



**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE MEDICINA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



**FACTORES PREDISPONENTES EN CASOS DE NEUMONIA EN
NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A
LA UNIDAD DE ATENCION MÉDICA INMEDIATA
DEL HOSPITAL PEDIATRICO " DR. AGUSTIN
ZUBILLAGA". JULIO - OCTUBRE
2005**

Autor: Armas Jenny
Chaviel Yenny
Donadelli Johana
García Karla
Tutor: Lic. Milagro Puertas

Autor(as).

Armas Jenny
Chaviel Yenny
Donadelli Johana
García Karla

FACTORES PREDISPONENTES EN CASOS DE NEUMONIA EN
NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A
LA UNIDAD DE ATENCION MÉDICA INMEDIATA
DEL HOSPITAL PEDIATRICO “ DR. AGUSTIN
ZUBILLAGA”. JULIO – OCTUBRE
2005

Barquisimeto 24 -11 - 2005

	PAG.
Resumen.....	3
Introducción.....	4
CAPITULO	
I. EL PROBLEMA.....	6
Planteamiento del Problema.....	6
Objetivos General y Específicos.....	13
Justificación e Importancia.....	14
Alcances.....	15
Viabilidad.....	15
II. MARCO TEORICO.....	16
Antecedentes de la Investigación.....	16
Bases Teóricas.....	23
Definición de Términos.....	33
Variables.....	36
III. MARCO METODOLOGICO.....	37
Tipo de Investigación.....	37
Población y Muestra.....	38
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	40
Plan de Tabulación y Análisis de Datos.....	44
IV. RESULTADOS.....	45
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	62
Recomendaciones.....	63
Referencias Bibliográficas.....	65
Anexos.....	68

**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE MEDICINA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**FACTORES PREDISPONENTES EN CASOS DE NEUMONIA EN
NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A
LA UNIDAD DE ATENCION MÉDICA INMEDIATA
DEL HOSPITAL PEDIATRICO “ DR. AGUSTIN
ZUBILLAGA”. JULIO – OCTUBRE
2005**

Autores: Armas Jenny
Chaviel Yenny
Donadelli Johana
García Karla

RESUMEN

Se realizó un estudio de campo de carácter descriptivo, transversal para determinar los factores predisponentes en casos de neumonía en niños menores de dos años de edad que acudieron a la unidad de atención médica inmediata del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto-Estado Lara. Julio a Octubre 2005. La población estuvo integrada por todos los niños que acudieron a esta consulta, la muestra quedo conformada por 20 niños menores de 2 años de edad a los cuales se les diagnosticó neumonía, el instrumento aplicado fue tipo cuestionario. En el estudio se determinó que el sexo masculino predominó en el 70%, el grupo de edad prevaleciente estuvo comprendido entre 1 año a 2 años representando el 55 % y el resto se encuentra representado por los niños de 0 a 1 año de edad, entre los antecedentes personales resalta el bajo peso al nacer con un 65%, y el periodo de lactancia materna de menos de 6 meses represento el 60%, entre los factores sociales mas señalados está, la vivienda tipo rancho en un 45%,el 65% de las madres tenían solo instrucción primaria, entre los factores ambientales se cita que el 85 % conviven con fumadores en el hogar, un 80% tenia presencia de animales y un 55% no tenían ventilación apropiada en el hogar y el 55% quemaban basura en el hogar. Estos entre otros hallazgos permiten evaluar los factores que predisponen a la población infantil a contraer neumonías.

Palabras Claves: Neumonía, factores ambientales, conocimiento de enfermería.

INTRODUCCION

En el proceso salud enfermedad existe una tríada, constituida por el huésped, el medio ambiente y el agente agresor, cuando se pierde el equilibrio dicha tríada se produce la enfermedad, un ejemplo son las infecciones respiratorias.

La neumonía es una enfermedad común que afecta a millones de personas cada año y puede ir desde muy leve a muy severa, e incluso ser mortal. La gravedad depende del tipo de organismo causante, al igual que de la edad y del estado de salud subyacente Las infecciones respiratorias agudas son uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría.

Este trabajo de investigación esta estructurado de la siguiente manera: Capitulo I: El Problema: Planteamiento del Problema, Objetivos de la Investigación, Justificación e Importancia. Capitulo II: Comprende el Marco Teórico: el cual está conformado por: Antecedentes de la Investigación, las Bases Teóricas y el sistema de variables.

Capitulo III: Marco Metodológico: donde se señala la naturaleza de la investigación, la población y muestra utilizada, las técnicas e instrumentos para la recolección de la información, así como la validez y confiabilidad y el procesamiento de la información.

Capitulo IV: Análisis e interpretación de la información.

Capitulo V: Conclusiones y Recomendaciones

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El ser humano es por naturaleza un individuo de múltiples características intrínsecas y extrínsecas que se condicionan y se adaptan según el espacio ambiental al que pertenece. En el transcurso de los años se ha manifestado constantemente la necesidad de preservar y conservar la salud como uno de los bienes más preciados del ser humano, enfrentándose éste a una lucha continua en todas las etapas de su crecimiento y desarrollo, considerándose la etapa de lactante como uno de los momentos más espectaculares de la vida. Todos los sistemas principales del organismo experimentan una maduración y crecimiento progresivo.

La frecuencia respiratoria se vuelve algo más lenta en esta etapa, con respecto a la etapa neonatal y es relativamente estable. Los movimientos respiratorios continúan siendo abdominales. Varios factores predisponen a los lactantes a sufrir problemas respiratorios graves y agudos, transmitiendo con rapidez los agentes infecciosos de un lugar anatómico a otro, siendo consecuencia de ellos, las infecciones respiratorias bajas.

Según Medina (1997), la neumonía es una causa importante de morbi-mortalidad, de ingreso a las unidades de emergencias de los diferentes centros hospitalarios, siendo ésta común en más del 80% en niños menores de 2 años de edad. Dependiendo de la edad y de las características del paciente se encontrarán diferentes etiologías y

signos al examen físico que tienen mucha importancia en el enfoque diagnóstico e inicio de tratamiento precoz.

Como otra definición de Neumonía según Álvarez M (1999), es la lesión inflamatoria infecciosa del parénquima pulmonar con extensión y compromiso variable de los espacios alveolares, vía aérea central (bronquiolos terminales y respiratorios) y el intersticio circundante. Es así como puede afectar en especial al alvéolo (neumonía alveolar) o al intersticio (neumonía intersticial) o ambos. La intensidad y el tipo de compromiso dependen del agente etiológico. Esto, junto a la edad del paciente y su condición inmunológica, determina en gran medida la fisiopatología, manifestaciones clínicas y radiológicas de la infección respiratoria.

De acuerdo a esto la Neumonía atípica es aquella en que la presentación clínica y radiológica se aparta de lo esperado para los agentes bacterianos clásicos. Suele privar la tos y existe disociación entre la severidad de los síntomas y los hallazgos en el examen físico, los que son de aparición más tardía.

Tenemos pues, que la vía de llegada y diseminación del agente suele ser canalicular, por la vía broncogénica descendente. El especial tropismo de los virus por el epitelio de la vía aérea de conducción explica los hallazgos histológicos; en éstos la transmisión de aerosoles, cuando existe estrecho contacto con una persona infectada, es la principal responsable de la infección. En el caso de las bacterias

es la aspiración de gérmenes que colonizan la cavidad orofaríngea. Ocasionalmente la diseminación al pulmón es hematológica.

Esto se puede sospechar en pacientes con aspecto séptico e imágenes radiológicas de condensación en parche o alveolares bilaterales. Si existe una puerta de entrada en piel la etiología puede ser el *Staphylococcus aureus* o el *Streptococcus pneumoniae* Grupo A. cualquier mecanismo que signifique disminución de la efectividad de las barreras naturales, de la respuesta inmune local o sistémica aumenta el riesgo de neumonías bacterianas. La disfunción ciliar y el daño del epitelio de la vía aérea de conducción, al igual que la disminución de la fagocitosis en el curso de la respuesta inmune a la infección por virus aumenta en forma importante la posibilidad de sobre infección bacteriana.

En condiciones normales, los pulmones están protegidos de las infecciones bacterianas por variados mecanismos, que incluyen: filtración de partículas en las fosas nasales, prevención de aspiración por los reflejos de la glotis, expulsión de material aspirado por reflejo de tos, expulsión de microorganismos por células ciliadas y secretoras, ingestión de bacterias por macrófagos alveolares, neutralización de bacterias por sustancias inmunes, transporte de partículas desde los pulmones a través del drenaje linfático.

La infección pulmonar ocurrirá si uno o varios de estos mecanismos están alterados y de esta forma los microorganismos lograrán alcanzar el tracto respiratorio inferior a través de la vía aspirativa o hematológica. Se ha descrito que las infecciones virales pueden

favorecer la susceptibilidad del huésped a sufrir una infección bacteriana del tracto respiratorio bajo.

Tomando en consideración que, los microorganismos que causan neumonía en la edad pediátrica son múltiples y el predominio de uno sobre otros dependen de varios factores: edad del paciente, características inmunológicas del huésped, estado nutricional, época del año, enfermedades subyacente y nivel socioeconómico, entre otros. De acuerdo a diversos estudios se entiende, que los virus respiratorios, como por ejemplo: virus sincitial respiratorio, influenza A y B, adenovirus y parainfluenza, son los responsables de la mayoría de los casos.

Es indudable que la mortalidad por neumonía ha disminuido en forma significativa en los últimos años; no obstante, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) reporta que el 25% de las muertes en menores de cinco años son por neumonía, y el 90% de éstas defunciones ocurren en países en desarrollo (cuatro millones de muertes por año). La mortalidad en estos países es 30 veces mayor que la que se reporta en países industrializados.

Este comportamiento epidemiológico de las neumonías en países subdesarrollados, obedece a numerosas causas como: factores ambientales, nutricionales y sociales entre otros.

En México, la neumonía se encuentra entre las primeras diez causas de mortalidad en niños menores de cinco años y para 1993 representó la tercera causa de muerte infantil con 6108 defunciones con una tasa de 215.1/100.000 nacidos vivos. Se informa que los niños menores de dos años tienen aproximadamente entre cuatro y ocho episodios de infecciones de vías respiratorias y esto disminuye a cuatro en niños menores de cinco años, de hecho se reporta que del 20% al 60% de la consulta pediátrica ambulatoria corresponde a una infección de vías respiratorias y representan del 12% al 45% de los ingresos hospitalarios.

Las infecciones de vías respiratorias inferiores (I.V.R) constituyen una de las primeras causas de hospitalización en pediatría. El grupo de edad más afectado es el de los menores de un año, seguido del de uno a cuatro años.

En Venezuela, el grupo de edad más afectado son los menores de cinco años y en especial, los menores de un año en lo que se evidencia que la tasa de mortalidad es dos veces mayor que los otros grupos de edad.

A nivel Regional, específicamente en la ciudad de Barquisimeto, Municipio Iribarren, para el año 2002 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Lara (S.I.V.E.L) reportó que la neumonía ocupaba el quinto lugar de mortalidad infantil del Estado Lara, ubicando al Municipio Iribarren con la tasa más alta para ese año. S.I.V.EL. reportó que para el año 2003 la morbilidad para neumonía entre las

edades de: menores de un año, de uno a cuatro años, cinco años y más, fueron de 866, 1.456 y 15.462 respectivamente, ocupando este municipio la tasa más alta para la fecha con 986 casos.

Para el año 2004, la mortalidad infantil en el Estado Lara en niños menores de cuatro años reporto nueve casos. La neumonía es una de las causas de hospitalización más frecuente en el Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga”, representando un motivo de alarma para el personal de salud.

En fecha 13/07/2005, el diario regional “El Informador” realizó una entrevista a la Dra. Helen Alvarado, Médico Jefe del Servicio de Atención Médica Inmediata (AMI) del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga”, donde se lee:

En las últimas semanas ha habido un aumento de los casos de neumonía debido a los cambios de clima. El 80% de los casos de neumonía que se recibe son de origen viral, y el otro 20% causados por neumococos y estafilococos, casos que son más graves en recién nacidos y en niños menores de dos años, porque pueden presentar insuficiencia respiratoria (Cuerpo B, Pág. 4).

En base a los planteamientos expuestos, los Estudiantes del 8vo. Semestre del Programa de Enfermería de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”, en la práctica diaria realizada por el referido centro dispensador de salud, observan que existe una considerable proporción de niños que acuden a esta consulta presentando signos y síntomas que posterior a su observación y valoración son diagnosticados con neumonía, por lo antes expuesto,

este estudio tiene como propósito determinar los factores predisponentes en casos de neumonía en niños menores de 2 años de edad que acuden a la Unidad de Atención Inmediata del Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga, Julio – Octubre 2005.

En relación a lo antes expuesto, se plantean las siguientes interrogantes:

¿Las características de las viviendas y el entorno donde habitan los niños influyen en el aumento de casos de neumonía?

¿El nivel socio económico y cultural de las madres influye en los casos de neumonía?

Objetivos de la Investigación

General

Determinar los factores predisponentes en casos de neumonía en niños menores de dos años de edad que acuden a la Unidad de Atención Médica Inmediata del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga”. Julio – Octubre 2005.

Específicos

- Conocer qué factores ambientales influyen en el aumento de casos de neumonía en niños menores de dos años de edad que acuden a la Unidad de Atención Inmediata del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga”. Julio – Octubre 2005.
- Identificar si cohabitan fumadores en el hogar.
- Conocer las características de la vivienda habitual de los niños.

Justificación

Las neumonías constituyen una de las primeras causas de morbimortalidad en países en desarrollo, ya que las raíces del fenómeno descansan en una deficiente y desequilibrada organización médico sanitaria, socioeconómica y cultural. La salud representa un fenómeno complejo. Según Organización Mundial de la Salud (O.M.S), se trata de: “Un estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no sólo de la ausencia de la enfermedad”. Pese a esta amplia definición la salud a menudo se evalúa, tomando en consideración la mortalidad durante un periodo de tiempo. Por lo tanto, la presencia de enfermedad se convierte en el principal indicador sanitario.

La neumonía ocupa el quinto lugar de mortalidad infantil del Estado Lara, por ello es importante conocer los factores predisponentes que influyen en el aumento de casos de neumonía en niños menores de dos años de edad que acuden a la Unidad de Atención Inmediata del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto – Estado Lara, permitirá orientar y elaborar conductas terapéuticas adecuadas, llevando esto a una disminución de los costos en salud, de la morbimortalidad infantil y por ende mejorar la calidad de vida del paciente.

Por otra parte, las conclusiones del presente estudio representarán un valioso aporte y servirá de insumo para establecer medidas de prevención diagnóstica y tratamiento que repercutirá en el entorno familiar al prevenir complicaciones.

Finalmente se destaca que, un trabajo de esta naturaleza sirve como fuente de información para la comunidad universitaria, estudiantes y docentes e investigadores que se aboquen a profundizar sobre el tema ya que el mismo se puede abordar desde otra perspectiva.

Alcances

El propósito fundamental de este estudio está centrado en estudiar un campo geográfico del estado Lara, específicamente el municipio iribarren, parroquia catedral, en el área de salud del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto del estado Lara, los factores predisponentes en casos de neumonía en niños menores de dos años de edad que acuden a la unidad Atención Medica Inmediata de este centro asistencial en el periodo: Julio - Octubre 2005.

Viabilidad

La viabilidad de este estudio está dada por la disponibilidad del grupo de investigadores y asesores, la muestra seleccionada para el estudio y el equipo de salud de la institución.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Con la finalidad de fundamentar el origen teórico de la presente investigación, se realizaron distintas formas de recopilación de material bibliográfico. En pediatría, es de suma importancia determinar la etiología de las neumonías pero este hecho se ve dificultado por la diversidad de factores que influyen en su aparición, siendo este motivo de estudio para muchos investigadores.

De acuerdo a Raja (2003), en su estudio sobre: Neumonía neumocócica adquirida en la comunidad. Susceptibilidad antibiótica, serotipos y factores relacionados con la resistencia y la evolución clínica, determinó que la resistencia del neumococo a los antibióticos habitualmente empleados en el tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), es un hecho común de distribución mundial, siendo España uno de los países con mayor incidencia. Los factores relacionados con la resistencia.

La mortalidad y la elección del antibiótico adecuado en las NAC por *Spneumoniae* (NAC-SP) continúa siendo objeto de debate. Diseñó un estudio prospectivo, multicéntrico. En el que se reclutaron 638 pacientes consecutivos con diagnóstico microbiológico de NAC-SP en 35 hospitales españoles desde enero de 1999 hasta abril de 2000. Estudió las susceptibilidades antibióticas de las cepas neumocócicas,

los factores relacionados con la resistencia a penicilina y eritromicina, serotipos más frecuentes, factores asociados a la mortalidad y si la resistencia influye en la morbimortalidad de estos procesos. Concluyendo que el 37,5% de los pacientes tenía cepas con sensibilidad disminuida a la penicilina (sólo el 0,5% con CMI de 4ug/ml. El 27,4% eran resistentes a eritromicina (23,8% con CMI de 128 ug/ml).

Las cefalosporinas de tercera generación, la amoxicilina y el levofloxacino mostraron bajos niveles de resistencia. Los factores de riesgo asociados de forma independiente a la resistencia a la penicilina fueron: enfermedad pulmonar crónica, infección por VIH, sospecha de aspiración e ingresos hospitalarios previos. Los factores de riesgo independientemente asociados con la resistencia a la eritromicina fueron: la resistencia a la penicilina y los ingresos hospitalarios previos.

La coagulación intravascular diseminada, el empiema y la bacteriemia son complicaciones significativamente más frecuentes en pacientes con NAC-SP con cepa sensible a penicilina. Los factores relacionados con la mortalidad de nuestro estudio con significación estadística tras realizar el análisis multivariado fueron: el índice de severidad de presentación de la neumonía, el consumo de alcohol y la afectación bilateral del proceso. Ni la resistencia a la penicilina, ni la elección empírica del tratamiento antibiótico inicial se relacionaron significativamente con la mortalidad. El serotipo 19 mostró relación significativa con la mortalidad.

Por otro lado Hernández (2.000), estudió: Neumonía de la comunidad en pacientes hospitalizados. Análisis de diversas estrategias diagnósticas y de la utilización empírica de betalactámicos. El autor se trazó como objetivos: Conocer la epidemiología y la distribución etiológica de las neumonías de la comunidad de nuestro medio, hospitalización según criterios convencionales, durante un período de 3 años. Evaluar la utilidad del método clínico para orientar de forma adecuada el diagnóstico etiológico de los pacientes con una neumonía de la comunidad.

Otros objetivos del mencionado estudio fue, Evaluar la utilidad de la tinción de Gram. del esputo en el manejo inicial del paciente con neumonía de adquisición en la comunidad. Evaluar la eficacia, seguridad y relevancia de la punción espirativa pulmonar como método diagnóstico de los pacientes con neumonía de la comunidad que requiere hospitalización. Evaluar la utilidad diagnóstica específica de la PCR aplicada al estudio de las muestras obtenidas por punción espirativa pulmonar. Evaluar el impacto de la resistencia a la penicilina en *S.pneumoniae* en la evolución de una cohorte de pacientes con neumonía de adquisición en la comunidad tratados empíricamente con betalactámicos. El estudio fue de cohortes, prospectivos, longitudinal.

Concluyendo que un 40% de casos hospitalizados según criterios convencionales tuvieron bajo riesgo de mortalidad. Un 60% de ellos eran pacientes que precisaban de oxigenoterapia, se presentaron con

inestabilidad hemodinámica o con derrame pleural importante o complicado: este grupo debe ser indiscutiblemente hospitalizados.

De igual manera Aguilar y col (2000), Factores de riesgo para neumonía en niños menores de 5 años en el Hospital Emigdio Castor Ríos de Churuguara, Municipio Federación, Estado Falcón. Lapso Febrero-Mayo. En ese estudio se determinó que las infecciones respiratorias agudas (IRA), constituyen la principal causa de morbimortalidad entre lactantes y niños; en el Mundo, en América Latina, en Venezuela y el Estado Falcón ocupan la primera causa de morbilidad y el 5 lugar en la mortalidad de menores de 1 año y el 3 lugar entre niños de 1 a 4 años de edad.

El estudio incluyó 200 pacientes en edades comprendidas entre 2 y 59 meses, 100 con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía, 100 niños sanos, como caso control. A ambos grupos se les aplicó una encuesta que incluía variables individuales, ambientales y sociodemográficas. La asociación entre el riesgo de neumonía y factores, se estableció mediante chi cuadrado, t-student, riesgo relativo (RR). Se obtuvieron modelos multivariados de predicción donde los grupos de pacientes: sanos y enfermos están discriminados y bien predichos tanto por grupos de variables sociodemográficas y clínicas. Las predicciones y su bondad pueden considerarse altas y muy altas (77,23 y 94% respectivamente).

En este estudio, los factores asociados a neumonía fueron: el tiempo de duración de lactancia materna, hábito de fumar en el hogar, bajo grado de instrucción materna, quema de basura, ausencia de

servicios de cloacas, el número de personas que duermen con el niño y tipo vivienda; todas con una alta significancia $< 0,0000$ 1.

Por otra parte Méndez y col (2001) en su estudio sobre Diagnóstico etiológico de las neumonías bacterianas en niños entre 2 meses y 5 años de edad en el Hospital Universitario de Coro. El objetivo de este estudio de campo descriptivo fue determinar la forma de presentación y etiología de las neumonías bacterianas en niños entre 2 meses y 5 años de edad admitidos al Hospital Universitario "Dr. Alfredo Van Grieken" Coro, Estado Falcón - Venezuela, con este diagnóstico se incluyeron para el estudio la totalidad de niños ingresados al Departamento de Pediatría en el período de Marzo a Julio de 1998.

De los 91 niños enrolados 58 (64%) eran del sexo masculino y 65 (71.4%) eran menores de 2 años de edad. Se encontró que los síntomas de rinorrea (90/98.9%), tos (88/96.7%) y fiebre (85/93.4%) eran predominantes en la enfermedad actual. Los signos clínicos más frecuentes fueron respiración rápida (78/85.7%) y retracciones torácicas (72/79.1%). La neumonía basal derecha (29/32%), apical derecha (15/16.5%) y basa izquierda (12/13.2%) fueron las ubicaciones más frecuentes.

La leucocitosis discreta (leucocitos totales >10.000 células/mm³) en 71 (78%), bandemia (bandas > 500 células/mm³) en 78 (85.7%) y la velocidad de sedimentación elevada en 87 (95.6%) de los sujetos fueron los hallazgos hematológicos más relevantes. Se obtuvieron 30 (33%) hemocultivos positivos y 4 (4.4%) de pruebas de coagulación

en látex positivas, la sensibilidad para ésta última en muestra de orina fue de 13%. Los principales gérmenes aislados fueron *Streptococcus pneumoniae* (18/60%), *Staphylococcus aureus* (6/20%) y *Haemophilus influenzae* (4/13.4%).

Se concluyó que la respiración rápida y las retracciones torácicas son signos clínicos de gran ayuda en el diagnóstico de neumonía bacteriana. El hemocultivo es útil y debe realizarse sistemáticamente, no se recomienda la prueba de coagulación en látex en orina. El neumococo es el germen más importante en neumonía bacteriana en niños entre 2 meses y 5 años de edad.

También Álvarez (2004), presentó un estudio sobre: Evaluación de la aplicación de métodos diagnósticos y conductas terapéuticas implementadas en el manejo de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. Hospital "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. Estado Lara. Julio 2002-2003.

El propósito fue determinar si se aplican normas consideradas como ideales en la investigación diagnóstica y terapéutica en pacientes con neumonía adquirida en la Comunidad. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 56 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad mayores de 18 años seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. Obteniendo los siguientes resultados: el 60.71 % de la población estudiada pertenece al sexo masculino en una proporción 2:1 con un promedio de edad de 48 años.

El síntoma más común fue la tos húmeda productiva presente en el 96.43 % de los paciente; auscultando en el 100 % de ellos estertores húmedos. El 67.86 % de los pacientes pertenecían a las clases II y III de FINE, la estadía en el centro Hospitalario en el 92.85 % de los casos se extendió por más de 5 días y en solo el 14. 29% se ordenó la toma de cultivo de secreciones corporales. Concluyendo que no se siguen conductas y pautas de tratamiento uniformes y adecuadas en el paciente con esta enfermedad.

Finalmente González (2.000), estudió: Prevalencia, diagnóstico, evolución, terapéutica y costo de las neumonías en pacientes pediátricos en el " Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga", la misma fue una investigación descriptiva, prospectiva sobre el manejo de 109 pacientes que acudieron al servicio de emergencia, en el periodo: agosto de 1999 a agosto del 2000, el objeto fue determinar la prevalencia de las neumonías en dicho hospital, los signos clínicos y radiológicos más significativos, la evolución de los pacientes, el esquema terapéutico aplicado y su costo.

Se obtuvieron los siguientes resultados: El grupo etario predominante fue el de niños entre 11 y 23 meses de edad (43 %), siendo el grupo de los menores de 11 meses menos relevante (23%). Por sexo hubo predominio del masculino (57%) con relación al femenino (43 %), La neumonía que predomina es la neumonía no grave con un (74%) encontrándose menor porcentaje para la neumonía, grave (26 %). Los signos clínicos predominantes en la primera evaluación de los pacientes con neumonía no grave fueron la taquipnea (100%) y los

estertores crepitantes (62%), para la neumonía grave se encontró mayor porcentaje de taquipnea y tiraje subcostal (100 %).

El hallazgo radiológico predominante fue el patrón de condensación alveolar (79%), en menor porcentaje existió patrón de condensación lobar (21%). El costo asistencial por 7 días de hospitalización es de 1.240.680 Bs. por paciente, aplicando la terapia, secuencial el costo de tratamiento se reduce a 367.740 Bs., existiendo una diferencia de 872.940 Bs.

Bases Teóricas

Neumonía

La neumonía adquirida en la comunidad es una infección común y potencialmente grave que afecta a los niños a nivel mundial y que difiere de manera importante de las manifestaciones del adulto.

Se define la neumonía como la inflamación infecciosa del parénquima pulmonar, y en cuyo proceso puede verse comprometido todo un lóbulo pulmonar (Neumonía Lobular), un segmento de un lóbulo (neumonía Segmentaria), o bien los alvéolos yuxtaponquiales (bronconeumonía)

Según Urdaneta y col (2003), los virus son la causa de la mayoría de las neumonías en los niños (entre 27 y 62%), y son más comunes en

los menores de 2 años. Los virus capaces de producir neumonía con mayor frecuencia son el VRS, Rinovirus, Adenovirus, Parainfluenza 1, 2, 3, Influenza A y B. El daño del epitelio ciliar producido por la infección viral puede predisponer a la diseminación e invasión bacteriana del parénquima pulmonar.

El papel de las bacterias como causa de neumonía está bien documentado por estudios de punción pulmonar que han confirmado la importancia del *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae*, incluyendo las cepas no tipificables. La introducción en años recientes de las vacunas conjugadas contra el *Haemophilus influenzae* tipo b y *Streptococcus pneumoniae*, han modificado de manera importante la incidencia de estas bacterias como causantes de neumonía en pediatría. En los lactantes, es importante recordar otros agentes como la *Bordetella pertussis*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* y el citomegalovirus.

La neumonía adquirida en la comunidad es aquella en que las manifestaciones clínicas se inician en el ambiente extrahospitalario. También se incluyen las iniciadas hasta 72 horas después del ingreso al hospital, considerando como intrahospitalarias aquéllas desarrolladas después de este plazo.

Los factores de riesgo de enfermar de neumonía asociados al huésped son bajo peso de nacimiento, desnutrición, lactancia materna menor de 3 meses, inmunodeficiencias, enfermedades crónicas

asociadas y sexo masculino, asistencia a guarderías. Los factores asociados a la madre son el tabaquismo (aumenta al doble el riesgo relativo de neumonías y sibilancias en el lactante); adolescencia y bajo nivel de educación. Los factores ambientales involucrados son el hacinamiento, contaminantes intradomiciliarios por uso de combustibles para calefacción y cocina.

Presentación Clínica

Para Sánchez y Álvarez (1999), las manifestaciones clínicas de neumonía en pediatría son diversas, y varían según la edad del paciente, extensión de la enfermedad y el agente etiológico. Las manifestaciones clínicas más comunes en los casos de bronconeumonía y neumonía incluyen: tos, fiebre, quejido respiratorio, aleteo nasal, taquipnea, disnea, uso de musculatura accesoria y, en los menores de dos meses: apnea. Los síntomas inespecíficos son variados e incluyen irritabilidad, vómitos, distensión y dolor abdominal, diarrea, etc. Al examen físico, hay que destacar retracción costal, matidez a la percusión, respiración paradójica, disminución del murmullo vesicular, crepitaciones y broncofonía. A pesar de todo el apoyo tecnológico, es necesario destacar que la frecuencia respiratoria es el predictor más importante del compromiso pulmonar.

Existen algunos elementos en la historia y en el examen físico que sugieren la etiología del cuadro como por ejemplo: sibilancias (virus y

Mycoplasma pneumoniae), abscesos cutáneos y antecedentes de varicela (*Staphylococcus aureus*), petequias en paladar (*Streptococcus* grupo A), otitis media (*Streptococcus pneumoniae* y *H. influenzae*), antecedentes de Fibrosis Quística (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*), conjuntivitis (*Chlamydia tracomatis* y adenovirus), lesiones purpúricas perianales (*Pseudomonas aeruginosa* spp), alteración de la deglución en niños con antecedentes de cuadros convulsivos o compromiso de conciencia (anaerobios).

La valoración

Previo inicio de la Valoración de Enfermería, la enfermera debe identificar al niño y sus padres, explicando el procedimiento a la madre o al niño según corresponda. Es importante que antes y durante el desarrollo de la valoración de enfermería, se observe en el niño el estado general de salud, estado de conciencia y orientación, deambulación, postura corporal y su grado de autonomía. Es importante recordar iniciar la valoración con la Antropometría, cuyos datos aportan elementos básicos para una orientación del estado de salud del niño. Uno de los aspectos fundamentales a considerar es la seguridad del niño. Es recomendable que el traslado del niño entre la camilla y la balanza o podómetro, sea realizado por alguno de los padres o la persona que lo lleva al control.

La forma de colocar el termómetro; para la temperatura axilar en los niños pequeños es en forma paralela al brazo y en los mayores,

perpendicular al cuerpo. Se debe recordar que por las características anatómicas de la axila, en los niños se hace más difícil el contacto pleno de las superficies de la piel. Para controlar la temperatura rectal, se debe contar con un termómetro rectal. Este posee un bulbo más corto y ancho, además que está hecho de vidrio más resistente que el termómetro axilar.

Antes de usarlo, se debe procurar que este limpio y lubricarlo con vaselina. Durante todo el procedimiento ha de mantenerse inmobilizado al niño para evitar accidentes y lograr un valor fidedigno del control. Además, es recomendable incorporar a los padres en el procedimiento. Es necesario considerar la temperatura mínima para detectar una hipotermia y la máxima para pesquisar un estado febril. Cabe destacar que los rangos normales de temperatura varían según el sitio de control (axilar, bucal, rectal).

Para la valoración del pulso periférico la enfermera debe identificar el tipo de pulso a controlar, según la edad del niño. Recuerde que la frecuencia cardiaca varia de acuerdo a la actividad del niño, por lo cual, al registrar el control se debe consignar la conducta del niño. Es muy importante, que a lo menos una vez en la infancia, se controlen y comparen entre sí, los pulsos radial, pedio y femoral, con el fin de detectar alguna mal formación en el sistema circulatorio

Al valorar la frecuencia respiratoria en el niño menor de 2 años, recuerde que, debido a la inmadurez, es muy importante evaluar el

color de uñas y labios, para pesquisar signos de hipoxia. No se debe olvidar realizar las preguntas pertinentes a los padres con relación a períodos de apnea. Normalmente son una de las preocupaciones y temores más importantes, sobretodo si se trata del primer hijo A modo de recomendación, recuerde que los rangos normales de la frecuencia respiratoria varían según la edad del niño

La presión arterial en el niño menor de 2 años es difícil de controlar por las características de su estado de desarrollo. Se utilizan instrumentos electrónicos que emplean diferentes técnicas: El Dinamap, capta los cambios de presión traducidos en ondas oscilométricas que se transmiten a través de las paredes arteriales hasta el manguito de presión. Este aparato lee la presión sistólica, diastólica, media y el pulso.

Cabe recordar que los rangos normales de presión arterial varían según la edad del niño. El procedimiento usado para la toma de presión arterial, es el mismo en el adulto y en el niño. La diferencia fundamental esta en el manguito a usar. Por este motivo, es muy importante la selección de un manguito del tamaño adecuado para la edad del niño.

Modelos que sustentan la intervención en enfermería

Tradicionalmente la atención de enfermería se enfocaba desde un punto de vista humanístico, en donde la enfermera solamente prestaba un cuidado sin conocimiento científico; sin embargo en la actualidad el enfoque de la enfermería ha avanzado con decisión, para convertir estos cuidados en una disciplina científica. Por consiguiente ha comenzado a crear y someter a prueba sus propias bases teóricas y filosóficas de los cuidados de enfermería.

De esta manera la enfermera debe mantenerse en un continuo proceso de aprendizaje, para así ampliar sus conocimientos teóricos y ponerlos en práctica con mayor seguridad en el momento oportuno. Proyectando así otra imagen de la enfermería como profesión al beneficio de la comunidad. El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, que se basa en las necesidades básicas

humanas. La única función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. La autora parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Además de este modelo existen teorías que ayudan a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las intervenciones de esta en la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos tomando en cuenta los distintos aspectos del ser humano, el entorno y la salud. Para el estudio que realizamos se

hace referencia a Ann Marriner quien menciona en su obra Betty Neuman (1995) quien expone que: La Enfermería debe aplicarse a la persona considerada como un todo.

El autor presenta el modelo de los sistemas o la teoría general de los sistemas, el cual establece que todos los elementos interaccionan dentro de una organización compleja, valiéndose del modelo conceptual de Caplan sobre los niveles de prevención. Neuman relaciona estos niveles con la intervención de enfermería del siguiente modo:

- La prevención primaria, que consiste en contrarrestar los factores estresantes del entorno que puedan ser perjudiciales antes de que aparezca la enfermedad.
- La prevención secundaria, trata de reducir el efecto real o posible de los factores estresantes mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz de los sistemas de la enfermedad.
- La prevención terciaria, intenta reducir los efectos de los factores estresantes que subsisten tras el tratamiento. Este modelo proporciona una base completa para el ejercicio de la enfermería científica, la formación y la investigación ofreciendo un marco ideal para las iniciativas sanitarias adaptadas a los planes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Otro de los modelos de promoción de la salud es el de Nola Pender (1987), la cual en su planteamiento hace referencia a un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva. Esta teorizante de enfermería se basa en los factores cognitivos-perceptivos del individuo que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y que se traducen en la participación y conductas que favorecen la salud. Sugiere que el mantenimiento de un estado de salud óptimo hace necesaria la prevención de las enfermedades.

Por su parte, entre los factores que modifican las actividades que fomentan la salud cabe citar las características demográficas y biológicas, las influencias interpersonales, los factores de situación y los factores de comportamiento. La interacción entre estos dos grupos de factores influye en la posibilidad de comprometer a las personas en aptitudes que favorecen la salud.

Tomando en cuenta estos modelos que sustentan la acción de enfermería se consideran como base para el estudio que se realiza sobre los factores predisponentes en casos de neumonía en niños menores de dos años de edad que acuden a la unidad de atención médica del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto del estado Lara durante el lapso Julio a Octubre 2005.

Definición de Términos Básicos

Auscultación: Acción de escuchar los sonidos provenientes del interior del cuerpo para estudiar el estado del corazón los pulmones la pleura, el intestino u otros órganos, o para detectar el latido cardiaco fetal.

Crepitación: Sonido que se asemeja al crujido producido al restregar cabello entre los dedos o al arrojar sal a una llama.

Enfermedad: Alteración de la salud.

Fiebre: Elevación anormal de la temperatura del cuerpo por encima de 37 grado centígrado, debida a enfermedad, Esta causada por un desequilibrio entre la eliminación y la producción de calor.

Incidencia: Número de veces que sucede un hecho. Número de casos nuevos durante un periodo concreto de tiempo.

Morbilidad: Frecuencia con la que se produce una enfermedad o anomalía; se calcula dividiendo el número total de personas de un grupo por el número de las afectadas por la enfermedad o anomalía.

Mortalidad: Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica; generalmente se expresa como muertes por 1.000, por 10.000 o por 100.000 habitantes.

Neumonía: Inflamación aguda de los pulmones, en general causada por la inhalación de neumococos de la especie *Diplococos pneumoniae*, que hace que los alvéolos y bronquiolos pulmonares se taponen con exudados fibrosos.

Referencia Médica: Remisión de un escrito. Informe sobre una situación de enfermedad.

Roncus: Sonidos anormales que se escuchan en la auscultación de una vía respiratoria obstruida por secreción espesa, espasmo muscular, neoplasia o presión interna. Son especialmente audibles durante la espiración, y se aclaran con la tos.

Salud: Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y de otras circunstancias anormales.

Sibilancia: Forma de roncus caracterizada por un tono musical agudo. Se produce al pasar aire a una velocidad elevada a través de una vía estrecha.

Signo: Hallazgo objetivo percibido por un explorador, como fiebre, una erupción, disminución de los sonidos respiratorios cuando existe

derrame pleural, etc. Muchos signos se acompañan de síntomas, como el eritema y la erupción maculopapular, que suelen asociarse con prurito.

Signos Vitales: Determinación de la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal. Aunque no se considera estrictamente un signo vital, también se incluye la tensión arterial. Las anomalías de los signos vitales tienen una gran importancia para el diagnóstico de ciertas enfermedades y su modificación se utiliza para evaluar la evolución del paciente.

Síntoma: Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.

Tos: expulsión súbita y sonora de aire procedente de los pulmones, precedida de inspiración.

Variables o Sistemas de Variables y Operacionalización.

Variables: Factores predisponentes, Neumonía. .

Definición Conceptual: Son todos los factores que influyen en la presencia de neumonía en niños menores de 2 años.

Definición Operacional: Es el conjunto de datos sociodemográficos y ambientales que influyen en la presencia de neumonía en niños menores de 2 años de edad, tomando en cuenta los signos y síntomas que presentan.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems
Factores Predisponentes	Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo. • Edad. • Tipo de vivienda. • Grado de instrucción materna. • Tiempo de duración de la lactancia materna. • N° de personas que duermen con el niño. 	1-8
	Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Quema de basura. • Quema de leña • Ausencia de cloacas. • Cohabitación con animales. • Cohabitación con fumadores • Predominio de vegetación en el entorno de la habitación. 	9-15
Neumonía	Signos y Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre. • Sibilantes • Roncus • Respiración rápida. • Rinorrea. • Retracción torácica. • Estertores. • Leucocitosis 	16-25

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Tipo de Investigación

En el marco de la investigación planteada se trata de un estudio con diseño de campo de carácter descriptivo transversal, por cuanto los datos requeridos en el proceso de estudio fueron tomados directamente de la realidad del contexto donde se ubica la problemática investigada, y luego serán descritos para medir las variables relacionadas con los mismos.

De la investigación de campo la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1998) sostiene que:

Está referida al análisis sistemático de problemas en la realidad con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza o factores constituyentes, explicar sus causas y efectos o predecir su ocurrencia, haciendo uso de metidos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo (p. 5).

Los datos requeridos en el proceso de investigación fueron recolectados directamente de los pacientes que acudieron a la consulta de atención médica inmediata en el Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto del Estado Lara, en el periodo Julio a Octubre de 2005.

En cuanto a los estudios descriptivos Hernández, Fernández y Batista (1999) expresan que los mismos “miden o evalúan diversos aspectos, discusiones o componentes del fenómeno a investigar” (p. 60).

En relación a lo anteriormente expuesto, en el estudio que se presentan se realiza la descripción de las variables y de las dimensiones que abarca, a través de ítems que revelan datos específicos de los distintos indicadores. Estos datos son ampliamente organizados e interpretados, en función de los objetivos de la investigación.

Población y Muestra

Se entiende por población según Selltiz (1974) “...el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 127).

En este caso la población objeto de estudio, estuvo conformada por todos los niños que acudieron a la consulta de atención medica inmediata del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto del Estado Lara, periodo julio a octubre de 2005.

La muestra, según Sudman (1999): “...es un subgrupo de la

población” (p.218). Agrega este autor, que para seleccionar la muestra, deben delimitarse las características de la población. Muchos investigadores no describen lo suficiente las características de la población o asumen que la muestra representa automáticamente la población.

La muestra estuvo determinada por todos los pacientes menores de dos años de edad diagnosticados con la patología de Neumonía.

Procedimiento de la investigación

- Selección y Delimitación del Problema:
 - El desarrollo de esta fase se llevo a cabo mediante una revisión de fuentes bibliográficas y documentales, aunado a la consulta de expertos para conformar un adecuado marco de referencia, el cual permitió precisar, delimitar, conceptuar, formular el problema y definir los objetivos de la investigación.
- Investigación bibliográfica sobre los aspectos teóricos del problema.
- Recolección de la información:
 - Se cumplió a través de los siguientes pasos:
 - Elaboración preliminar del instrumento, revisión por expertos y elaboración de la versión final.

- Sistematización y ordenamiento de la información.
 - Procesamiento de las informaciones obtenidas de las fuentes.
- Análisis e Interpretación de la Información:
 - En esta fase se aplicó el análisis de contenido y el análisis comparativo a la información producida en la investigación bibliográfica y documental.
 - Esta información también se analizó de manera lógica y coherente, lo que implica de forma simultánea y combinada, es decir por inducción y deducción, que fue la forma como se percibió el objeto de estudio.
 - Del análisis que se realizó, surgieron las conclusiones y recomendaciones.
- Por último, se elaborará, revisará y entregará el trabajo monográfico final para su evaluación.

Técnicas e Instrumentos para la recolección de la información.

Según Hernández (1991), la técnica para la recolección de la información implica primeramente tres actividades estrechamente vinculadas entre sí:

- a) Seleccionar un instrumento de medición disponible en el estudio

del comportamiento o desarrollar uno (el instrumento de recolección de datos). Este instrumento debe ser validado y confiable, de lo contrario no podemos basarnos en sus resultados.

- b) Aplicar ese instrumento de medición. Es decir, obtener las observaciones y mediciones de las variables que son de interés para nuestro estudio.
- c) Preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente (a esta actividad se le denomina clasificación de datos).

Instrumento

El instrumento a utilizado fue el Cuestionario a través de la técnica de Encuesta. Estuvo conformado por 25 ítems con alternativas de respuestas dicotomías y explicativas. Se aplicó previa validación y confiabilidad a la muestra seleccionada de los niños que acudieron a la Consulta de Atención Médica Inmediata del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” de Barquisimeto – Estado Lara. Julio a Octubre de 2005.

Descripción del Instrumento:

El instrumento fue un Cuestionario con preguntas cerradas (Ítems dicotómicos) de tipo informal, construido por las propias investigadoras con la finalidad de conocer los Factores Predisponentes en casos de Neumonía en Niños Menores de dos años de Edad que

acudieron a la Unidad de Atención Médica Inmediata del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” De Barquisimeto – Estado Lara. Julio – Octubre 2005.

De acuerdo a Tamayo y Tamayo (1999), “los ítemes deben ser formulados en forma clara, coherente y que no conlleven directamente a la respuesta que desea el investigador, a la vez que estén relacionadas con las variables a estudiar” (p.443).

Validez

Según Hernández (ob.cit), la validez “se refiere al grado en que un instrumento de medición mide realmente la (s) variable (s) que pretende medir” (p.486).

La valoración de expertos es fundamental, ya que permite corregir errores que puedan interferir en el desarrollo de la investigación, creando sesgo en la misma; alterándose los resultados esperados.

El instrumento para la recolección de datos se sometió al Juicio de Tres expertos y constó de: Una carta dirigida al experto, una planilla de validación (donde se medirá: congruencia, claridad y sesgo, además de 25 ítemes distribuidos en tres categorías:

- I. Datos Sociodemográficos, referidos a Factores Individuales (Sexo, Edad, Peso al Nacer, Esquema de Vacunación y Tiempo de Duración de la Lactancia Materna) y Factores Sociales (Tipo de Vivienda, Grado de Instrucción Materna y Número de Personas que duermen con el Niño)
- II. Factores Ambientales de su entorno, descritos por: Quema de Basura, Cocinar con leña, Cohabitación, con Fumadores, Animales, Predominio de Vegetación y Ventilación de la Vivienda que habita.
- III. Signos y Síntomas presentados, siendo considerados el Motivo de la Referencia Medica, los Signos Vitales, Fiebre, Tos, Secreción, Auscultación Pulmonar, Rinorrea, Retracción Torácica, Paraclínicos y otras Patologías Presentadas.

El instrumento de medición fue válido una vez hechas las observaciones pertinentes considerando el dictamen a través de una certificación de validez escrita.

Ahora bien, una vez realizados los criterios de validación de los instrumentos, se procedió a determinar su grado de consistencia interna o confiabilidad, para lo cual Hernández (1998) refiere que “existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición” (p.462).

Confiabilidad

La confiabilidad en términos generales según Hernández (ob.cit), “se refiere al grado en que la aplicación de un instrumento de medición, al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p.477).

Plan de Tabulación y Análisis de Datos

Para el procedimiento de la información se procederá de la siguiente manera. Una vez recopilada la información, se realizará una tabulación manual mediante la codificación de datos, seguidamente se realizará la distribución por frecuencias absolutas y porcentuales según las repuestas de cada ítem.

Finalmente los resultados de representarán en gráficos circulares en tercera dimensión donde se apreciará como se comporta la variable estudiada y poder elaborar las conclusiones y recomendaciones finales.

CAPITULO IV

RESULTADOS

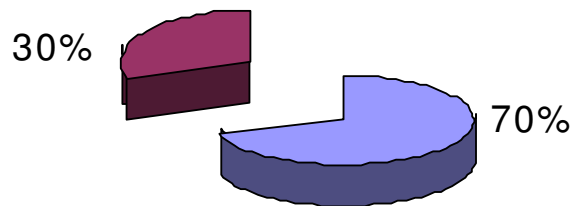
Distribución de la muestra según el género Julio – Octubre 2005

Cuadro N° 1

Sexo	Frecuencia Absoluta
Masculino	14
Femenino	6

Leyenda

■ Masculino
■ Femenino



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

Gráfico N° 1. Distribución de la muestra según el género. Julio – Octubre 2005

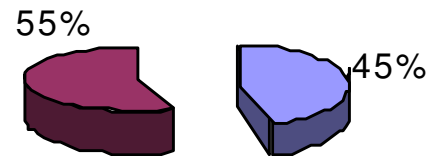
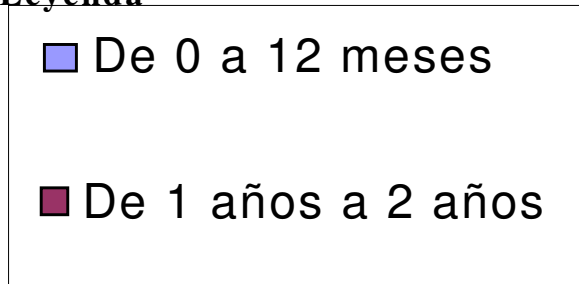
Análisis: El sexo Masculino representa el 70% de los sujetos en estudio, mientras que el 30% quedo representado por el sexo Femenino.

**Distribución de la muestra según la edad
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 2

Edad	Frecuencia Absoluta
De 0 a 12 meses	09
De 1 a 2 años	11

Leyenda



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García

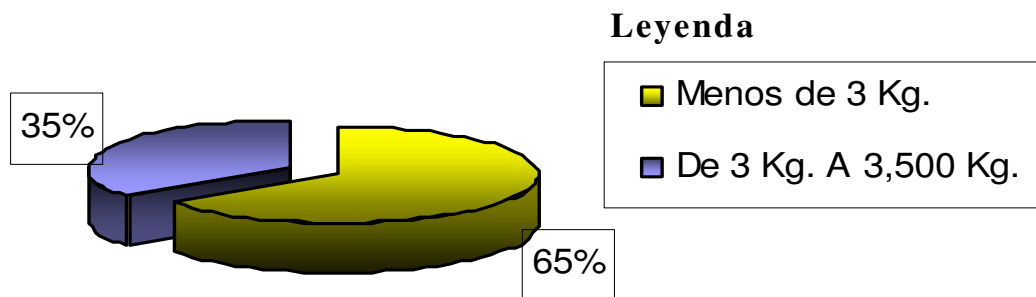
Gráfico N° 2. Distribución de la muestra según la edad. Julio – Octubre 2005.

Análisis: De los sujetos en estudio el 55% está comprendido entre las edades de 1 a 2 años, mientras que el 45% se encuentra entre las edades de 0 a 12 meses.

**Distribución de la muestra según el Peso al Nacer
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 3

Peso al Nacer	Frecuencia Absoluta
Menos de 3 Kgs.	13
De 3 Kg. a 3500 Kgs.	07



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

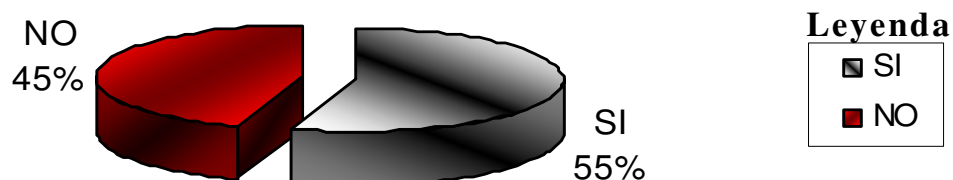
Grafico No. 3. Distribución de la muestra según el Peso al Nacer.
Julio – Octubre 2005.

Análisis: De los pacientes con diagnóstico de Neumonía, se encontró que el 65% pesaron al nacer Menos de 3 Kg., mientras que un 35% de los sujetos en estudio lo constituyó los niños que pesaron de 3 Kg. a 3,500 Kg.

**Distribución de la muestra según cumplimiento de
vacunaciones
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 4

Esquema de Vacunación Completo	Frecuencia Absoluta
Si	11
No	09



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

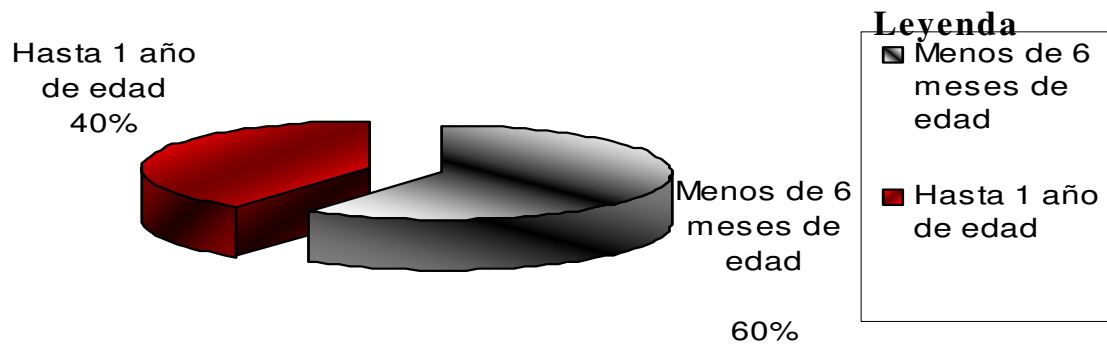
Grafico No. 4. Distribución de la muestra según cumplimiento de vacunaciones

Análisis: Se encontró que el 55% de los sujetos en estudio tenían esquema de vacunación completo, mientras que el 45% no, lo que representa un factor de riesgo para contraer diversas patologías asociadas con la Neumonía.

**Distribución de la muestra según Tiempo de Duración de lactancia materna
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 5

Tiempo	Frecuencia Absoluta
Menos de 6 meses de edad	12
Hasta 1 año de edad	08



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

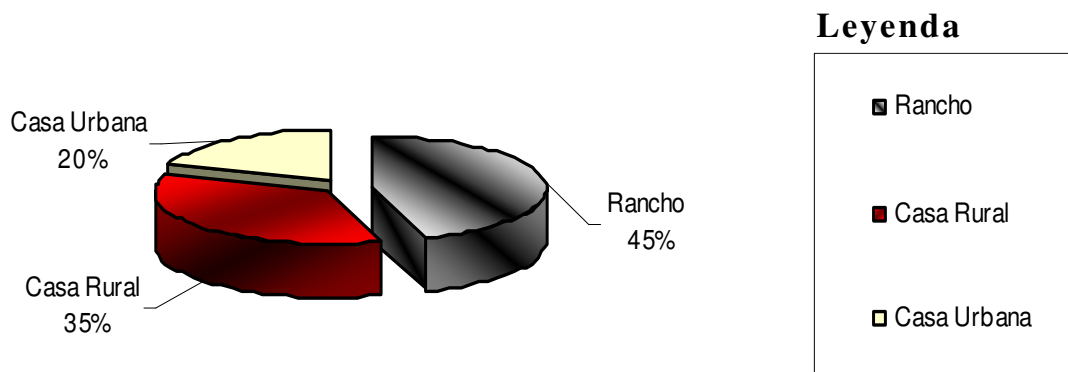
Grafico No. 5. Distribución de la muestra según Tiempo de Duración de lactancia materna. Julio – Octubre 2005

Análisis: El 60% de los sujetos en estudio correspondió a menos de seis meses de edad, mientras que un 40% de los sujetos en estudio recibieron lactancia Materna Hasta 1 año de edad.

**Distribución de la muestra según el tipo de vivienda.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro No. 6

Tipo de Vivienda	Frecuencia Absoluta
Rancho	09
Casa Rural	07
Casa Urbana	04



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

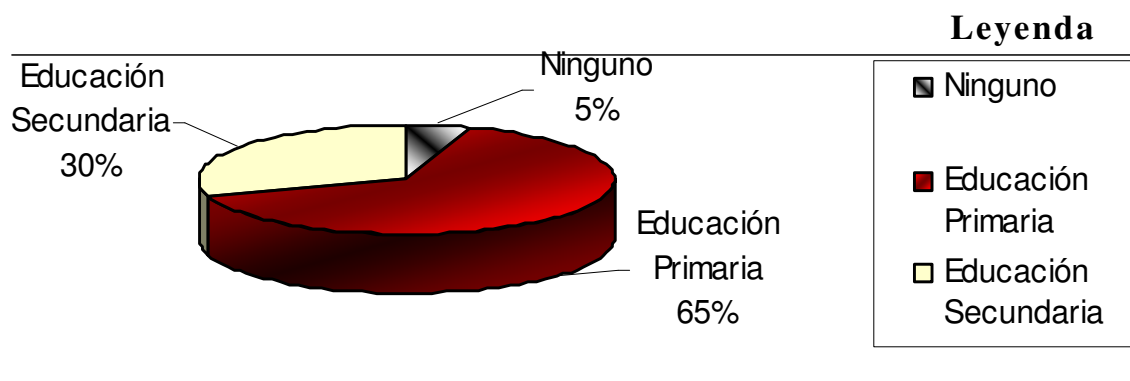
Grafico No. 6. Distribución de la muestra según el tipo de vivienda.
Julio – Octubre 2005

Análisis: El 20% de los sujetos encuestados habitan en Casa tipo Urbana, un 35% habitan en Casa Rural, mientras que un 45% habitan vivienda tipo rancho.

**Distribución de la muestra según el grado de instrucción materna.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 7

Grado de Instrucción Materna	Frecuencia Absoluta
Ninguno	01
Educación Primaria	13
Educación Secundaria	06



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

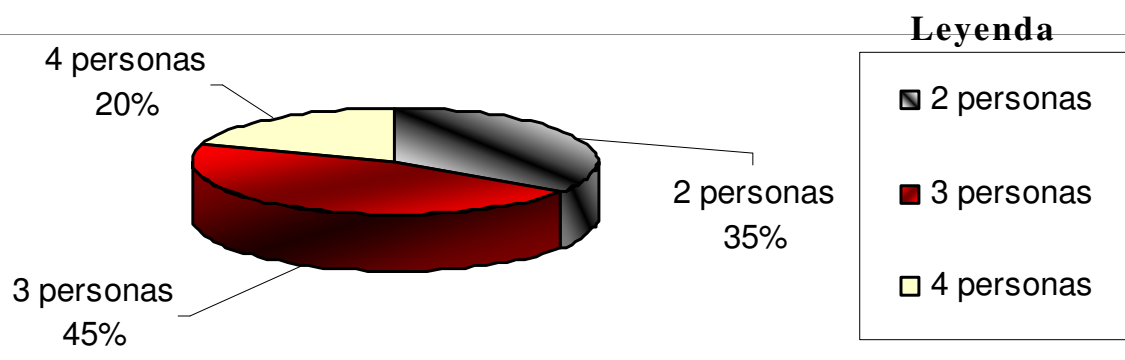
Grafico No. 7. Distribución de la muestra según el grado de instrucción materna. Julio – Octubre 2005

Análisis: El 65% de las madres de los sujetos en estudio poseen nivel académico dentro de la educación primaria, mientras que el 30% poseen educación secundaria, contraria al 5% que no posee ningún tipo de educación.

Distribución de la muestra según el número de personas que duermen con el niño. Julio – Octubre 2005

Cuadro N° 8

Tiempo	Frecuencia Absoluta
2 personas	07
3 personas	09
4 personas	04



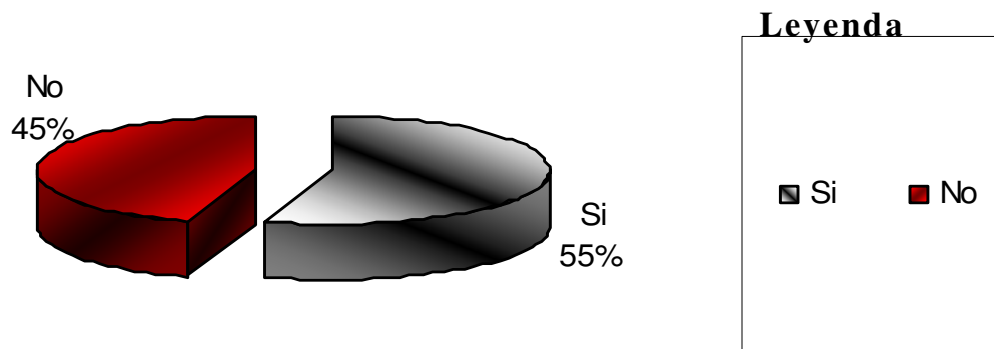
Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

Grafico No. 8. Distribución de la muestra según el número de personas que duermen con el niño. Julio – Octubre 2005

**Distribución de la muestra según la eliminación de basura a través de la quema en el hogar.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 9

Alternativas de Respuestas	Frecuencia Absoluta
Si	11
No	09



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

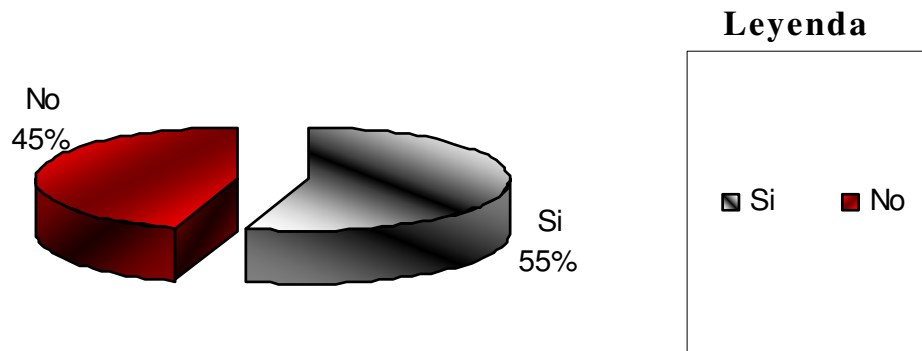
Grafico No. 9. Distribución de la muestra según la eliminación de basura a través de la quema en el hogar. Julio – Octubre 2005

Análisis: En el 55% de los hogares de los sujetos en estudio se utiliza la quema como método de eliminación de basura, contra el 45% que no lo utilizan.

**Distribución de la muestra según la frecuencia de uso de leña
en la cocción de los alimentos.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 10

Alternativas de Respuestas	Frecuencia Absoluta
Si	04
No	16



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

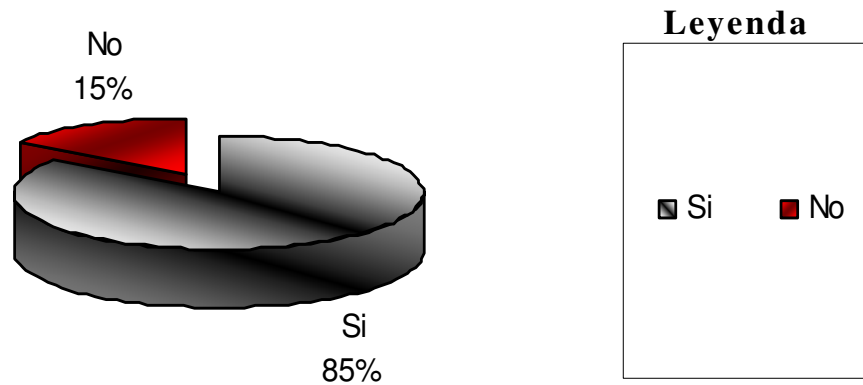
Grafico No. 10. Distribución de la muestra según la frecuencia de uso de leña en la cocción de los alimentos. Julio – Octubre 2005

Análisis: Un 80% del núcleo familiar de los sujetos en estudio No utilizan la leña para cocción de los alimentos, mientras que el 20% si lo hacen.

**Distribución de la muestra según la presencia de fumadores en el hogar.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 11.

Alternativas de Respuestas	Frecuencia Absoluta
Si	17
No	03



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

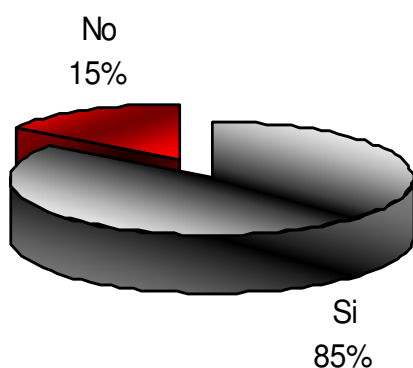
Grafico No. 11. Distribución de la muestra según la presencia de fumadores en el hogar. Julio – Octubre 2005

Análisis: El 85% de los sujetos en estudio cohabitan con fumadores, mientras que un 15% no lo hacen.

**Distribución de la muestra según la disposición de excretas.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 12

Alternativas de Respuestas	Frecuencia Absoluta
Si	10
No	10



Leyenda



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

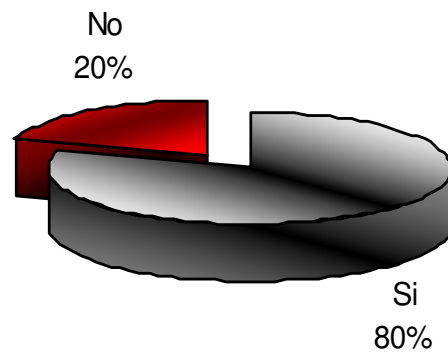
Grafico No. 12. Distribución de la muestra según la disposición de excretas. Julio – Octubre 2005

Análisis: En cuanto a la existencia de Cloacas en la vivienda de la muestra estudiada no hubo diferencia estadística significativa.

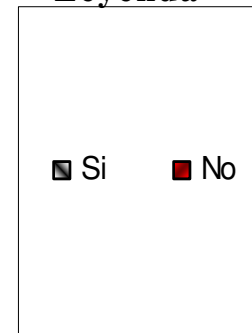
**Distribución de la muestra según la presencia de animales
en el hogar.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 13

Alternativas de Respuestas	Frecuencia Absoluta
Si	16
No	04



Leyenda



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

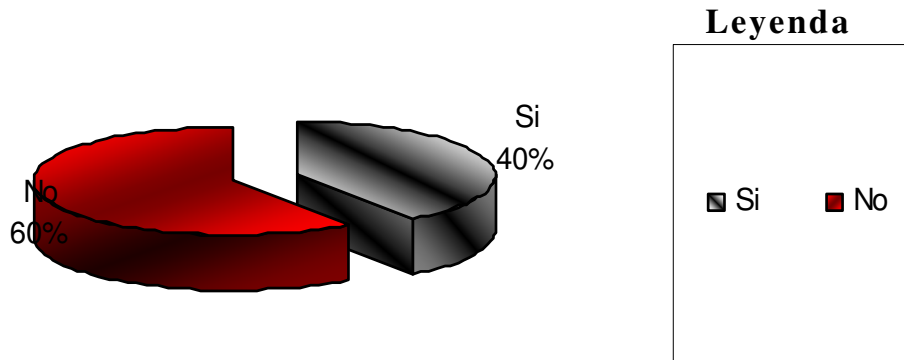
Grafico No. 13. Distribución de la muestra según la presencia de animales en el hogar. Julio – Octubre 2005.

Análisis: Es predominante el grupo de sujetos en estudio que poseen animales en el hogar con respecto a los que no que representan solo un 20%.

**Distribución de la muestra según el predominio de vegetación
en el hogar.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 14

Alternativas de Respuestas	Frecuencia Absoluta
Si	08
No	12



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

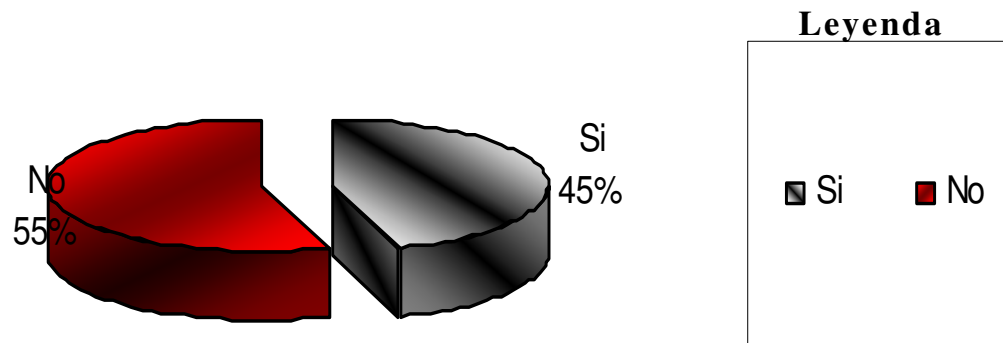
Grafico No. 14. Distribución de la muestra según el predominio de vegetación en el hogar. Julio – Octubre 2005.

Análisis: Del 100% de los núcleos familiares de los sujetos en estudio, un 60% No tiene predominio de vegetación en el entorno de la vivienda, mientras que el 40% si lo tiene.

**Distribución de la muestra según la existencia de ventilación adecuada la vivienda.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 15

Alternativas de Respuestas	Frecuencia Absoluta
Si	09
No	11



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

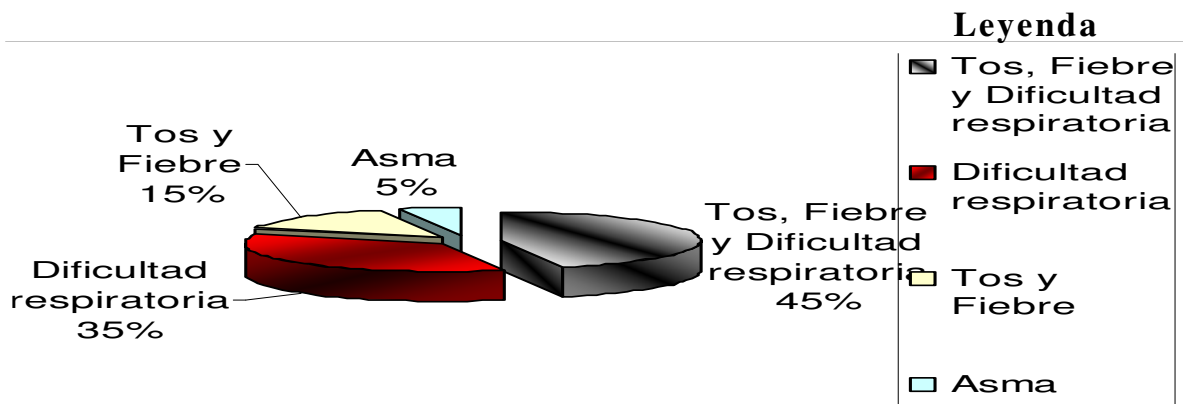
Grafico No. 15. Distribución de la muestra según la existencia de ventilación adecuada la vivienda. Julio – Octubre 2005

Análisis: Del 100% de los encuestados, es predominante con un 55% el grupo que No cuenta con una ventilación adecuada en su vivienda, mientras que el 45% si lo tiene.

**Distribución de la muestra según el Motivo de Referencia.
Julio – Octubre 2005**

Cuadro N° 16

Motivos	Frecuencia Absoluta
Tos, Fiebre y Dificultad respiratoria	09
Dificultad respiratoria	07
Tos y Fiebre	03
Asma	01



Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

Grafico No. 16. Distribución de la muestra según el Motivo de Referencia. Julio – Octubre 2005

Análisis: Del total de los pacientes estudiados, un 45% fue referido por presentar Dificultad Respiratoria, mientras que otro 35% fue referido por presentar Tos, Fiebre y Dificultad Respiratoria, quedando un 15% referido al centro por presentar Tos y Fiebre, por último un 5% que fue referido por presentar Asma.

Distribución de la muestra de acuerdo a Signos y Síntomas. Julio – Octubre 2005

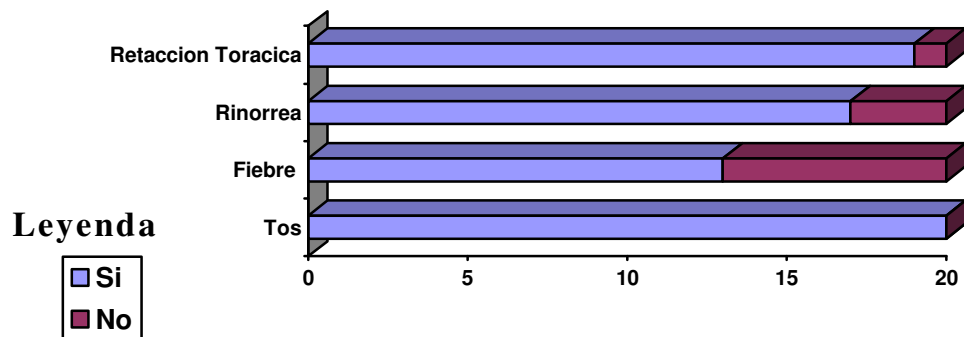
Cuadro N° 17

Signos y Síntomas	Si	No	Si	No
Tos	20	0	100	0
Fiebre	13	7	65	35
Rinorrea	17	3	85	15
Retracción Torácica	19	1	95	5

Autores: Armas, Chaviel, Donadelli, García (2005)

Grafico No. 17. Distribución de la muestra según Signos y Síntomas. Julio – Octubre 2005.

Análisis: En cuanto a los signos y síntomas más frecuentes en la muestra estudiada, la tos, la retracción torácica y la rinorrea ocuparon los tres primeros lugares de significación.



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La neumonía es una de las principales causas de consulta a nivel pediátrico existiendo una mayor incidencia en casos de neumonía en pacientes de género masculino constituyendo el grupo atareó mas frecuentes en menores de dos años, constituyéndose como antecedente importante que la mayoría eran de bajo peso al nacer ,se encontró que no hubo diferencia estadísticamente representativa en cuanto al cumplimiento del esquema de inmunizaciones, sin embargo el 60% abandono la lactancia materna antes de los 6 meses de edad.

En cuanto a las características sociales la vivienda tipo rancho, la madre con educación primaria, números de personas que duermen con el niño igual o mayor a 3, el mayor porcentaje que queman basura, fuman dentro del hogar, la gran mayoría tiene mascotas en el hogar, las viviendas en su mayoría no son ventiladas. Los factores sociales se relacionan con los datos aportados por Aguilar y colaboradores en el año 2000.

En cuanto a la sintomatología encontrada la tos, la retracción torácica y la rinorrea ocupan los tres primeros lugares, lo cual se corresponde a lo encontrado por Méndez y colaboradores en el año 2001.

Recomendaciones

- Se debe estimular al personal de salud que labora en los centros de atención primaria a realizar inicialmente un diagnóstico situacional de la comunidad, con el fin de tomar medidas preventivas de las patologías más frecuentes entre ellas la neumonía.
- Realizar campañas educativas por parte del personal de salud en cuanto a la divulgación de los factores que influyen en la presencia de infecciones respiratorias bajas con el fin de tomar medidas preventivas
- A nivel de atención terciaria, es importante que el equipo de salud conozca los factores sociales que influyen en la presencia de infecciones respiratorias para así una vez instaurado el tratamiento farmacológico, se consideren además las medidas preventivas y de control ambiental para así garantizar una vez que el paciente sea dado de alta una recuperación más efectiva que garantice una mejor calidad de vida y evitar recidivas de la infección.
- Se debe estimular al personal de enfermería a orientar trabajos de investigación al área preventiva, para así sentirse participes del bienestar del paciente y la comunidad y así desarrollar su rol como educador.

- El principal motor de esta investigación es que sirva de antecedente de investigaciones futuras,

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álvarez, A (2004). **Evaluación de la aplicación de métodos diagnósticos y conductas terapéuticas implementadas en el manejo de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. Hospital "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. Estado Lara. Julio 2002-2003.**

Álvarez, M (1999). **Neumonías en Atención Primaria.** España: Editorial Aula Médica.

Aguilar y col (2000v). **Factores de riesgo para neumonía en niños menores de 5 años en el Hospital Emigdio Castor Ríos de Churuguara, Municipio Federación, Estado Falcón. Lapso Febrero-Mayo.**

González E. (2.000). **Prevalencia, diagnóstico, evolución, terapéutica y costo de las neumonías en pacientes pediátricos en el Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga".**

Hernández A (1998). **Métodos de Investigación en Salud.** Caracas. Venezuela.

Hernández (2.000). **Neumonía de la comunidad en pacientes hospitalizados. Análisis de diversas estrategias diagnósticas y de la utilización empírica de betalactamicos.**

Hernández, Fernández y Bastidas (1999). **La Metodología de la Investigación Actual.** España: Editorial Ceus.

Manual para la presentación del trabajo de grado y tesis doctorales. (1998). Universidad Pedagógica Libertador. Barquisimeto. Venezuela

Méndez y col (2001). **Diagnóstico etiológico de las neumonías bacterianas en niños entre 2 meses y 5 años de edad en el Hospital Universitario de Coro**

Medina, A (1997). **Neumonía y Tuberculosis.** España: Editorial Madrid.

<http://www.medilineplush.com>

<http://www.google.com>

<http://www.monografias.com>

Raja (2003). **Neumonía neumocócica adquirida en la comunidad. Susceptibilidad antibiótica, serotipos y factores relacionados con la resistencia y la evolución clínica.**

Sánchez y Álvarez (1999). **Técnicas de investigación.** España: Editorial Trillas.

Sudan P. (1976). **Metodología de la Investigación**. Ediciones Panca. México.

Selltiz (1974). **El proceso Investigativo**. Ediciones Centauro. Caracas. Venezuela

Tamayo y Tamayo (1999). **Métodos de Investigación**. España: Editorial Trillas.

Urdaneta y col. 2003. **Metodología de la Investigación**. Brasil: Editorial Panapo.