda (IRA) que motiven llevar al niño menor de 1 año a un Centro de Salud”, donde el 33,9% de los niños incluidos en el estudio, tiene algún familiar directo que presenta algún antecedente mórbido de tipo respiratorio, de éstos el 97,5% corresponde a asma y el 2,5% restante corresponde a EPOC. Esta

discordancia de resultados puede deberse a que este estudio considera a cualquier familiar directo no solo específicamente a la madre.

Al establecer la relación entre nivel educacional de la madre y tipo de IRA del niño, se aprecia que la incidencia de IRA Baja es mayor en las madres de niños con educación media y superior con un 53,66 y 31,71% respectivamente con una correlación leve entre ellas, lo que es concordante con un estudio realizado por Álvarez D. *et al.*, 2009, titulado “Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años, sus factores de riesgos clínicos y epidemiológicos” donde el nivel educacional de las madres representa un 45,3% y 32,6% para bachillerato y secundaria. Esto se puede justificar por qué los hijos de madres que poseen mayor instrucción, estudian o trabajan por lo cual deben delegar el cuidado de sus hijos a otros cuidadores, sala cuna o jardines infantiles, lo cual aumenta el riesgo de contagio. Desde el punto de vista del profesional de enfermería este hecho es tremendamente beneficioso ya que el proceso educativo se hace más comprensible, facilitando aún más la función educadora de enfermería.

Mientras que al analizar la relación entre previsión de salud de la madre y tipo de IRA del niño, se observa en la mayoría de los casos tanto en IRA Alta como Baja con un 55,56 y 46,34% respectivamente corresponde a madres con previsión de salud pública (FONASA A), lo cual es concordante con los resultados obtenidos en un estudio realizado por Pérez S. *et al.*, 2009, llamado “Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para Infección Respiratoria Aguda (IRA) que motiven llevar al niño menor de 1 año a un Centro de Salud”, donde el 86,6% de los niños en estudio pertenece al nivel socioeconómico bajo (FONASA A y B) de acuerdo a la clasificación estructurada por tipo de previsión de salud, lo cual es muy probable debido a que se trata solo de población beneficiaria del sistema público. Sin embargo sólo se logró establecer una correlación leve entre estas variables; lo que se puede sostener a través de una investigación realizada por Barría P. *et al.*, 2008, llamada “Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida” donde afirma que los

factores socioeconómicos como bajo ingreso familiar no presentan asociación significativa a IRA.

La relación entre edad actual de los niños y tipo de IRA se aprecia que un 56,1% de los niños menores de 24 meses desarrollaron IRA Baja, habiendo una correlación leve entre ambas variables. Resultados que son concordantes con los hallados en un estudio de Pimentel *et al.*, llamado “Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.) en una muestra de niños Dominicanos”, en el cual se aprecia que el 89,6% de los niños con IRA eran menores de 5 años de los cuales 62,5% tenían menos de 2 años. Este resultado se debe a la inmadurez del sistema inmunológico en los niños de esta edad y a las diferencias anatómicas que presentan con los niños de edades superiores.

Dentro de los antecedentes mórbidos encontrados en los niños/as que desarrollaron IRA Baja, un 14,63% padecen SBOR; habiendo una correlación leve entre estas variables. Estos resultados son concordantes con los obtenidos en un estudio realizado por Girardi B. *et al.*, 2001, llamado “El programa IRA en Chile: hitos e historia” donde el antecedente previo de SBOR en niños influía en el desarrollo de IRA Baja con un 16,4%.

Al relacionar número de episodios de IRA en el último año con tipo de IRA, se destaca que los niños que presentan IRA Baja desarrollan de 3 a 6 episodios de IRA anuales. Existiendo una correlación leve entre ambas variables. Lo cual es concordante con un estudio realizado por López B. *et al.*, 2001, llamado “Infección respiratoria aguda baja (IRAB) del niño en atención primaria”, donde un 30,3% de los niños menores de 5 años con IRA Baja desarrollaron entre 3 y 6 episodios de IRA anuales.

Con respecto a la relación entre asistencia a sala cuna o jardín infantil y tipo de IRA, se aprecia que un 68,29% asiste actualmente correspondiendo a IRA Baja, habiendo sólo una asociación leve entre ambas variables, lo que contrasta con los resultados obtenidos por Delpiano M. *et al.*, 2006, llamado “Características

y costos directos de infecciones respiratorias agudas en niños de guarderías infantiles” donde del total de los niños que asiste a jardín infantil un 61,3% presento IRA Baja en lactantes y un 39,4% en pre-escolares, estableciéndose una relación altamente significativa entre las variables estudiadas. Lo que hace imperioso que el profesional de enfermería a través del CESFAM planifique, desarrolle y ejecute actividades educativas en relación a las IRA en las educadoras de párvulo con la finalidad de disminuir los contagios entre los niños que asisten al establecimiento educativo.

Al analizar la relación entre la calidad de los cuidados que realizan las madres en el hogar y el tipo de IRA, se observa que en la mayoría de los niños que presentaron IRA Alta las madres realizaban cuidados regulares y malos en un 75% de los casos; mientras que en los niños que desarrollaron IRA Baja la calidad de los cuidados fue con un 90,25% entre regular y malo; existiendo sólo una correlación leve entre ambas variables. Lo cual es concordante con un estudio de características similares a esta investigación, que fue realizada por Honorio Q., 2002, llamada “Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas”, donde el 85% de las madres tienen un conocimiento de medio a bajo sobre las medidas de prevención de la Infección Respiratoria Aguda y un 49,3% realiza prácticas incorrectas. En este mismo ámbito Rivas R. *et al.*, 2011, realizaron un estudio llamado “Condiciones sociales, factores biológicos y conducta de cuidado materno en prevención de enfermedades respiratorias en lactantes” donde se aprecia que al asociar IRA Baja con la conducta de cuidado de las madres reveló que existe déficit en la conducta de cuidado hacia su hijo.

En cuanto a la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al CESFAM, se aprecia que en el grupo de niños con IRA Alta el 55,56% de las madres realiza cuidados “regulares” y el 22,22% “malos”. Similarmente en el grupo de IRA Baja las proporciones son del 36,59% para cuidados “regulares” y 12,20% “malos”; habiendo una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2(2gl)=6.9388$;

p = 0.031) cual entre la calidad de los cuidados y el tipo de IRA en los participantes del estudio. Lo que es similar a los resultados obtenidos en un estudio realizado por Morales *et al.*, 1999, llamado “Grado de conocimiento y prevención materna de la Infección Respiratoria Aguda en el niño menor de 5 años”, donde solo el 51% de los medicamentos son indicados por un médico, lo que se traduce en una alarmante cifra de automedicación, por asuntos económicos o de tiempo en cuanto a la espera de atención, además un 25% de los niños no tiene su vacunograma completo. Esto se puede producir por la escasa educación otorgada en el CESFAM en relación a la prevención, administración correcta de medicamentos, reconocimiento de signos de alarma, lo cual potencia las malas prácticas de parte de las madres, afectando esto la calidad de los cuidados que realizan las madres. Hecho que se evidencia en un estudio realizado por Pérez S. *et al.*, 2009, llamado “Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma para Infección Respiratoria Aguda (IRA) que motiven llevar al niño menor de 1 año a un Centro de Salud”, el cual muestra que la falta de entrega de alguna unidad educativa por algún profesional de la salud respecto a IRA, tiene relación con el nivel de conocimiento de las madres sobre este tema, ya que se demuestra en este estudio que el índice de éste factor de riesgo disminuye a medida que aumenta el nivel de conocimiento con índices nivel bajo, medio y alto. Demostrando que la educación realizada por algún profesional de la salud, es influyente en el nivel de conocimientos del padre o cuidador, respecto al tema y mejorar así la calidad de los cuidados que realizan las madres a sus hijos en relación a las actividades relacionadas con el CESFAM.

La relación entre tipo de IRA y la adquisición de inmunidad específica a través de la vacuna anti-influenza revela que las madres que no vacunan a sus hijos, estos presentan una mayor proporción de IRA Baja con un 65,85%, con un p-value altamente significativo ($\chi^2(1)=9,5550$ p= 0.002). Lo cual es concordante con un estudio realizado por Vega-Briceño *et al.*, 2006, llamado “Vacuna anti-influenza en niños: Estado del arte” donde se muestra que la mayoría de las hospitalizaciones pediátricas ocurren en niños bajo 2 años de edad y alrededor de

60% en lactantes bajo 12 meses, afectando en su gran mayoría (60-75%) a niños sanos, los que no son incluidos en los grupos de riesgo "tradicionales" con indicación de vacuna anti influenza. Además menciona que cuando el pediatra recomienda la vacuna, 70% de los niños la recibe; mientras que cuando no la recomienda, sólo 3% la recibe. También menciona que muchos padres e incluso algunos miembros del personal de salud piensan, erróneamente, que los síntomas asociados a la vacunación son peores que la misma enfermedad o que puede producir una "pequeña gripe". Lo cual reafirma la necesidad de la población de recibir educación en relación a este tema y derribar así los mitos que circulan en torno a la inmunización.

En relación al análisis de evidencia según teoría de enfermería se puede inferir que de acuerdo a lo establecido por Betty Neuman en su "Modelo de Sistemas" y el presente estudio se considera: a la infección respiratoria aguda como el concepto de "enfermedad"; a las variables en estudio como "línea normal y flexible de defensa" y finalmente según los resultados obtenidos indican que la calidad de los cuidados entregados por las madres es de regular a malo constituyéndolos como "elemento estresante interpersonal".

Se considera el grado de reacción como la buena calidad de los cuidados entregados por la madre los cuales permitirían a los niños adaptarse a los elementos estresantes. Este adecuado grado de reacción se obtendría mediante intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo a los elementos estresantes presentes en el niño que traspasan las líneas de defensa.

IRA como enfermedad puede estar influenciada por una serie de elementos estresantes dentro de los cuales se encuentran los intrapersonales como la edad y los antecedentes mórbidos del niño, los interpersonales en que se encuentra la calidad de los cuidados de las madres y extrapersonales que son los pertenecientes al entorno como hacinamiento, ventilación, cambios de temperatura, contaminación ambiental. El niño se considera como un sistema

abierto de recursos energéticos básicos que se ve afectada por estos elementos estresantes, los que desestabilizan el equilibrio entre las fuerzas internas y externas del individuo dando paso a la instalación de la enfermedad.

CONCLUSION, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

El estudio “Infecciones respiratorias agudas asociada a Calidad del Cuidado que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra, de Chillán” permitió concluir que:

Con respecto a la clasificación del tipo de IRA de los 77 niños en estudio un 46,75% corresponde a IRA Alta y un 53,25% desarrollo IRA Baja.

Características biosociodemográficas de la madre

En relación a la edad de la madre, el 5,19% corresponde a madres con edad menor e igual a 19 años, el 70,13% tiene entre 20 y 35 años, el 19,48% entre 36 y 45 años y 5,19% a mayor e igual a 46 años de edad, con una media de 29,87 años y una desviación estándar de $\pm 8,37$, es decir entre 21,5 y 38,24 años.

En cuanto la procedencia de las madres un 88,31% corresponde a urbano y un 11,69% proviene de rural.

En base a los antecedentes mórbidos de la madre de los niños en estudio un 89,61% no presenta antecedentes mórbidos, un 5,19% presenta DM y/o HTA y el 5,19% presenta depresión.

El nivel educacional de las madres indica que un 10,39% alcanza el nivel educacional básica, un 48,05% logro la enseñanza media, un 38,96% posee estudios superiores y un 2,60% tiene nivel educacional incompleta.

Al determinar la previsión de salud de las madres se encontró que un 50,65% pertenece al tramo A de FONASA, un 19,48% al tramo B, un 12,99% al tramo C y un 14,29% al tramo D, mientras que un 2,60% está afiliado a ISAPRE.

Características biosociodemográficas del niño

En cuanto a la edad gestacional un 19,48% es inferior de 38 semanas, un 66,23% se encuentra entre 38 y 40 semanas y un 14,29% supera las 40 semanas de gestación, con una media de 38,29 semanas y una desviación estándar de $\pm 2,6$, es decir entre 35,69 y 40,89 semanas de gestación.

En relación a la edad actual de los niños estudiados un 27,27% es menor a 12 meses, un 24,68% se encuentra entre 13 y 24 meses, un 33,77% entre 25 y 48 meses y 14,29% su edad es mayor o igual a 49 meses, con una media de 25,84 meses y una desviación estándar de 17,13, es decir entre 8,71 y 42,97 meses.

En base a los antecedentes mórbidos del niño un 5,19% presenta asma, un 9,09% tiene SBOR, un 7,79% presenta alergias y un 77,92% sin antecedentes mórbidos

De acuerdo al DNI de los niños en estudio un 3,90% tiene como diagnóstico bajo peso, un 79,22% se encuentra normal, un 15,58% y 1,30% se encuentra sobrepeso y obeso respectivamente.

Según el número de episodios de IRA un 51,95% presentó 2 o menos, 35,06% tuvo entre 3 a 6 y un 12,99% desarrollo 7 o más episodios, con una media de 3,32 episodios y una desviación estándar de 2,61, es decir entre 0,71 y 5,93 episodios anuales.

En cuanto a la asistencia a sala cuna o jardín infantil un 70,13% asiste y un 29,87% no asiste.

Calidad de los cuidados que realizan las madres.

En base a la calidad de los cuidados que realiza la madre en el hogar se observa que un 16,88% corresponde a cuidados óptimos, un 70,13% a cuidados de calidad regular y 12,99% a mala calidad de los cuidados.

Por otro lado con respecto a la calidad de los cuidados en el CESFAM un 37,66% de las madres realiza cuidados óptimos, mientras que un 45,45% realiza cuidados regulares y un 16,88% se clasifica como malos.

Relación entre IRA y características biosociodemográficas de la madre

Mientras que al relacionar la variable IRA con edad de la madre podemos encontrar que dentro del grupo de niños que desarrollaron IRA Alta (n= 36, 100%) un 5,56% de las madres son menores de 19 años, un 72,22% se encuentra entre el rango de 20 a 35 años, un 19,44% entre 36 y 45 años y las madres mayores o iguales a 46 años corresponden a 2,78%. En cuanto a los niños que presentaron IRA Baja, (n= 41, 100%) un 4,88% de las madres son menores de 19 años, en el rango de 20 a 35 años se encuentran un 68,29% de estas, mientras que entre los 36 a 45 años corresponden a un 19,51% y las madres mayores o iguales a 46 años alcanzan un 7,32%.

Al relacionar IRA con procedencia de la madre se encuentra que dentro de los niños con IRA Alta (n= 36, 100%) un 83,33% proviene de zona urbana y un 16,67% de rural, mientras que de los niños clasificados con IRA Baja (n= 41, 100%) un 92,68% proviene de urbano y un 7,32% es de rural.

Al relacionar IRA con antecedentes mórbidos de la madre se encontró que dentro de IRA Alta (n= 36, 100%) un 2,78% presentaba DM y/o HTA, un 8,33% depresión y un 88,89% no presentaba alguna patología. Por otro lado dentro de los niños clasificados con IRA Baja (n= 41, 100%) un 7,32% de las madres tenía DM y/o HTA, un 2,44% depresión y un 90,24% no presentaba alguna patología de base.

Con respecto a la relación entre IRA y el nivel educacional de las madres se aprecia que dentro del grupo que desarrollo IRA Alta (n= 36, 100%) un 8,33% tiene educación básica, un 41,67% educación media, un 47,22% educación superior y 2,78% educación incompleta. Mientras que los que se encuentran

dentro del grupo de IRA Baja (n= 41, 100%) un 12,20% tiene educación básica, un 53,66% media, un 31,71% superior y un 2,44% incompleta.

Con respecto a la relación entre IRA Alta (n= 36, 100%) según previsión salud, se aprecia que un 55,56% corresponden al tramo A, un 22,22% tramo B, 8,33% tramo C y un 13,89% tramo D, en cuanto al grupo encontrado en IRA Baja (n= 41, 100%) un 46,34% se encuentra en FONASA A, un 17,07% en tramo B, un 17,07% tramo C, un 14,63% tramo D y un 4,88% en ISAPRE.

Relación entre IRA y características biosociodemográficas del niño

Con respecto al tipo de IRA y edad gestacional se encuentra que dentro de IRA Alta (n= 36, 100%) un 19,44% de los niños en estudio tuvieron una edad gestacional menor de 38 semanas, un 63,89% se encuentra entre 38 a 40 semanas y un 16,67% mayor de 40 semanas. En la IRA Baja (n= 41, 100%) se observa que un 19,51, un 68,29 y un 12,20% en los rangos anteriormente señalados respectivamente.

En cuanto a la relación entre IRA y edad de los niños en estudio se aprecia que en IRA Alta (n= 36, 100%) un 30,56% de los niños son menores de 12 meses, 16,67% se encuentra entre 13 y 24 meses, un 36,11% está entre 25 a 48 meses y un 16,67% es mayor o igual a 49 meses. En IRA Baja (n= 41, 100%) se observa que un 24,39% es menor de 12 meses, entre los 13 y 24 meses se encuentra un 31,71% repitiéndose este porcentaje para los niños entre 25 y 48 meses y por último los niños mayores o iguales a 49 meses corresponden al 12,20% del total de los clasificados con IRA Baja.

Con respecto a la relación entre tipo de IRA y los antecedentes mórbidos del niño en estudio se encuentra que dentro del grupo de IRA Alta (n= 36, 100%) tanto asma como SBOR presentaban un 2,78%, alergias correspondían a 8,33% y un 86,11% no tenía alguna patología de base, mientras que para IRA Baja (n= 41, 100%) se encontró que tanto asma como alergias presentaron un 7,32%, SBOR

correspondía a un 14,63% y un 70,73% de los niños no tenía antecedentes mórbidos.

Mientras que al relacionar IRA con DNI se encontró que dentro de los niños clasificados con IRA Alta (n= 36, 100%) un 5,56% estaba bajo peso, un 83,33% se clasificó como normal y un 11,11% estaba sobrepeso, por otro lado en IRA Baja (n= 41, 100%) un 2,44% correspondía a bajo peso, un 75,61% con DNI normal, un 19,51% con sobrepeso y un 2,44% obeso.

Al relacionar IRA con número de episodios se aprecia que dentro de IRA Alta (n= 36, 100%) un 63,89% a desarrollado menos de 2 episodios en el último año, un 27,78% a presentado entre 3 y 6 y un 8,33% 7 o más episodios. Dentro de IRA Baja (n= 41, 100%) se encuentra que un 41,46% a desarrollado menos de 2 eventos, al igual que entre 3 a 6 episodios, mientras que los niños que presentaron 7 o más corresponden a un 17,07%.

Al relacionar IRA con asistencia a sala cuna o jardín infantil se observa que para IRA Alta (n= 36, 100%) un 72,22% asiste y un 27,78% no, mientras que dentro de los niños con IRA Baja 68,29 % asiste y un 31,71% no asiste.

Relación entre IRA y calidad de los cuidados que realizan las madres

En relación a IRA y la calidad de los cuidados que realizan las madres en el hogar se aprecia que para IRA Alta (n= 36, 100%) un 25% realiza cuidados óptimos, un 58,33% se clasifica como regulares y un 16,67% corresponden a malo, por otro lado en IRA Baja (n= 41, 100%) un 9,76% realiza cuidados óptimos, un 80,49 y 9,76% realiza cuidados regulares y malos, respectivamente.

Mientras que al relacionar IRA con la calidad de los cuidados de las madres en relación al CESFAM se observa que para IRA Alta (n= 36, 100%) un 22,22% se clasifica como cuidado óptimo, un 55,56% es regular y un 22,22% corresponden a malo. Dentro de los niños con diagnóstico de IRA Baja (n= 41, 100%) se observó

que la calidad de los cuidados óptimo, regular y malo corresponden a 51,22%, 36,59% y un 12,20% respectivamente.

En base a la relación entre IRA y vacunación antiinfluenza se observa que dentro del grupo de niños que presentaron IRA Alta (n=36, 100%) un 30,56% a recibido la vacuna y un 69,44% no, mientras que dentro de los niños que presentaron IRA Baja (n=41, 100%) un 65,85% se vacunó y mientras que el 34,15% no.

SUGERENCIAS

- Taller de una sesión a madres de niños menores de 6 meses clasificados con riesgo alto de IRA, según la pauta de evaluación de factores de riesgo, enfocado a educación preventiva de nivel primario sobre manejo ambiental intra y extradomiciliario e identificación de signos y síntomas de alerta, realizado por Enfermera de cada sector, al inicio del período de invierno.
- En la formación práctica profesional de Atención Primaria Infantil, se sugiere realizar intervenciones educativas a los niños/as menores de 5 años que asisten a sala cuna o jardín infantil, dirigido a educadora de párvulo de cada establecimiento. Esta educación está enfocada en prevención primaria de IRA, entregando material de apoyo escrito y visual, post evaluación de docente a cargo.
- Se sugiere realizar actividades educativas sobre medidas de prevención primaria específica que ayuden a derribar los prejuicios y mitos que existen en relación a las vacunas, mediante una campaña radial de los medios de comunicación local previo inicio de la campaña de vacunación anti-influenza para incentivar a la comunidad a acudir a los centros de salud para acceder a esta prestación. Además realizar una entrevista en vivo de 30 minutos a un profesional de enfermería del CESFAM, con el objetivo de resolver las dudas e inquietudes que tenga la comunidad por medio de llamados telefónicos, con respecto a la vacuna.
- Que en futuras investigaciones desarrolladas por profesionales de la salud, creen una pauta estandarizada que sea capaz de evaluar la calidad de los cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años en relación a IRA. Y que posteriormente esta pauta pueda ser implantada post evaluación del MINSAL en los Centros de Salud. Esta será ejecutada por el profesional de enfermería una vez al año, al iniciar el período de campaña de invierno durante el control de salud infantil.

- Para mayor cobertura y estandarización de la atención, realizar capacitaciones de actualización anuales al personal técnico de enfermería en medidas de prevención primaria de IRA, dirigida por Kinesiólogo del CESFAM al inicio del período de invierno.
- Se sugiere que en el nivel de atención primaria la educación entregada en relación a IRA se considere como criterio a evaluar, respondiendo a un estándar de cinco minutos que deberá emplear cada enfermera en control de salud infantil a los niños/as menores de 5 años con una cobertura del 100% de esta población; este debe ser vigilado como un indicador de calidad de la atención, asegurándose que todos los padres o cuidadores que asistan la reciban, manteniendo un registro en la hoja de actividades diarias de enfermería, que respalde las acciones realizadas.
- Se sugiere, que el personal encargado del área comercial del CESFAM enfatice la difusión del fono MINSAL “Salud Responde” 600-360-7777, donde existen profesionales de la salud que atienden dudas las 24 horas los 7 días de la semana.
- Para mayor reforzamiento de las indicaciones entregadas por el equipo de salud a madres de niños que cursan con IRA, se sugiere que el CESFAM gestione con alguna empresa telefónica la implementación de un medio de comunicación vía mensaje de texto, en el cual se refuercen las medidas de prevención secundaria, con la finalidad de que las madres recuerden tanto las indicaciones recibidas (horarios), medidas generales de prevención intra y extradomiciliaria, e identificación de signos y síntomas de gravedad con respectivos pasos a seguir.
- Contemplar en futuros estudios de relación entre IRA y calidad de los cuidados que realizan las madres a grupos de población pertenecientes tanto del sistema público como privado de salud.

- Realizar un estudio de caso y control que incluya las variables propuestas en este estudio, para poder así determinar los factores de riesgo y protectores asociados a IRA.
- Realizar estudios con enfoque transcultural, en el contexto de la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación a las IRA considerando etnias predominantes según la región en la cual se realice el estudio y utilizando modelos de enfermería que se basen en este enfoque.
- Realizar el levantamiento de datos durante los meses de mayor consulta de morbilidad por IRA.
- Con respecto al sesgo del observado, se cree que es necesario realizar un instrumento capaz de llevar de lo subjetivo a lo objetivo de las respuestas que indica la madre, siendo para esto necesario aplicar otros métodos como visitas domiciliarias y/o seguimiento registrado y monitoreado en el hogar y CESFAM mensuales realizado por enfermera y estadísticamente archivado por REM del establecimiento, todo esto con el fin de obtener resultados que reflejen fidedignamente los cuidados que realizan las madres en relación al hogar y CESFAM.
- Referente al sesgo del instrumento, se sugiere someter el cuestionario creado especialmente para atención abierta a juicio de expertos como profesional de la salud entre ellos enfermero, pediatra, kinesiólogo; sociólogo, estadístico y epidemiólogo, para luego aplicar prueba piloto y completar el proceso de validación, en los meses de mayor consulta de morbilidad por IRA.

LIMITACIONES

- Escasa ventana de tiempo para la recogida de datos.
- Instrumento no validado por juicio de expertos.
- Subjetividad de la respuesta otorgada por las madres de los niños en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARRÍA M, CALVO M. Factores Asociados a Infecciones Respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida, Revista chilena de pediatría v.79 n.3 Santiago jun. 2008 [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es>[consulta: 18 Diciembre 2011]
2. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en menores de 5 años. 1st Ed. Santiago: Misal, 2005.
3. GARCIA R. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, Revista Médica Electrónica, v.32 n.3 Matanzas, policlínico universitario REYNOLD GARCÍA . Mayo-junio. 2010 [en línea] <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-8242010000300010&script=sci_arttext> [consulta: 14 Diciembre 2011]
4. CIFUENTES, L. Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría Ambulatoria. [en línea] <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/infecrespag.html>> [consulta: 22 Diciembre 2011]
5. HONORIO, C. Conocimientos y su Relación con las Prácticas de la Madre de Niños Menores de 5 años sobre la Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas en el C.S. Max Aria Schreiber. Lima Perú, 2002.
6. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME. Guías de Practica Clínica Basadas en la Evidencia. Infección Respiratoria Aguda. [en línea] <<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/infeccion%20respiratoria.pdf>> [consulta: 21 Diciembre 2011]

7. AGUILAR, M y FERNANDEZ, M. Lactancia Materna Exclusiva, México 2002 [en línea] < <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>> [consulta: 21 Diciembre 2011]

8. Organización mundial de la salud, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recién nacido, Nutrición. [en línea] <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/index.html> [consulta: 22 Diciembre 2011].

9. Gobierno de Chile Ministerio de trabajo y previsión social, Encuesta Nacional de Trabajo Infantil, Definiciones <<http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>> [consulta: 22 Diciembre 2011]

10. SISTEMA DE SALUD CHILENO. Contexto histórico y normativo. [en línea] <http://wiki.ead.pucv.cl/images/d/d5/Sistema_de_Salud_Chileno.pdf> [consulta: 15 Mayo 2012]

11. GOBIERNO DE CHILE. Superintendencia de Salud. [en línea] <<http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-4008.html>> [consulta: 15 Mayo 2012]

12. VICTORA, C. Infecciones respiratorias en niños, Factores de Riesgo en las IRA Bajas, Sección I: Magnitud del problema, Capitulo [en línea] 46-56P <<http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi1-1-3.pdf>> [consulta: 22 Diciembre 2011].

13. ALVAREZ Díaz Maidelyn, RODRIGUES Gonzales Andrés, DOMINGUES Prieto Magaly, IGLESIAS Reyes Clara, ARMAS Romero Idalys. Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años, sus factores de riesgos clínicos y epidemiológicos, Tesis para optar al título de especialista en atención primaria de

salud, Facultad de Ciencias Medicas Ernesto Che Guevara de la Serna, Candelaria, 2009. 17h.

14. SCHLESINGER, L. Alteraciones inmunológicas en la desnutrición. [en línea] <<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v44n5/art08.pdf>> [consulta: 15 Mayo 2012]

15. MINISTERIO DE SALUD. Situación Nutricional de la Población Infantil menor de 6 años. [en línea] <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/MEX04_Chile.pdf> [consulta: 15 Mayo 2012]

16. LOPEZ I, SEPULVEDA H, NAZAR R, MARTINEZ W, PACHECO P, MONTERO A. Infección respiratoria aguda baja (IRAB) del niño en atención primaria, Revista chilena de pediatría v.72 n.3 Santiago mayo 2001 [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062001000300004&script=sci_arttext>[consulta: 23 Enero 2012]

17. OGRA PL. Respiratory syncytial virus: the virus, the disease and the immune response [en línea] <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14980256>> [consulta: 23 Enero 2012]

18. D' SOUZA RM. Housing and environmental factors and their effects on the health of children in the slums of Karachi, Pakistan [en línea] <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9881135>> [consulta: 23 Enero 2012]

19. CONAMA. Estudio de apoyo para la elaboración de un plan de descontaminación para las comunas de Temuco y Padre Las Casas generación de información sobre condiciones de calidad del aire [en línea] http://www.sinia.cl/1292/articles-28476_recurso_2.pdf [consulta: 23 Enero 2012]

20. Ley Núm. 20.370, Establece la Ley General de Educación, Decreto 70/2010 Ministerio de Educación, Aprueba Reglamento para la Designación de Integrantes del Consejo Nacional de Educación, Establecido en la Ley N° 20.370, Santiago, 29 de enero de 2010. Normas Generales, Párrafo 1º.

21. MARCOS, A; NOVOA, E; MONTERO, A, y GOMEZ, S. Relación entre la nutrición y la Funcionalidad del Sistema Inmunitario [en línea] Madrid. España. Real Academia Nacional de Farmacia, Monografías del Instituto de España, Bioquímica y fisiopatología de la nutrición. <<http://93.189.33.183/index.php/ie/article/view/865/835>> [consulta: 22 Diciembre 2011]

22. ALVAREZ, M; CASTRO, R; ABDO, A; ORTA, S; GOMEZ, M y ALVAREZ, M. Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones [en línea] Revista Cubana Medicina General Integral 2008 enero-marzo v.24 n.1 Ciudad de La Habana. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000100011&script=sci_arttext> [consulta: 22 Diciembre 2011]

23. REAL Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 20ª ed. Universidad de Michigan, 1984. Tomo I 242p.

24. GARCÍA R. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina, Revista chilena de pediatría v.129 n.7 Santiago jul. 2001 [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000700020&script=sci_arttext> [consulta: 15 Mayo 2012]

25. RODRÍGUEZ, A. Cuidado temprano para la infancia en hogares sustitutos: Estudio descriptivo en Bogotá. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia, 2009.

2001 [en línea]
<http://www.bdigital.unal.edu.co/1636/1/Tesis_Ana_Carolina_Rodr%C3%ADguez.pdf> [consulta: 15 Mayo 2012]

26. URIBE, T. El Autocuidado y su papel en la Promoción de Salud. [en línea]
<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>> [consulta: 15 Mayo 2012]

27. MINISTERIO DE SALUD. Protección de la Salud. Programa de Inmunizaciones [en línea]
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_pni/presentacion_pni.html> [consulta: 23 Enero 2012]

28. MINISTERIO DE SALUD. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Catálogos de prestaciones. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2011.

29. MINISTERIO DE SALUD. Normas de Programas Alimentarios. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2010.

30. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Subsecretaria de Salud pública División de Planificación Sanitaria, Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación a mitad del Período. Santiago de Chile 2005.28-30p

31. SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES DIVISION DE ATENCION PRIMARIA. Orientaciones para la Planificación y Programación en RED AÑO 2012. 2012. [en línea]
<<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/acc225540b61fdd4e04001011e0155df.pdf>> [consulta: 15 Mayo 2012]

32. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Avances en Salud. Santiago de Chile, 2007.8p

33. Gobierno de Chile, Subsecretaria de redes asistenciales, división de gestión de red asistencial, Orientación para la programación en red. Santiago de Chile 2006. 13-14p.
34. Gobierno de Chile, Subsecretaria de redes asistenciales, En el camino al Centro de Salud Familiar. Santiago de Chile 2008. 7-13p.
35. MARRINER Tomey Ann y RAILE Alligood Martha. Modelo y Teorías en Enfermería, Editorial Elsevier Barcelona España 2007, 317-336p.
36. CUJIÑO, M. y MUÑOZ, L. Conocimientos y Prácticas de las Madres y Acciones de Promoción y Prevención. Colombia Médica. 32 (001): 41-48, 2001.
37. RIVAS, E. Condiciones Sociales, Factores Biológicos y Conducta de Cuidado Materno en Prevención de Enfermedades Respiratorias en Lactantes. [en línea] Ciencia y enfermería. XVII (1): 105-115, 2011. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-5532011000100011&script=sci_arttext> [Consulta: 20 diciembre 2011]
38. VALDES, A y MARTINEZ, H. Nivel Educativo de las Madres y Conocimientos, Actitudes y Prácticas ante las Infecciones Respiratorias Agudas de sus hijos. [en línea] <www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n6/0966.pdf> [consulta: 20 Diciembre 2011]
39. PULGARIN, A; OSORIO, S y RESTREPO, Y .Los Conocimientos y Practicas del Cuidador como Factor Asociado a IRA en niños de 2 meses a 5 años Medellín 2009. Medellín, Colombia [en línea] <<http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=Angela+Maria+Pulgarin+torresa+,+Sandra+patricia+Osorio+galeano+,+Yolanda+Restrepo+Suarez&source=web&cd=1&ved=>

0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevinut.udea.edu.co%2Findex.php%2Fiee%2F
article%2FdownloadSuppFile%2F4757%2F175&ei=z0_6Try7LJHdggeHI_SoAg&u
sg=AFQjCNEy3EMbAG7SDtE9UE_1EGztdEzxJg> [consulta: 19 Diciembre 2011]

40. PULGARIN, A; OSORIO, Y y RESTREPO, Y. Los Conocimientos y Prácticas
del Cuidador como Factor Asociado a IRA en niños de 2 meses a 5 años Medellín
2011. Medellín, Colombia [en línea]
<[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-
53072011000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)> [consulta: 19 Diciembre 2011]

Anexo 1: Matriz de variables

VARIABLES	DEFINICIONES		ESCALA (NOMINAL, ORDINAL, INTERVALAR, DE RAZON)	OBJETIVO	INSTRUMENTO A UTILIZAR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL			
IRA	Infección Respiratoria Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • IRA Alta • IRA Baja 	Nominal	Determinar el tipo de IRA que presento el sujeto en estudio durante los meses de abril y mayo	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
EDAD DE LA MADRE	Fecha de nacimiento a la fecha actual	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en años 	Razón	Determinar la edad de las madres de los niños en estudio	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
		<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 19 años • 20 – 35 años • 36 – 45 años • ≥ 46 años 	Ordinal		
PROCEDENCIA DE LA MADRE	Lugar donde habita una persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	Nominal	Identificar el lugar de procedencia de los niños en estudio	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”

ANTECEDENTES MORBIDOS DE LA MADRE	Condición de salud que afecta con antelación a la madre del sujeto de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • EPOC. • DM y/o HTA. • Depresión • Otra 	Nominal	Determinar los antecedentes mórbidos de la madre.	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE	Corresponde a los años de educación formal que ha recibido la madre durante el ciclo vital hasta la fecha de aplicación del instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Básica • Media • Superior • Incompleta 	Ordinal	Identificar el nivel educacional de las madres de los niños en estudio	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
PREVISION DE SALUD DE LA MADRE	Corresponde al tipo de institución que se encuentra afiliada las madres al momento del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • FONASA A • FONASA B • FONASA C • FONASA D • ISAPRE 	Nominal	Identificar la previsión de salud de las madres de los niños en estudio	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
EDAD GESTACIONAL DEL NIÑO/A	Tiempo que comprende desde la concepción hasta la fecha de nacimiento del sujeto en estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en meses 	Razón	Determinar la edad gestacional de los niños en estudio	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
		<ul style="list-style-type: none"> • < 38 semanas • 38 – 40 semanas • > 40 	Ordinal		

EDAD DEL NIÑO/A	Corresponde a los años de vida del niño comprendidos desde el nacimiento a la fecha actual	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en meses 	Razón	Determinar la edad del niño en estudio	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
		<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 12 meses • 13 – 24 meses • ≥ 25 meses y más 	Ordinal		
ANTECEDENTES MORBIDOS DEL NIÑO/A	Condición de salud que afecta con antelación el niño/a en estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • SBOR • Alergias • Otra 	Nominal	Determinar antecedentes mórbidos del niño/a	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL	Relación existente entre edad, peso y talla del niño/a que presenta en el último control	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Normal • Sobrepeso • Obeso 	Ordinal	Determinar el diagnóstico nutricional infantil de los niños en estudio	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
NUMERO DE VECES QUE EL NIÑO/A QUE HA PRESENTADO IRA DURANTE EL ULTIMO AÑO	Corresponde al número de episodios de IRA en el último año	<ul style="list-style-type: none"> • Número de episodios de IRA 	Razón	Determinar el número de veces que el niño/a a presentado IRA durante el último año	Cuestionario “Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA”
		<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 2 • 3 – 6 • ≥ 7 	Ordinal		

ASISTENCIA A SALA CUNA O JARDIN INFANTIL	Es la facultad de pertenecer a institución formal de enseñanza en niños menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Identificar la asistencia a sala cuna o jardín infantil de los niños en estudio	Cuestionario "Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA"
CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE REALIZA LA MADRE EN EL HOGAR	Tipo de intervenciones que proporciona la madre a su hijo/a en la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Optimo • Regular • Malo 	Intervalar	Determinar la calidad de los cuidados que realiza la madre en el hogar	Cuestionario "Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA"
CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE REALIZA LA MADRE EN EL CESFAM	Tipo de intervenciones que proporciona la madre relacionadas con el CESFAM	<ul style="list-style-type: none"> • Optimo • Regular • Malo 	Intervalar	Determinar la calidad de los cuidados que realizan las madres en relación a las actividades realizadas en el CESFAM	Cuestionario "Evaluación de la Calidad de los Cuidados que brindan las madres a niños con IRA"

Anexo 2: Instrumento recolector de datos



Universidad del Bío-Bío
Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos
Escuela de Enfermería

“Evaluación de la Calidad de los Cuidados”

Estimado(a) Usuario:

La presente encuesta tiene por objetivo conocer la calidad de los cuidados que realizan las madres de niños/as menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra de Chillán, 2012.

El cuestionario pretende conocer su opinión respecto a varias dimensiones por lo que solicitamos contestar todas las preguntas de manera honesta.

Instrucciones:

- a) La encuesta es individual.
- b) Seleccione la opción exacta más cercana a su parecer.
- c) Por la naturaleza del estudio, no hay respuestas correctas o incorrectas.
- d) Las respuestas son anónimas y con fines exclusivamente académicos.
- e) Si tiene dudas, consulte al investigador presente.

PARTE I: Dimensión IRA.

1.- ¿Qué tipo de diagnóstico tiene su hijo/a?

PARTE II: Dimensión Biosociodemográfica

IA.- Referente a la madre.

1.- ¿Cual es su edad?

_____años

2.- ¿Cuál es su Procedencia?

- a) Urbano
- b) Rural (considérese desde 3 km a la redonda)

3.- ¿Tiene usted alguno de los siguientes antecedentes mórbidos?

- a) EPOC.
- b) DM y/o HTA.
- c) Depresión.
- d) Otra_____

4.- ¿Cuál es su nivel educacional?

- a) Básica
- b) Media
- c) Superior
- d) Incompleta

Si su educación es incompleta ¿Cuántos años asistió?

_____años.

5.- Previsión de salud:

- a) ISAPRE
- b) FONASA Tramo _____

IB: Referentes al niño.

1.- ¿De cuantas semanas nació su hijo/a?

_____semanas.

2.- ¿Cuál es la edad de su hijo/a?

_____años _____meses_____semanas

3.- ¿Sufre su hijo/a de alguna condición o patología de las siguientes?

- a) Asma
- b) SBOR
- c) Alergias
- d) Otras_____

4.- ¿Cuál es el estado nutricional de su hijo/a?

- a) Bajo peso
- b) Normal
- c) Sobrepeso
- d) Obeso

5.- ¿Cuántos episodios de IRA ha sufrido su hijo/a en el último año?

_____ episodios

6.- ¿Asiste su hijo/a sala cuna o jardín infantil?

- a) Si _____horas/día
- b) No

PARTE II: Dimensión Calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al hogar.

1.- Cuando su hijo/a tiene tos y dolor de garganta, Usted:

- a) Aumenta la cantidad de líquidos
- b) Aumenta la dosis de medicamentos indicada por el médico
- c) Disminuye el número de comidas
- d) No realiza cambios en sus cuidados

2.- ¿Cuándo considera que su hijo/a tiene fiebre?

- a) 36°C
- b) Menos de 36°C
- c) 37°C y más
- d) Le toco la frente

3.- ¿Qué hace usted si su hijo/a presenta fiebre?

- a) Algunas veces aumenta la dosis de paracetamol, ibuprofeno u otro medicamento recetado por el médico
- b) Sigue el esquema de tratamiento indicado por el médico
- c) Le coloca compresas lo más frías posible
- d) En alguna ocasión le ha administrado un medicamento diferente al indicado

4.- Con relación a la alimentación de su hijo/a durante la enfermedad, usted:

- a) Incentiva la alimentación
- b) Da solo alimentos del agrado del niño/a.
- c) Aumenta la cantidad de alimentación con respecto a lo habitual
- d) Disminuye la cantidad de alimentación con respecto a lo habitual

5.- ¿Acostumbra quemar basura u otros desperdicios en su domicilio?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

6.- ¿Fuman cigarrillos dentro del hogar?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

7.- ¿Qué hace usted para evitar las complicaciones de la enfermedad de su hijo/a si debe salir en un día frío y/o lluvioso?

- a) Lo viste de manera normal
- b) Evita cambios bruscos de temperatura
- c) Acude a lugares con grandes aglomeraciones de gente
- d) No realiza ninguna acción en especial

8.- ¿Su hijo/a comparte la habitación con más personas?

- a) Si, N° de personas con la que comparte habitación: _____
- b) No

9.- ¿Con qué frecuencia ventila su hogar?

- a) Nunca
- b) A diario
- c) Una vez por semana
- d) Solo en verano

10.- ¿Qué tipo de calefacción utiliza en su hogar?

- a) Estufa a Gas o Parafina
- b) Brasero
- c) Leña
- d) Estufa eléctrica

11.- En relación al lavado de manos ¿Usted?

- a) Lo realiza después de tener contacto con el niño
- b) Lo realiza cuando se acuerda
- c) Lo realiza solo cuando las manos están evidentemente sucias
- d) Lo realiza antes y después de hacer cualquier actividad con su hijo

PARTE III: Dimensión Calidad de los cuidados que realizan las madres en relación a la prevención primaria, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación otorgada por el CESFAM.

1.- En los últimos 6 meses ¿Se ha ausentado a algún control con su hijo?

- a) Si ¿A cuántos?_____
- b) No

2.- ¿Vacuna anualmente a su hijo/a contra la influenza?

- a) Sí
- b) No, ¿Por qué causa no lo hace?_____

3.- ¿Tiene su hijo/a el Vacunograma completo?

- a) Sí
- b) No

4.- ¿Usted administra a su hijo/a la leche que otorga el CESFAM?

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es SI indique:

Nº de mamaderas al día: _____

Cantidad de agua por cada mamadera: _____ cc

Si su respuesta es NO conteste ¿Qué otra leche consume?

5.- En relación al tratamiento medicamentoso usted:

- a) Compra en la farmacia un medicamento alternativo por sugerencia del vendedor
- b) Prefiere sugerencias de amigos o familiares
- c) Le da el medicamento que le recetó el médico
- d) Aunque exista receta prefiere no dárselos

6.- En relación a la administración del tratamiento farmacológico usted:

- a) Da según el medicamento, dosis, horario y días que le corresponde
- b) No se lo administra durante la noche para no despertarlo
- c) Si ceden los síntomas suspende el tratamiento
- d) Si ceden los síntomas disminuye la dosis o evita algunos horarios

7.- ¿Cómo colabora usted en el hogar para ayudar en la recuperación de su hijo/a?

- a) No realiza ninguna acción diferente a la indicada por el médico
- b) Administra agua de hierbas u otro líquido para ayudar la eliminación de secreciones
- c) Lo abriga más de lo normal para que no se complique
- d) No lo baña hasta que mejore

8.- Si a su hijo/a lo citan a control con Pediatra o Kinesiólogo para seguimiento de su enfermedad usted:

- a) Lo lleva solo hasta que cedan los síntomas
- b) No lo lleva porque piensa que es innecesario
- c) Lo lleva todas las sesiones
- d) Lo lleva solo si piensa que se agravo

Anexo 3: Consentimiento Informado.

Estimado participante:

Somos estudiantes de Pregrado de 5º año de Enfermería de la Universidad del Bio-Bio. Como parte de los requisitos de la carrera se llevará a cabo una investigación. La cual se titula “Asociación entre Infecciones Respiratorias Agudas y Calidad de los Cuidados que realizan las madres de niños menores de 5 años del CESFAM Violeta Parra de Chillan, 2012”. Esta investigación es requisito para obtener nuestra Licenciatura en Enfermería. Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en contestar un cuestionario que tomará aproximadamente 10 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Usted tiene el derecho de retirarse de la investigación cuando lo estime conveniente. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio, por lo cual no recibirá compensación por participar en él. Sus resultados estarán disponibles en la Universidad del Bio-Bio si desea conocerlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con nosotros al correo tesistasenfermeriaubb@gmail.com.

Preguntas o dudas sobre los derechos como participantes en este estudio, pueden ser dirigidas a la Universidad del Bio-Bio, Chillán Andrés Bello sin número.

Investigadores Responsables	
Nombre	Rut
Cartez, Lilian Margot	17.457.942-3
Del Valle, Carlos Cristóbal	17.128.949-1
Morales, Jennifer Andrea	16.126.750-3
Navarrete, Jessica Pilar	16.815.807-6
Valdebenito, Ivonne Elizabeth	16.735.590-0

Profesor Guía de Tesis	
Ana Pincheira Rodriguez	7.736.683-0

He leído el procedimiento descrito anteriormente. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas.

Acepto colaborar

Rechazo colaborar

Firma del participante

Fecha

ANEXO 4: Categorización de los Cuidados

1. Calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al hogar

Rango (R): (x máximo – x mínimo)

$$11 - 2 = 9$$

R: 9

Intervalo: (R/K)

Intervalo: 3

Categoría	Puntaje
Óptimo	9 - 11
Bueno	6 - 8
Regular	2 - 5

2. Calidad de los cuidados que realizan las madres en relación al el CESFAM

Rango (R): (x máximo – x mínimo)

$$8 - 3 = 5$$

R: 5

Intervalo: (R/K)

Intervalo: 2

Categoría	Puntaje
Óptimo	7 - 8
Bueno	5 - 6
Regular	3 - 4