

**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DEL ECUADOR**



**FACULTAD DE SALUD Y CULTURA FÍSICA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“ABORDAJE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5  
AÑOS DESDE LA TEORÍA DE HENDERSON”**

**CASO: COMUNIDAD DE SABANILLA**

**AUTORES:**

**PEDRO ALEX GONZABAY CATUTO**

**JHONATAN ISRAEL GALLEGOS ORDOÑEZ**

**TUTORA:**

**DRA. CRUZ XIOMARA PERAZA DE APARICIO**

**GUAYAQUIL - 2022**

## CERTIFICACIÓN DEL ASESOR

Yo, **Dra. Cruz Xiomara Peraza de Aparicio PhD**, en calidad de asesora del trabajo de investigación, designado por la cancillería de la **UMET**, certifico que el trabajo de graduación para optar por el título de: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**, cuyo título es **“ABORDAJE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS DESDE LA TEORÍA DE HENDERSON”**. Caso: Comunidad Sabanilla Provincia Del Guayas, elaborado por el estudiante: **PEDRO ALEX GONZABAY CATUTO Y JHONATAN ISRAEL GALLEGOS ORDOÑEZ**, han cumplido con todos los requisitos legales exigidos, por los que se aprueba la misma.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso de la presente, así como también se autoriza la presentación para la evaluación por parte del jurado respectivo.

Atentamente,



---

Dra. Cruz Xiomara Peraza de Aparicio PhD

C.I. 0961195435

Asesora De Tesis

## **CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, **PEDRO ALEX GONZABAY CATUTO**, estudiante de la Universidad Metropolitana del Ecuador "UMET", **Enfermería** declaro en forma libre y voluntaria que el presente trabajo de investigación que versa sobre: **"ABORDAJE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS DESDE LA TEORÍA DE HENDERSON"** Caso: **Comunidad Sabanilla Provincia Del Guayas** y las expresiones vertidas en la misma, son autoría del compareciente, las cuales se han realizado en base a recopilación bibliográfica, consultas de internet y consultas de campo.

En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad de la misma y el cuidado al referirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto.

Atentamente,

-----  
PEDRO ALEX GONZABAY CATUTO  
C.I. 2400045957  
AUTOR

## **CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, **JHONATAN ISRAEL GALLEGOS ORDOÑEZ**, estudiante de la Universidad Metropolitana del Ecuador “UMET”, Enfermería, declaro en forma libre y voluntaria que el presente trabajo de investigación que versa sobre: **“ABORDAJE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS DESDE LA TEORÍA DE HENDERSON”** Caso: **Comunidad Sabanilla Provincia Del Guayas** y las expresiones vertidas en la misma, son autoría del compareciente, las cuales se han realizado en base a recopilación bibliográfica, consultas de internet y consultas de campo.

En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad de la misma y el cuidado al referirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto.

Atentamente,

-----  
JHONATAN ISRAEL GALLEGOS ORDEOÑEZ  
C.I. 0250013273  
AUTOR

## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, **PEDRO ALEX GONZABAY CATUTO**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación, **“ABORDAJE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS DESDE LA TEORÍA DE HENDERSON” Caso: Comunidad Sabanilla Provincia Del Guayas** modalidad **Proyecto de Investigación**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, cedo a favor de la Universidad Metropolitana del Ecuador una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Metropolitana del Ecuador para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

-----  
PEDRO ALEX GONZABAY CATUTO  
C.I. 2400045957  
AUTOR

## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, **JHONATAN ISRAEL GALLEGOS ORDOÑEZ**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación, “**ABORDAJE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS DESDE LA TEORÍA DE HENDERSON**” **Caso: Comunidad Sabanilla Provincia Del Guayas** modalidad **Proyecto de Investigación**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, cedo a favor de la Universidad Metropolitana del Ecuador una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Metropolitana del Ecuador para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

-----  
JHONATAN ISRAEL GALLEGOS ORDEOÑEZ  
C.I. 0250013273  
AUTOR

## DEDICATORIA

Dedicado a Dios por haberme permitido cumplir con esta meta, al brindarme salud sabiduría para no desmayar en los momentos difíciles.

A mis padres, Gladys y Pedro, por brindarme todo ese amor apoyo incondicional en cada momento de mi vida, y hacer de mí, con sus consejos y ejemplos un ser de bien y útil ante la sociedad, a ustedes y por ustedes se las dedico este logro muy importante en mi vida profesional.

A mis hermanos, Liseth, Ronny, Deiby, Valeria, que son esa fuente de inspiración para lograr mis objetivos.

**P Gonzabay**

## DEDICATORIA

De manera especial a mis Padres por haberme forjado como persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos. Para la construcción de mi vida profesional, sentó en mis las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en lo cual me quiero reflejar pues con virtudes infinitas y gran corazón me llevan a admirarla cada día más.

Gracias Dios por concederme a la mejor madre y padre....

**J Gallegos**

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido cumplir con esta meta, al brindarnos fuerza, salud, sabiduría, para no desmayar en los momentos difíciles.

A nuestra tutora Dra. Xiomara de Aparicio por habernos brindado la oportunidad de recurrir a sus capacidades y conocimientos, así como también haberme tenido la paciencia del mundo para guiarnos durante todo el desarrollo de este trabajo, un verdadero ejemplo a seguir.

A la comunidad Sabanilla por haber permitido la realización de este estudio en su geografía, con la mayor disposición y gentileza.

A la Universidad que me dio la bienvenida al mundo como tal, las oportunidades que me brinda son incomparables, y antes de todo esto ni pensaba que fuera posible que algún día si quiera me topara con una de ellas.

Agradezco mucho por la ayuda de mis maestros, compañeros y a la Universidad en general por todo lo anterior en conjunto con todos los conocimientos que me otorgaron.

**Los autores.**



## ÍNDICE GENERAL

<b>CERTIFICACIÓN DEL ASESOR .....</b>	<b>II</b>
<b>CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN .....</b>	<b>III</b>
<b>CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN .....</b>	<b>IV</b>
<b>CEsIÓN DE DERECHOS DE AUTOR .....</b>	<b>V</b>
<b>CEsIÓN DE DERECHOS DE AUTOR .....</b>	<b>VI</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>VII</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>VII</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE GENERAL.....</b>	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XVI</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
General .....	7
Específicos.....	7
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos .....	8
Sistema de Variables .....	9
Definición conceptual .....	9
Operacionalización de Variables.....	9
Indicadores .....	10
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>13</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
1.1. Antecedentes internacionales .....	13
1.1.1 Antecedentes nacionales .....	17
1.2. Bases Teóricas .....	20
1.3. Anatomofisiología del sistema respiratorio.....	21

1.3.1.	Anatomía del sistema respiratorio .....	21
1.3.2.	Ubicación del sistema respiratorio.....	22
1.3.3.	Función del sistema respiratorio.....	22
1.4.	Enfermedades respiratorias .....	23
1.4.1.	Bronquiolitis.....	23
1.4.2.	Catarro común.....	26
1.4.3.	Gripe .....	28
1.4.4.	Asma .....	29
1.4.5.	Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC).....	32
1.5.	Tratamiento no farmacológico de las enfermedades respiratorias.	35
1.6.	Factores determinantes de las enfermedades respiratorias .....	36
1.7.	Biografía de Virginia Henderson .....	36
1.7.1.	Modelo de cuidados de Virginia Henderson: Conceptos básicos 37	
1.7.2.	Intervenciones/Actividad .....	38
1.7.3.	Relación enfermero/a-paciente según Virginia Henderson: .....	40
1.7.4.	Organización de datos según el modelo de Virginia Henderson	41
<b>CAPITULO II</b>	.....	<b>42</b>
<b>2.</b>	<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>42</b>
2.1.	Modalidad básica de la investigación.....	42
2.2.	Metodología .....	42
2.3.	Tipo de Investigación .....	42
2.3.1.	Técnicas e Instrumentos utilizados en la Investigación .....	43
2.3.2.	Validez y Confiabilidad .....	43
2.4.	Recursos.....	44
2.5.	Población y Muestra.....	45
2.6.	Tipo de Muestra .....	45

2.7.	Proceso de Recopilación de la Información .....	45
2.8.	Resultados de la encuesta .....	46
2.9.	.....	46
<b>CAPITULO III</b>	<b>.....</b>	<b>67</b>
<b>3.</b>	<b>PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>67</b>
3.1.	Título de la propuesta .....	67
3.2.	Objetivos de la propuesta .....	67
3.2.1.	Objetivo general. ....	67
3.2.1.	Objetivos específicos. ....	67
3.3.	Desarrollo de la propuesta. ....	67
3.4.	4.4 Actividades programadas.....	67
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>.....</b>	<b>72</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>.....</b>	<b>74</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>.....</b>	<b>75</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	11
Tabla 2: Cuadro cuantitativo de la población .....	45
Tabla 3: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5años con afecciones respiratorias según edad y sexo. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.....	46
Tabla 4: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5años con infecciones respiratorias según sexo y el IMC Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.....	47
Tabla 5: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5años con afecciones respiratorias según sexo y controles prenatales maternos < 6. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.....	49
Tabla 6: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según edad y bajo peso al nacer. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas .....	50
Tabla 7: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5años con afecciones respiratorias según sexo y lactancia materna. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas .....	51
Tabla 8: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y el esquema de vacunación vigente. ....	53
Tabla 9: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5años con afecciones respiratorias según sexo y antecedentes de afecciones respiratorias. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas .....	54
Tabla 10: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5años con afecciones respiratorias según sexo y tipo de vivienda. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas .....	55
Tabla 11: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5años con afecciones respiratorias según sexo y servicios básicos. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas .....	57

Tabla 12: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y vías nasales despejadas durante el cuadro respiratorio. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.....	58
Tabla 13: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y eliminación uso de vaporización durante el cuadro respiratorio. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.....	59
Tabla 14: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y posición adecuada durante el cuadro respiratorio. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.....	61
Tabla 15: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y control de temperatura corporal durante el cuadro respiratorio. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.....	62
Tabla 16: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y la exposición a contaminación ambiental. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas .....	63
Tabla 17: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y espacios para recreación saludable. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas .....	65

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Distribución porcentual <5 años con afecciones respiratorias según edad y sexo. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas .....	46
Gráfico 2: Distribución porcentual <5 años con infecciones respiratorias según sexo y el IMC en la comunidad Sabanilla .....	48
Gráfico 4: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según edad y bajo peso al nacer .....	50
Gráfico 5: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y lactancia materna .....	52
Gráfico 7: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y antecedentes de afecciones respiratorias ...	54
Gráfico 10: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y vías nasales despejadas durante el cuadro respiratorio. ....	59
Gráfico 11: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y eliminación de mucosidad con vaporización durante el cuadro respiratorio .....	60
Gráfico 15: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y espacios para recreación saludable .....	65

## RESUMEN

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como : tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbimortalidad, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años. El objetivo del estudio: Diseñar un plan de cuidados de enfermería en pacientes menores de 5 años con enfermedades respiratorias desde la teoría de Henderson en la comunidad de Sabanilla. Metodología: un estudio cuantitativo, descriptivo, de campo. Población y muestra:37 menores de 5 años; 20 varones y 17 hembras. Se utilizó una encuesta de 11 ítems, validada por expertos y con un coeficiente KR(20) de 0.8909 .Discusión y Resultados: 16% presento bajo peso, el 51 % de las madres cumplió con más de seis controles prenatales, el 64% de niños si tuvieron lactancia materna, el 82% de los niños(as), tienen el esquema de vacunación completo, antecedentes de infecciones respiratorias el 19% presento catarro común y gripe respectivamente, 13% antecedentes de bronquiolitis, 8% antecedentes de asma y 3 % antecedentes de neumonía.30 % de niños viven en casa de caña techo zinc, el 8 % de niños viven en casa zinc y de tabla. Se propone “Siguiendo los consejos de Virginia Henderson”, la ejecución de micros radiales como intervención para beneficio de los habitantes en especial de los niños que habitan en la comunidad Sabanilla

Palabras claves: Infección respiratoria, factores de riesgo, Teoría de Virginia Henderson, cuidados maternos

## ABSTRACT

Acute respiratory infection is defined as the set of infections of the respiratory system caused by viral, bacterial and other microorganisms, with a period of less than 15 days, with the presence of one or more symptoms or clinical signs such as: cough, runny nose, nasal obstruction, odynophagia, otalgia, hoarseness, noisy breathing, respiratory distress, which may or may not be accompanied by fever; acute respiratory infection being the leading cause of morbidity and mortality, as well as consultation to health services and hospitalization in children under five years of age. The objective of the study: Design a nursing care plan in patients under 5 years of age with respiratory diseases from Henderson's theory in the community of Sabanilla. Methodology: a quantitative, descriptive, field study. Population and sample: 37 children under 5 years of age; 20 males and 17 females. An 11-item survey was used, validated by experts and with a KR (20) coefficient of 0.8909. Discussion and Results: 16% presented low weight, 51% of the mothers complied with more than six prenatal controls, 64% of children if they were breastfed, 82% of the children, have the complete vaccination schedule history of respiratory infections, 19% had the common cold and flu, respectively, 13% had a history of bronchiolitis, 8% had a history of asthma, and 3% had a history of pneumonia. 30% of children live in a zinc-roofed cane house, 8% of children They live in a zinc and board house. "Following the advice of Virginia Henderson" is proposed, the execution of radio micros as an intervention for the benefit of the inhabitants, especially the children who live in the Sabanilla community

Keywords: Respiratory infection, risk factors, Virginia Henderson Theory, maternal care



## INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión joven en todo el mundo y hay buenas razones para creer que se cuenta con las herramientas necesarias para prosperar en esta sociedad dinámica, cambiante, global y tecnológica que enfrenta nuevos desafíos profesionales con claridad y previsión (Cassiani, Munar, Umpiérrez, Peduzzi, & Leija, 2020). Debido a la alta tasa de eventos adversos en los hospitales, la seguridad del paciente es ahora una prioridad nacional en varios países, ya que descuidar la seguridad durante la atención humanizada y comunitaria puede resultar en la muerte, discapacidad, pérdida económica o demandas contra los profesionales de la salud.

La enfermería siempre ha sido una profesión que brinda los cuidados necesarios a las personas, a la familia como unidad social y a la sociedad en su conjunto (Calle Garcia, Macías Alvia, Cedeño Holguín, Mendoza Mendoza, & Macías Mero, 2018). En ese contexto, deben desarrollar cualidades y valores correspondientes a la atención que brindan, para apoyarse en su competencia y actividades profesionales para satisfacer las necesidades vitales de los pacientes.

Por otro lado, (Castañeda Lescano, 2020), refiere que, los profesionales Enfermería en el área comunitaria es tomado como una tarea colectiva, ya que combina la práctica de enfermería y la práctica de la salud pública, además, de aplicar su síntesis para promover la salud y prevenir la enfermedad en la población. Esta práctica es general, atrae a todos los grupos etarios, es continua en lugar de episódica y cubre a la población en general. El foco está en individuos, familias o grupos, contribuyendo la salud de toda la población, con más énfasis en los grupos vulnerables

Las enfermedades respiratorias, cita (Vélez Alume, 2017), son una de las principales razones para buscar atención médica en todo el mundo, tanto ambulatoria como hospitalaria, y una de las principales causas de muerte. Estas enfermedades afectan a toda la población, pero mayoritariamente a personas menores de 5 años y mayores de 65 años.

Una proporción importante de las visitas, hospitalizaciones y muertes por enfermedades respiratorias son de carácter infeccioso y pertenecen al grupo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y crónicas (ERC), que constituyen el primer motivo de consulta a los servicios de salud donde el equipo de salud como el

profesional de enfermería se encarga de llevar la monitorización en todos los ámbitos como datos estadísticos, ubicación geográfica, prevención y tratamiento de dichas patologías.

Durante décadas, las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas se encontraron entre las tres principales causas de muerte y discapacidad entre niños y adultos. Aunque la carga es difícil de cuantificar, se estima que las infecciones respiratorias bajas causan casi 4 millones de muertes al año y es la causa principal de muertes entre niños menores de 5 años de edad. (Asociación Latinoamericana de Tórax , 2017) Además, las infecciones agudas del tracto respiratorio inferior en niños marcan el escenario para enfermedades respiratorias crónicas más tarde en la vida. Las infecciones del tracto respiratorio, causadas por la influenza, matan de 250.000 a 500.000 personas y cuestan entre 71 a 167 mil millones de dólares anuales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) referido por (Tazinya , y otros, 2018), estima que las infecciones respiratorias representan el 6% de la carga mundial total de enfermedades. Este es un porcentaje más alto que la carga de enfermedad diarreica, cáncer, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad de las arterias coronarias o malaria. Alrededor de 6,6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año en todo el mundo; El 95% de estos se encuentran en países de bajos ingresos y un tercio de todas las muertes son por infecciones respiratorias agudas.

Según el Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC) (Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2020) entre las principales causas de muerte por enfermedades respiratorias durante el 2020 se identificaron la influenza y neumonía ocupando 6,4% de las defunciones totales. Por otro lado, las que con menos frecuencia se presentan son los casos de tuberculosis y pulmonía.

Un niño, entre el primer y quinto año de vida desarrolla, según (Córdova Sotomayor, Chávez Bacilio, Bermejo Vargas, Jara Ccorahua, & Santa Maria Carlos, 2020), explican que, en promedio, presentan entre tres a siete episodios cada año por infecciones respiratorias. Se calcula que entre 80 y 90 % de las IRA son de causa viral, y que las de origen bacteriano, se relacionan con algunos cuadros específicos de infecciones respiratorias en la vía aérea superior. Los cuadros pueden ser inaparentes o sintomáticos, variables en gravedad y duración, se ven influenciados

por factores como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergias y estado nutricional.

Al mismo tiempo, en la comunidad Sabanilla las infecciones respiratorias en su mayoría son por condiciones ambientales nocivas, debido a la presencia de 10 canteras y una empresa cementera Holcim (Cerro Largo), que enrarecen el aire con los desechos de sus productos que contaminan la atmosfera de la zona, afectando a la comunidad en general especialmente a los niños, infecciones que se destacan como un problema de salud tanto por su alta frecuencia que conlleva su control.

Esta investigación pretende determinar un plan de acción enfocado en las enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años desde la teoría de Virginia Henderson, realizando un estudio de caso de manera cuantitativa en la comunidad Sabanilla perteneciente a la provincia del Guayas.

Por esta y muchas razones, las primeras enfermeras a nivel mundial se encargaron de formular sus teorías sobre cómo ven las acciones de los profesionales de enfermería, cada una perteneciente a diferentes dominios y aportando su propia definición de la disciplina.

Este estudio se plantea desarrollar a partir con una metodología documental de tipo cuantitativo mediante la estructuración de los siguientes capítulos:

**Introducción:** Referido al planteamiento del problema, Justificación del estudio, objetivos del estudio, interrogante del investigador, incluyendo la viabilidad y limitaciones presentes.

**Capítulo I:** Se refiere a los fundamentos teóricos o fundamentos teórico-conceptuales del estudio en curso. Se divulgan: los antecedentes de un estudio detallado (análisis de trabajos anteriores, autores principales y principales propuestas analizadas). Se sistematizan definiciones y se toman posiciones desde un punto de vista teórico.

**Capítulo II:** Referido a la base metodológica. Contiene la base de la estrategia de investigación o metodología de investigación utilizada; Métodos, técnicas, herramientas y procedimientos utilizados en la recogida de datos, su tratamiento y su análisis e interpretación.

**Capítulo III:** Referido a los resultados alcanzados y la propuesta de solución al problema. Contendrá la propuesta que se realiza para la solución del problema científico, así como los principales resultados y contrastación de estos.

### **Planteamiento del Problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una enfermedad o trastorno respiratorio es una condición o afección que afecta el sistema respiratorio (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017)

Según estimaciones de la (Organización Mundial de la Salud, 2021), 235 millones de personas padecen asma y 64 millones enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La misma organización señala que aproximadamente 4 millones de personas mueren de ERC cada año en todo el mundo, y la EPOC encabeza la lista como la principal causa de muerte.

Las enfermedades respiratorias, según (Thomas & Bomar, 2021) se dividen en infecciones del tracto respiratorio superior e inferior. Las infecciones de las vías respiratorias superiores afectan la nariz, los senos paranasales, la garganta, la laringe y las vías respiratorias mayores. Mientras que las infecciones de las vías respiratorias inferiores, entre ellas bronquios y los pulmones, están involucradas principalmente por la gripe, bronquitis aguda, bronquiolitis y neumonía

Entre las enfermedades respiratorias, estima la (Organización Mundial de la Salud , 2021) que, la neumonía es la causa individual más común de mortalidad infantil en todo el mundo. Se estima que 920 136 niños menores de 5 años murieron de neumonía en 2015, lo que representa aproximadamente el 15 % de todas las muertes de menores de 5 años. La neumonía generalmente afecta a niños y familias, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y el sur de Asia.

En Ecuador, explica (Alomia Castro, y otros, 2019), que los niños son los más afectados en cuanto a enfermedades respiratorias se refiere, siendo las IRA la primera causa de muerte: 45,7% en áreas urbanas, 38,3% en áreas rurales y la segunda causa de muerte (40%) en niños menores de 5 años. Además de ser una condición fatal, tiene una alta tasa de recurrencia, ocurriendo de 4 a 6 veces al año en áreas urbanas y de 5 a 8 veces en áreas rurales. La tarea principal del profesional de enfermería es cuidar de pacientes sanos o enfermos, enfatizar situaciones en las que su vida está en peligro, proteger su integridad física y mental.

Por otro lado, el personal de enfermería comunitaria realiza su trabajo en el primer nivel de contacto con el sistema nacional de salud, siendo el Ministerio de Salud Pública (MSP), el encargado de acercar lo más posible la atención a los hogares, lugares de trabajo de las personas y apoyándolas con principios elementales como: acceso y cobertura universal, atención integral e integrada.

De igual manera, la (Organización Panamericana de la Salud, 2007), hace énfasis en la promoción y prevención, atención apropiada, orientación familiar y comunitaria, mecanismos activos de participación, marco legal e institucional, organización y gestión óptimas, políticas y programas pro equidad, primer contacto, recursos humanos apropiados, recursos adecuados y sostenibles, acciones intersectoriales. Para ello, debe tener un conocimiento profundo de las complejidades de los individuos, las familias, los grupos y las interacciones que tienen lugar entre ellos.

En otro orden de ideas, (Cabascango Allauca, Hinojosa Chariguamán, Remache Agualongo, & Olalla García, 2019), comenta que, la teoría de Virginia Henderson es importante y apunta a una disciplina basada en la enfermería que se enfoca en ayudar a una persona, sana o enferma, a realizar actividades que beneficien su salud, recuperación o una muerte digna, y a realizar actividades, que la persona no puede hacerlo por sí misma debido a sus limitaciones o falta de conocimiento, ayudarle a ser autosuficiente lo antes posible.

El modelo de Henderson pertenece al modelo de necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanista. Es por ello, que este estudio plantea aplicar la enfermería comunitaria abordando las enfermedades respiratorias en menores de 5 años, existentes en la comunidad de Sabanilla basado en la teoría de Virginia Henderson, a partir la identificación y evaluación de 14 necesidades, donde el papel del enfermero es lograr (sustituir o ayudar) lo que una persona no puede hacer en un momento dado de su ciclo de vital.

Para los autores (Bonill de las Nieves & Amezcua, 2014) según Henderson lo primero que hay que evaluar es la capacidad de una persona para satisfacer las necesidades, lo que permite la máxima colaboración e independencia de una persona. Luego evaluar si existe un agente de autonomía o cuidador. Dicho enfoque será tomado como punto de partida en la atención de enfermería en relación con las

enfermedades respiratorias en menores de 5 años existentes en la comunidad de Sabanilla

La aplicación de este modelo y el proceso de enfermería están íntimamente ligados, ya que este proceso cíclico y sistemático ofrece una asistencia integral desde la evaluación integral del problema y la formulación de un diagnóstico de enfermería hasta la posterior planificación, implementación y evaluación de metas orientadas al cuidado y necesidades menores de 5 años con afecciones respiratorias, contribuyendo a su recuperación y mayor independencia para satisfacción de las mismas.

### **Justificación**

La condición clínica conocida como síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA), según (Carrillo Esper, Martín de Jesús Sánchez Zúñiga, Medveczky Ordóñez, & Carrillo Córdova, 2018), es una afección conocida desde la primera Guerra Mundial, pero en 1967 el grupo del Dr. Ashbaugh y Petty describieron una serie de 12 pacientes que padecían una afección con características clínicas e histológicas particulares a la que llamaron síndrome de dificultad respiratoria aguda. Desde entonces y hasta la fecha los criterios diagnósticos y el tratamiento ventilatorio han cambiado, a pesar de ello, este padecimiento sigue siendo un reto terapéutico, porque puede llegar a tener un índice de mortalidad cercano a 40%.

Para (Córdova Sotomayor, Chávez Bacilio, Bermejo Vargas, Jara Ccorahua, & Santa María Carlos, 2020), las enfermedades respiratorias requieren una atención especial de enfermería ya que, el grupo de riesgo incluye a niños menores de cinco años, cuyo desarrollo inmunológico y epitelial se encuentra en etapa de acumulación, En niños menores de 5 años, las IRA se encuentran dentro de las diez causas más frecuentes de morbilidad, y dentro de las tres primeras que ocasionan la muerte.

En cuanto a la propuesta fundamental de Virginia Henderson (Naranjo Hernández, Jiménez Machado, & González Meneses., 2018), refieren que, es una visión personal del rol de una enfermera, basada en su influencia y la experiencia que ha adquirido a lo largo de su carrera profesional.

Además, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), (Chae & Oh Hyunkyung, 2020), citan que se están implementando cada vez más en el trabajo de enfermería y los sistemas de información, pueden integrarse con el modelo de

enfermería y el PE. Esto permite a las enfermeras trabajar tanto desde su propia perspectiva como en colaboración con otros profesionales, algo fundamental en muchos entornos sanitarios y en nuestra realidad asistencial

El aporte teórico de Virginia Henderson, (Barragan, Gavilanes, Lombeyda, & Muñoz, 2018), que incluye la definición de enfermería y la formulación de las catorce necesidades básicas, puesto que, permitirá explicar todos los comportamientos de enfermería presentes y futuros de la comunidad de Sabanilla.

Se ha observado que la comunidad de Sabanilla carece de centro médico, es por ello por lo que se desea abordar la enfermería comunitaria en el tratamiento de enfermedades respiratorias en dicha comunidad principalmente tanto aguda como crónica, en beneficio de la comunidad y mejorar la calidad asistencial.

Posee relevancia científica ya que se empleará el apoyo de artículos clínicos tomados de bases especializadas y actualizados provenientes de revistas indexadas que, de manera teórica, permitirá conocer las principales influencias y experiencias que llevaron a Henderson a desarrollar su propuesta filosófica, comprender la base de sus conceptos y el estadio de desarrollo en el que se encuentra en la estructura del conocimiento. Así como también, el estudio servirá de base para futuras investigaciones del tema en cuestión.

### **Viabilidad de la investigación**

Este estudio es viable puesto que se cuentan con los recursos humanos y materiales para el desarrollo de la investigación, a su vez se contará con el consentimiento informado de cada participante protegiendo su identidad y conservando la bioética profesional del estudio.

### **Formulación del problema**

#### **General**

¿Cómo será un plan de cuidados de enfermería en menores de 5 años con enfermedades respiratorias basados en la teoría de Virginia Henderson?

#### **Específicos**

¿Cuáles son las características físicas y sociodemográficas en los menores de 5 años con enfermedades respiratorias en la comunidad de Sabanilla?

¿Cuáles son las necesidades básicas en el cuidado de enfermedades respiratorias en menores de 5 años en la comunidad de Sabanilla?

¿Cómo será el diseño de un plan de cuidados de enfermería en menores de 5 años con enfermedades respiratorias basados en la teoría de Virginia Henderson?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Diseñar un plan de cuidados de enfermería para menores de 5 años con enfermedades respiratorias basados en la teoría de Virginia Henderson en la comunidad de Sabanilla.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las características físicas y sociodemográficas en los menores de 5 años con enfermedades respiratorias en la comunidad de Sabanilla.
- Clasificar las necesidades básicas en cuidados respiratorios en los menores de 5 años de la comunidad de Sabanilla.
- Diseñar un plan de cuidados de enfermería en los menores de 5 años basados en la teoría de Virginia Henderson en la comunidad de Sabanilla.

### **Formulación de hipótesis**

Para los autores (Ñaupas Paitán, Palacios Vilela, Romero Delgado, & Valdivia Dueñas, 2018) la formulación de hipótesis, método científico que se debe formular hipótesis consistentes, claras y precisas, teóricamente fundadas y con gran fuerza explicativa. Deben ser formuladas en términos de respuesta afirmativa o condicional frente al problema central o problemas específicos. Una hipótesis es una respuesta imaginativa, intuitiva que el investigador formula, frente a un problema científico. También se dice que son conjeturas, suposiciones que el investigador formula frente a un problema científico.

### **Las variables**

Las variables según (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2017): Son elementos o factores que pueden ser clasificados en una o más categorías. Es posible medirlas o cuantificarlas, según sus propiedades o características. Algunos autores



señalan que la variable es algo que "cambia" o que puede asumir diferentes valores en un momento o situación determinada. Es así como Kerlinger (1985), la define como una propiedad capaz de adoptar diferentes valores. Por su parte, para (Arias, 2012) una variable es una cualidad susceptible de sufrir cambios por lo que un sistema de variables está conformado por un conjunto de características operacionalizadas. La inexistencia de hipótesis no implica la ausencia de variables en la investigación. Una variable presenta un grado de abstracción que impide utilizarla como tal en la investigación, por lo tanto, hay que operacionalizarla.

### **Sistema de Variables**

Para establecer el sistema de variables, es menester valerse de la definición conceptual y operacional de aquellas, es decir, de las dimensiones y los indicadores de cada una.

### **Definición conceptual**

Al identificar las variables que serán estudiadas, se pasa a establecer el significado que el investigador les atribuye dentro de la investigación. Éste indica los términos en que fundamentará su enfoque teórico, con lo cual podrá visualizar las dimensiones e indicadores del estudio. (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2017). La definición conceptual o nominal se limita a explicar el significado de la variable utilizando palabras conocidas. Cuando se trata de una definición que requiere tomar en cuenta la etimología o connotación semántica de la palabra, debe hacerlo a partir del origen etimológico del término con el cual ha identificado la variable. Estas definiciones nominales designan un objeto o fenómeno de acuerdo con una convención lingüística mediante un enunciado general.

Las dimensiones de la variable, comentan (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2017), constituyen un referente para establecer los indicadores. Para que las variables sean utilizadas con el mayor provecho posible en la construcción de los instrumentos, deben ser operacionalizadas. El proceso de operacionalización de variables es el que permite ir de las variables a las dimensiones y de éstas a los indicadores.

### **Operacionalización de Variables**

La definición operacional refiere (Ñaupas Paitán, Palacios Vilela, Romero Delgado, & Valdivia Dueñas, 2018) Proceso lógico mediante el cual el investigador

transforma las variables teóricas o abstractas, en subvariables o dimensiones y estas a su vez se transforman en variables empíricas, conocidas también como indicadores.

Por otro lado, los autores (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2017), refieren sobre este procedimiento, la identificación de los elementos y datos empíricos que expresen y especifiquen el fenómeno en cuestión. La variable se define en términos de las acciones que sirven para medirla. Indica qué hacer para que cualquier investigador pueda observar el fenómeno.

Esta definición operacional asigna significado a una variable, describiéndola en términos observables y comprobables para poder identificarla. La mayor o menor precisión de este tipo de definiciones está dada por el grado en el cual los indicadores expresen el concepto que procuran representar. De este modo, "existe una relación cerrada y estrecha entre la definición conceptual ' de las variables y los indicadores

### **Indicadores**

Una variable tiene un grado de abstracción que, normalmente, no puede ser utilizado como tal en la investigación. Para operacionalizar las variables como ya se dijo, es menester valerse de los indicadores. Estos constituyen la medida de indicio de la realidad que se quiere conocer.

Los indicadores son elementos, factores, rasgos o componentes más representativos, característicos o típicos de las variables y dimensiones que intervienen en un estudio determinado: permiten que las variables sean observables y fáciles de medir. Además, proporcionan la construcción de los instrumentos a ser utilizados en la investigación. Esto significa la certeza de que el indicador mide lo que quiere medir.

Tabla 1. Operacionalización de variables

<b>Objetivo General</b>	Diseñar un plan de cuidados de enfermería en pacientes menores de 5 años con enfermedades respiratorias desde la teoría de Henderson en la comunidad de Sabanilla			
<b>Variable Nominal</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>
Plan de cuidados de Enfermería menores de 5 años con enfermedades respiratorias	Plan que proporciona cuidados de Enfermería para tratar afecciones respiratorias como la gripe, el catarro común y otras en los menores de 5 años	<p>Física</p> <p>Estado nutricional</p> <p>Vacunación</p> <p>Sociodemográfica</p>	<p>A y B Edad/sexo</p> <p>C.-Peso/talla/ IMC</p> <p>1.-Control prenatal 6 visitas o mas</p> <p>2.- Bajo peso al nacer</p> <p>3.-Lactancia materna</p> <p>4.- Esquema de vacunación esquema de vacunación vigente</p> <p>5.Antecedentes de enfermedades respiratorias</p> <p>6.-Tipo de vivienda</p> <p>7.-Servicios básicos</p>	<p>Pregunta 1</p> <p>Pregunta 2</p> <p>Pregunta 3</p> <p>Pregunta 4</p> <p>Pregunta 5</p> <p>Pregunta 6</p> <p>Pregunta 7</p>
Necesidades de Teoría de Henderson	La teoría de Henderson explica que, su función principal de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda	<p>1.Respirar normalmente</p> <p>3.Eliminar por todas las vías corporales</p> <p>4.Moverse y mantener posturas adecuadas</p>	<p>8.-Permeabilidad de las fosas nasales</p> <p>9.-Eliminación de mucosidades con vaporización</p> <p>10.-Afección respiratoria y postura adecuada</p>	<p>Pregunta 8</p> <p>Pregunta 9</p> <p>Pregunta 10</p> <p>Pregunta 11</p>

	<p>ser independiente lo antes posible Nieves &amp; Amezcua, 2014).</p>	<p>7.Mantener la temperatura corporal</p> <p>9.Evitar los peligros ambientales</p> <p>13.Participar en actividades recreativas</p>	<p>11.-Control de la temperatura en caso de afección respiratoria</p> <p>12.-Relación polución-enfermedad (polvos de las canteras, humo de la fábrica de cemento)</p> <p>13.-Espacios recreativos saludables</p>	<p>Pregunta 12</p> <p>Pregunta 13</p>
--	--	--	--	---------------------------------------

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay & Gallegos (2022)

## CAPITULO I

### 1. MARCO TEÓRICO

Autores como (Guerra-Ramírez, Rojas-Torres, & Rodríguez-López, 2020) consideran que la infección respiratoria aguda (IRA), incluye un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio, pueden ser causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueítis, bronquiolitis y laringitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.

A continuación, se hace una revisión sobre investigaciones recientes tanto en el plano internacional como en el nacional, y que se detallan a continuación:

#### 1.1. Antecedentes internacionales

En Colombia (Ramírez Medina , Restrepo Ortega, Olivares Pérez, & Montañez Cuberos, 2020) realizaron una investigación titulada “Prevalencia de enfermedades respiratorias en los hogares y centros de desarrollo infantil del instituto colombiano de bienestar familiar del municipio de Cúcuta durante el año 2018 y 2019” la cual tuvo como objetivo:

Determinar la prevalencia de enfermedades respiratorias en los Hogares Infantiles y Centros de Desarrollo Infantil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del municipio de Cúcuta durante el año 2018 y 2019. Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo que evidencia la prevalencia de las enfermedades respiratorias en la infancia. Con una población presente de 17 HI y CDI, muestra objeto 7 instituciones e instrumento una lista de verificación. Resultados: El análisis indica que la neumonía con 28% es la patología más referenciada; en la prevalencia encontrada del año 2018 denota el CDI Trigal de la Felicidad como el más prevalente con un 34,4%, así mismo en el año 2019 HI Belén fue el pico más alto con un 97,5. Discusión: De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se propone una discusión en conjunto a diferentes autores donde se encuentran características similares a las adquiridas. Conclusiones: Se logró plena identificación de las enfermedades respiratorias prevalentes en la infancia, a su vez correcta caracterización de la población objeto para conocimiento previo y posible evolución de estas enfermedades en ellos.

Además de la prevalencia hallada tanto en el año 2018 como 2019 en las Instituciones participantes.

Esta investigación le aporta al trabajo investigativo en el desarrollo, ideas para la planificación de la propuesta en cuanto a un plan de acción de enfermería orientado a disminuir la prevalencia de las enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años en la comunidad objeto de estudio

En Perú (Bautista Suanabar, 2019) en su trabajo final de grado titulado “factores de riesgo asociado a infecciones respiratoria aguda en niños menores de 5 años del distrito de Acopampa Ancash” cuyo objetivo fue:

Establecer los factores de riesgo asociados a las IRA en niños menores de 5 años. Estudio fue de nivel explicativo coincide con el estudio en desarrollo aportando elementos para la propuesta de la misma, de diseño no experimental, casos y controles. La muestra fue de 160 historias clínicas de niños menores de 5 años: 40 para los casos y 120 para los controles obtenidos por formula muestral, seleccionada por muestreo probabilístico, para la recolección de datos se aplicó la técnica de análisis documental y como instrumento una ficha de registro. Para evaluar la asociación bivariada se utilizó la prueba Chi-cuadrado, calculándose los ODDS ratio (OR). Para el análisis multivariado se utilizó la regresión logística binaria. La conclusión: Las Infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años del distrito de Acopampa están asociados al peso al nacer, Hacinamiento y edad de la madre.

Esta investigación le aporta al estudio, aspectos para el marco teórico, en cuanto a los factores de riesgo, ya que se evidencia que las poblaciones infantiles menores de cinco años padecen de infecciones respiratorias a consecuencia de factores como la malnutrición de etiología variable, factores socioeconómicos y culturales

En Perú (Alvarado Zuñiga, Suárez Dueñas, Gutiérrez Latoche, & Mendoza López, 2021) realizaron una investigación titulada “Factores medioambientales asociados a infecciones respiratorias en niños menores de 5 años que acuden al hospital de Barranca” cuyo objetivo es:

Determinar los factores medio ambientales que están asociados a Infecciones Respiratorias en niños menores de 5 años, cuya metodología fue: Investigación básica, con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal. La muestra estuvo

conformada por 120 niños que acuden al hospital de Barranca y que pertenecen a la jurisdicción de la provincia de Barranca. Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario sobre factores de riesgo: ambientales, sociales, individuales. Previo consentimiento informado. La conclusión: Los factores que influyen en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años como factores de riesgo ambientales son la deficiencia de ventilación y cuando existe zonas polvorientas cerca del hogar, como factores de riesgo individuales cuando la lactancia materna exclusiva es inadecuada y el no cumplimiento del calendario de vacunación y como factores de riesgo sociales son el hacinamiento en el hogar.

Cabe destacar que este trabajo de investigación guarda relación con la tesis expuesta ya que se determinó los factores ambientales que originaron las enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años, claramente se evidencio factores como el polvo, y la falta de lactancia materna conllevaron a presentar alteraciones respiratorias en los niños de esta población.

En México (Coronel Carvajal, Huerta Montaña, & Ramos Téllez, 2018) desarrollo una investigación titulada “Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años” cuyo objetivo:

Identificar los factores de riesgo asociados a la infección respiratoria aguda en el menor de cinco años. Métodos: se realizó un estudio observacional analítico, retrospectivo en 88 niños constituidos por 44 casos e igual cantidad de controles, en el Hospital Universitario Armando Cardoso de Guáimaro entre junio de 2015 y mayo de 2017 La información se obtuvo de la entrevista a familiares y la historia clínica del niño. Resultados: se encontró que fueron factores de riesgo para las infecciones respiratorias agudas: la convivencia con fumadores, la lactancia materna exclusiva por menos de seis meses, la malnutrición por defecto, la edad menor de un año y la presencia de animales en el hogar. Conclusiones: los factores de riesgo para la infección respiratoria aguda identificados fueron: la convivencia con fumadores, la lactancia materna exclusiva por menos de seis meses, la malnutrición por defecto, la edad menor de un año y la presencia de animales en el hogar.

El estudio le aporta a la investigación aspectos para el marco teórico, ya que se mencionan los factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años que constituye un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de dos semanas.

En Cuba, Holguín (Arias Pérez, 2020) realizó un trabajo investigativo denominado “Intervención educativa sobre Infecciones Respiratorias Agudas en madres de niños menores de cinco años”. La cual tuvo como objetivo:

Implementar un programa de intervención educativa sobre Infecciones Respiratorias Agudas en madres de niños menores de cinco años. El universo estuvo constituido por 89 madres y la muestra por 32 de ellas, divididas en dos subgrupos de 16 madres cada uno. Para obtener los datos se confeccionó y aplicó un cuestionario antes y después de la intervención. La investigación se desarrolló en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación. Se realizaron diferentes actividades educativas sobre las necesidades de aprendizaje diagnosticadas y se evaluó el conocimiento adquirido después de la intervención. El grupo de edad con mayor representación fue el de 25 a 29 años y el nivel de escolaridad más representativo fue el universitario. De forma general se evidenció un bajo nivel de conocimientos sobre síntomas/signos; vías de transmisión, complicaciones; factores de riesgo y prevención de las IRA, en las madres tomadas como muestra, el que después de realizada la misma se incrementó notablemente. La implementación del programa de intervención educativa diseñada, resultó ser un mecanismo efectivo para modificar el nivel de conocimientos sobre las IRA que poseen las madres de la muestra en estudio.

Cabe mencionar que dicha tesis le aporta a la investigación que se está desarrollando, bases teóricas para la propuesta que se hará en el estudio, ya que está enfocado en capacitar a la madre de niños menores de 5 años relacionados con la insuficiencia respiratoria y su manejo inmediato.

En Paraguay (Troncoso, y otros, 2018) desarrollaron una investigación titulada “Afecciones respiratorias por el uso de leña y carbón en comunidades de Paraguay” tuvo como objetivo:

Describir el uso de energía eléctrica en los hogares de dos comunidades en Paraguay, una zona extraurbana y otra urbana. La Metodología aplicada se trató de un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal que se realizó por medio de una encuesta en 250 casas seleccionadas aleatoriamente. Como conclusión el uso del carbón y leña en los hogares del Paraguay es alto lo que tiene repercusiones en la salud y favorece las condiciones de inequidad social en el país. Se considera que una buena alternativa al uso de biomasa en Paraguay sería la electricidad, debido a que cuenta con grandes



recursos hidroeléctricos y la red eléctrica cubre a casi la totalidad de la población (99%).

Es oportuno mencionar que dicho trabajo de investigación consolida las bases teóricas de esta tesis ya que se mencionan los trastornos respiratorios que se pueden generar en las comunidades de zonas rurales por el uso del carbón vegetal y las condiciones el cual pone en vulnerabilidad a las personas que viven en condiciones no óptimas para su salud.

### **1.1.1 Antecedentes nacionales**

En cuanto al tema (Campos Rojas & Méndez Peralta, 2018) llevaron a cabo una investigación sobre “Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos” la cual tuvo como objetivo:

Determinar la incidencia de la dificultad respiratoria en los recién nacidos que se presentan en el mundo a través de revisiones bibliográficas científicas, para disminuir la morbimortalidad neonatal. Metodología: Se trata de una investigación documental, con enfoque cualitativo y descriptivo, para su realización se utilizaron referencias de investigaciones anteriormente realizadas que a consideración de los autores tienen concordancia con los objetivos planteados. Resultados y conclusiones: La incidencia de la dificultad respiratoria en el recién nacido a consideración de los autores de esta investigación y en relación con las referencias mostradas en la realización de la misma, es de 1% del total de nacidos vivos, es decir solo en Ecuador al año se encuentran según cifras del Ministerio de Salud Pública alrededor de 3.000 casos. Determinar una incidencia global supone ser una situación difícil, debido a que se debe tomar en cuenta cada una de las etiologías causales, sin embargo, los números mostrados de otras investigaciones consultadas por los autores indican cifras semejantes en otras localidades a nivel mundial.

Haciendo referencia a la investigación antes mencionada se puede observar que la incidencia de dificultad respiratoria está estrechamente relacionada al primer año de vida así mismo existen variables complejas para demostrar la incidencia de enfermedades respiratorias en niños recién nacidos.

En el mismo orden de ideas, (Palacios Espinoza, 2018) llevo a cabo una investigación titulada “Determinación social de la contaminación del aire urbano y de su relación con el deterioro de la salud respiratoria en los niños y niñas menores de 5 años (Cuenca, Ecuador) 2012-2014 “La misma tuvo como objetivo:

Establecer la relación entre la determinación social de la contaminación del aire urbano y del deterioro de la salud respiratoria de niños menores de cinco años. Se realizó un estudio epidemiológico crítico que permitió analizar en los dominios general, particular y singular, los factores protectores y destructores de la contaminación del aire y de la afección de la salud respiratoria en los niños. Los resultados del estudio mostraron que Cuenca es un escenario donde se manifiestan expresiones epidemiológicas y espaciales del modelo capitalista de ciudad, que condiciona procesos críticos socio-epidemiológicos y del ambiente, como es un desarrollo urbano cuyas implantaciones de carácter productivo, de movilidad y de los espacios habitacionales, obedecen a un orden social discriminativo y excluyente, lo cual deriva en contrastes evidentes en los niveles de exposición y contaminación del aire, y los consiguientes diferenciales de los índices respiratorios en la población infantil más vulnerable. El estudio de prevalencia mostró que la presencia de sibilancias alguna vez en los niños de dos a cinco años, fue de 55,1%; de sibilancias en el último año de 34,8% y presencia de tos seca en ausencia de infección respiratoria aguda, de 43,7%. Los síntomas respiratorios se presentaron en mayor medida con relación a la parroquia de ubicación del CDI, principalmente en el Centro Histórico y en parroquias con un mayor número de habitantes de clase socioeconómica pobre. La presencia de síntomas respiratorios se correlacionó también con la ubicación de los CDI cercana a zonas de tráfico alto, zona comercial e industrial, con peso bajo al nacimiento, antecedente de prematuridad, y ausencia de alimentación con leche materna. Así mismo se relacionó con exposición a contaminantes intra domiciliarios como el humo de cigarrillo e insecticidas. El estudio etnográfico evidenció las percepciones sobre los procesos que determinan la contaminación, la morbilidad percibida y posibles soluciones.

Este estudio aporta a la investigación en curso, bases teóricas en aspectos sociodemográficos, ya que se evidencia los trastornos respiratorios en niños menores de cinco años a causa de diversos factores tanto demográficos como socioculturales con antecedentes que conllevan a la susceptibilidad de los niños para exponerse a las infecciones respiratorias agudas.

Así mismo, (Gavilanes, Lombeyda, & Muñoz, 2018), desarrollaron una investigación titulada "Modelo de Virginia Henderson en la influenza AH1N1" el cual tuvo como objetivo principal de:

Valorar el cuidado de enfermería en la Influenza AH1N1, según el Modelo de Virginia Henderson  
Método: Guía de observación aplicada a 16 pacientes. Tipo Estudio:

Descriptivo, retrospectivo, documental y de corte transversal. Resultados: Caracterización clínico-epidemiológica de los 16 pacientes, establecimiento de diagnósticos e intervenciones específicas para las 14 necesidades, elaboración y socialización de la Guía de Valoración en pacientes con Influenza AH1N1 según el Modelo de Virginia Henderson. Conclusiones: El cuidado de enfermería debe basarse en juicios críticos derivados de la aplicación de un modelo, los pacientes que fallecieron iniciaron el tratamiento con Oseltamivir tardíamente, la automedicación oculta el cuadro clínico de la Influenza AH1N1, impidiendo el diagnóstico y tratamiento oportuno, el personal de enfermería se centra en satisfacer la parte biológica, descuidando el factor psico-social, existe escasa aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la Influenza AH1N1

Este estudio aporta a la tesis en desarrollo aspectos teóricos para la propuesta, ya que su principal objetivo guarda homogeneidad y es observable como se lleva a la práctica el Modelo de Virginia Henderson en pacientes con afecciones respiratorias de diversos tipos para así proporcionar cuidados de forma holística.

Cabe mencionar que en Ecuador se realizó una investigación titulada "Conocimiento y prácticas sobre el modelo de Virginia Henderson y taxonomía NANDA-NOC-NIC que tienen profesionales de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo septiembre 2018 - marzo 2019 desarrollado por (Tandazo Agila & Naula Calderón, 2019) el objetivo de:

Determinar el conocimiento sobre el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA-NOC-NIC y los factores que influyen en la aplicación de la práctica profesional de enfermería. La metodología de estudio que se llevó en esta investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, la conclusión de dicho trabajo fue que los factores determinantes para no emplear el (PAE) con el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA-NOC-NIC, se centraba en la falta de tiempo, falta de recursos e implementos, falta de personal, saturación de trabajo y un 56% afirma que es por desconocimiento.

Haciendo referencia a la investigación antes expuesta, el profesional de enfermería en un porcentaje significativo no implementa el Modelo de Virginia Henderson por factores externos a su labor diaria como también por inexperiencia y falta de dominio en dicho modelo.

En el Guabo (Solano Condoy, 2017) realizo una investigación titulada “estrategias preventivas de infecciones respiratorias agudas en niños/as de 1 a 5 años en el hospital básico de El Guabo” la cual tuvo como objetivo:

Establecer las estrategias preventivas de infecciones respiratorias agudas en niños/as de 1 a 5 años en el Hospital Básico de El Guabo. Metodología de la investigación: estudio de tipo explicativo, de campo, descriptivo de corte transversal debido a que se establecieron las estrategias preventivas de infecciones respiratorias agudas en niños/as de 1 a 5 años que acudieron al Hospital Básico de El Guabo del mes de enero a diciembre de 2016. Método de investigación, método analítico. Se desestructura la variable de estudio para ser descritas evidenciado en el análisis de los cuadros. Método sintético: En esta parte del método se reúne las partes del análisis evidenciado en las conclusiones. Método deductivo: En este método se parte de la teoría para sustentar los resultados de estudio. Resultados: El desconocimiento de cuáles son los signos y síntomas sumadas las deficientes condiciones de higiene personal y doméstica son mencionadas como riesgos principales para que se den con mayor frecuencia y gravedad las enfermedades respiratorias, no existiendo procedimientos de cuidado por parte de los padres de familia.

Es oportuno mencionar que dicho trabajo se asemeja con la investigación de esta tesis ya que hace referencia a las estrategias preventivas de infecciones respiratorias agudas en niños/as de 1 a 5 años mencionando que las madres de los menores de edad no cuentan con un conocimiento adecuado de las estrategias que deben utilizarse para la prevención de las IRA, información relevante que nos permite realizar un plan de acción de enfermería en niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias.

## **1.2. Bases Teóricas**

Una vez realizada la revisión de los antecedentes, se continua el trabajo de revisión sobre las bases teóricas, según (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2017) El marco teórico es el soporte principal del estudio. En él se amplía la descripción del problema, pues permite integrar la teoría con la investigación y establecer sus interrelaciones. Representa un sistema coordinado, coherente de conceptos y propósitos para abordar el problema.

Las enfermedades respiratorias definidas por (de Andrade, 2018), son aquellas que afectan a las diversas estructuras que conforman el aparato respiratorio.

Estas enfermedades pueden afectar a la nariz, senos paranasales, laringe, tráquea, bronquios, pulmones o la pleura.

### **1.3. Anatomofisiología del sistema respiratorio**

#### **1.3.1. Anatomía del sistema respiratorio**

El aparato respiratorio refiere (Dezube, 2018), comienza en la nariz y la boca y continúa a través de las vías respiratorias y los pulmones. El aire entra en el aparato respiratorio por la nariz y la boca y desciende a través de la garganta (faringe) para alcanzar el órgano de fonación (laringe). La entrada de la laringe está cubierta por un pequeño fragmento de tejido (epiglotis) que se cierra de forma automática durante la deglución, impidiendo así que el alimento alcance las vías respiratorias.

**La tráquea**, describe (Hirsch, 2019), es la continuación del pasaje de aire por debajo de la laringe. Las paredes de la tráquea están fortalecidas con anillos rígidos de cartílago que la mantienen abierta. Además, está revestida de cilios, que expulsan los líquidos y las partículas extrañas de las vías aéreas para que no lleguen a los pulmones.

**La laringe**, explica (Sánchez & Concha, 2018), que esta constituye una zona compleja de la vía aérea superior encargada de coordinar la respiración, con la deglución en forma segura y efectiva y además encargarse de la fonación. Esto se logra con un adecuado funcionamiento de las cuerdas vocales.

**Los pulmones** son dos masas esponjosas situadas en la caja torácica, formados por los bronquios, bronquiolos y alvéolos, además de los vasos sanguíneos para el intercambio. Comenta (Noriega Borge, 2017), que el pulmón derecho es mayor que el izquierdo y presenta tres lóbulos. El izquierdo es más pequeño debido al espacio ocupado por el corazón y sólo tiene dos lóbulos.

**La pleura** es una fina membrana transparente que recubre los pulmones y que, además, reviste el interior de la pared torácica. Permite que los pulmones se muevan suavemente durante la respiración, incluso cuando la persona está en movimiento. Normalmente, entre las dos capas de la pleura solo hay una pequeña cantidad de líquido lubricante. Las dos capas se deslizan suavemente, una sobre otra, cuando los pulmones cambian de tamaño y de forma. (Dezube, 2018).

### 1.3.2. Ubicación del sistema respiratorio

En este aspecto, (Hirsch, 2019), refiere que, la cavidad torácica, o tórax, es el espacio que aloja al árbol bronquial, los pulmones, el corazón y otras estructuras. La parte superior y los costados del tórax están formados por las costillas y los músculos unidos a ellas, y la parte inferior está formada por un músculo de gran tamaño denominado "diafragma". Las paredes del tórax forman una protección alrededor de los pulmones y otros órganos presentes en la cavidad torácica.

### 1.3.3. Función del sistema respiratorio

**Intercambio gaseoso:** La principal función del sistema respiratorio, según (Sánchez & Concha, 2018) , es obtener oxígeno ( $O^2$ ) desde el ambiente y entregarlo a los diversos tejidos para la producción de energía. En este metabolismo aeróbico celular el producto principal es el dióxido de carbono ( $CO^2$ ), el cuál es removido y eliminado a través del sistema respiratorio. El aire inspirado a través de la vía aérea contiene principalmente  $O^2$ , el cual es transportado por el árbol traqueo bronquial hasta los alvéolos.

**Equilibrio ácido-base:** El sistema respiratorio participa en el equilibrio ácido base removiendo el  $CO^2$ . El sistema nervioso central posee receptores de  $CO_2$  e hidrogeniones ( $H^+$ ) en sangre arterial ( $PaCO^2$ ) y líquido cefalorraquídeo, los cuales entregan información a los centros de control de la respiración. Para (Sánchez & Concha, 2018), es así como estos centros de la respiración modifican la ventilación alveolar en situaciones de acidosis y alcalosis. Esto es fundamental para la homeostasis ácido base y es un mecanismo muy sensible: un alza de  $PaCO^2$  de 40 a 50 mmHg aumenta la ventilación a 30 litros/min.

**Fonación:** La fonación es la producción de sonidos gracias al movimiento del aire a través de las cuerdas vocales. El habla, canto, llanto y otros sonidos son producidos gracias a la acción del sistema nervioso central sobre los músculos de la respiración. (Sánchez & Concha, 2018)

**Mecanismos de defensa:** Ante la exposición constante a microorganismos (virus, bacterias, esporas de hongos), partículas (polvo, asbesto) y gases (humo, tabaco, entre otros.) que son inhalados a las vías respiratorias el pulmón tiene mecanismos de defensa. (Sánchez & Concha, 2018), hacen referencia a que según el tamaño de estas partículas se van depositando en distintos niveles de la vía aérea,

contribuyendo a la defensa. En la nariz se realiza el acondicionamiento del aire inspirado humidificándolo y calentándolo, y además se realiza la filtración de las partículas gracias a los vellos nasales y a la acción del mucus.

**Metabolismo:** Clásicamente los pulmones se consideraban inactivos desde el punto de vista metabólico. Sin embargo, se ha descubierto que las células del epitelio respiratorio son capaces de metabolizar distintos sustratos y aportar energía y nutrientes para sí mismo. Los neumocitos tipo II, células especializadas del aparato respiratorio, son capaces de sintetizar surfactante, sustancia encargada de reducir la tensión superficial y, por ende, la retracción elástica alveolar, estabilizando de esta manera al alvéolo. (Sánchez & Concha, 2018)

## **1.4. Enfermedades respiratorias**

### **1.4.1. Bronquiolitis**

La bronquiolitis, explica (Pérez Sanz, 2016) y (Fernández & Paniagua Calzón, 2020) es un síndrome clínico que ocurre en niños menores de 2 años y que se caracteriza por síntomas de vía aérea superior (rinorrea, entre otros.), seguidos de infección respiratoria baja con inflamación, que resulta en sibilancias y/o crepitantes. Ocurre típicamente en infecciones virales (ya sea primo infección o reinfección). Se define típicamente como el primer episodio de sibilancias en menores de 2 años que presenta exploración física compatible con infección de vía respiratoria baja.

#### **1.4.1.1. Epidemiología de Bronquiolitis**

Sobre este aspecto, (Pérez Sanz, 2016) manifiesta que el virus respiratorio sincitial (VRS) es la causa más frecuente de bronquiolitis, y presenta un patrón estacional. Por su parte los autores (Orejón de Luna & Fernández Rodríguez, 2012) consideran que los principales factores de riesgo de BA son: edad inferior a seis meses, prematuridad, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar crónica, incluyendo broncodisplasia pulmonar, y cardiopatía congénita. Otros factores relacionados son la asistencia a guardería o hermanos mayores, sexo masculino, tabaquismo pasivo, sobre todo exposición al tabaco durante la gestación, lactancia materna durante menos dos meses y nivel socioeconómico bajo.

#### **1.4.1.2. Cadena epidemiológica Bronquiolitis**

La bronquiolitis comentan (García Quintero & de la Cruz Rodríguez, 2018), con una infección aguda de la vía aérea superior, incluyendo las conjuntivas oculares para

algunos virus, por contacto con secreciones contaminadas de personas infectadas en forma de partículas grandes (mayores de 5µm), que se depositan tanto en las manos como en el ambiente (ropas, juguetes, instrumental médico), o pequeñas (menores de 5µm- gólicas de Pflüger), que conforman aerosoles y que quedan suspendidas en el ambiente. En virus como VRS y rinovirus, el contacto con las manos contaminadas es una forma importante de contaminación.

La diseminación según (García Quintero & de la Cruz Rodríguez, 2018) ocurre por contigüidad en la mucosa, por las secreciones contaminadas o por el traspaso de virus de una célula infectada a una célula sana. Las virosis respiratorias pocas veces ocasionan viremia, se consideran infecciones localizadas. En el interior de la célula el virus se replica (acción citopática del virus) causando inflamación de la mucosa (epitelio bronquial y bronquiolar) provocando pérdida de la superficie ciliar, liberación de mediadores inflamatorios, destrucción de las células epiteliales por lisis (necrosis) o apoptosis.

#### **1.4.1.3. Etiología de Bronquiolitis**

Para (Orejón de Luna & Fernández Rodríguez, 2012). El VRS es el principal agente etiológico (hasta en el 56% de los casos ingresados). Otros virus responsables de BA son: rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, influenza virus, parainfluenza virus, enterovirus y bocavirus. Entre el 9 y el 27% de los casos tiene coinfección viral, también se ha descrito coinfección con *Mycoplasma pneumoniae*.

De la misma manera (Del Toro Rodríguez, Martínez Benítez, Martínez Morales, Garcia Aguilera, & Diéguez Avid, 2021) comenta que el virus respiratorio sincitial (VRS) es el agente causal más frecuentemente aislado y se asocia a epidemias en los meses más fríos. Alrededor del 50% de los niños con Bronquiolitis tendrán episodios de sibilancias recurrentes en los meses o años posteriores.

#### **1.4.1.4. Fisiopatología de Bronquiolitis**

Por su parte (Pérez Sanz, 2016) manifiesta cuando la bronquiolitis ocurre cuando los virus infectan las células epiteliales de los bronquios y pequeños bronquiolos, causando daño directo e inflamación. El edema, el aumento de mucosidad y Signos y síntomas de Bronquiolitis el desprendimiento de las células epiteliales recambiadas conduce a obstrucción de las vías aéreas pequeñas y atelectasias.



De la misma manera (Abadía Guerrero, 2016) consideró la fisiopatología de la bronquiolitis en dos etapas: Primera etapa de infección: Inflamación de la vía aérea inferior como respuesta a una infección viral. Se da inoculación del virus por medio de las conjuntivas y fosas nasales del niño, que llegan a las vías respiratorias superiores. A nivel intracelular a través de canales infectan las células adyacentes e esto permite llegar con rapidez al tracto respiratorio inferior, alcanzando el máximo de carga viral al cabo de pocas horas.

En esta segunda etapa de infección: refiere (Abadía Guerrero, 2016) se manifiesta la activación inicial de una respuesta innata pero posteriormente la respuesta adaptativa se hace presente, una vez infectado el tracto respiratorio inferior; con reclutamiento celular a ese nivel se traduce en inflamación, daño epitelial (edema de la pared) e hipersecreción. La inflamación es predominantemente a nivel de los bronquiolos respiratorios. Como efecto secundario de estos cambios celulares se produce bronco constricción acompañada de acumulación de moco y detritos celulares.

#### **1.4.1.5. Signos y síntomas de bronquiolitis**

Así mismo, (Abadía Guerrero, 2016), dice que, las manifestaciones clínicas en el lactante son inespecíficas, sin embargo, se han establecido los signos y síntomas más frecuentes. En la primera etapa: tos, coriza, congestión nasal, fiebre baja, Y en la segunda etapa: taquipnea, sibilancias, crepitaciones, rechazo al alimento, dificultad respiratoria (taquipnea, retracciones intercostales, aleteo nasal, uso de musculatura accesoria, tirajes). Siendo los signos de gravedad: cianosis (hipoxemia), tórax en tonel (aumento del diámetro anteroposterior del tórax) e hipersónico, historia de apnea, letargia.

#### **1.4.1.6. Tratamiento bronquiolitis**

El tratamiento de la bronquiolitis, para (García García, Korta Murua, & Callejón Callejón, 2017) se basa fundamentalmente en medidas de apoyo o de soporte, no siendo necesario el uso de fármacos de forma rutinaria. La mayoría de los casos son leves, por lo que pueden ser tratados en el propio domicilio y controlados en Atención Primaria. Para ello según, (Pellegrini, 2017) es muy importante aportar una adecuada información a los padres con explicaciones concretas sobre los signos y síntomas de agravamiento de la enfermedad, así como evitar ambientes muy cargados, humo de cigarrillos o contaminación ambiental y aglomeraciones.

## **1.4.2. Catarro común**

Para (Tesini B. L., 2021) y (Mayo Clinic, 2021), el resfriado común es una infección viral del revestimiento interno de la nariz, los senos paranasales y la garganta. Se presenta con manifestación brusca, que evoluciona con inflamación de la mucosa nasal y faríngea. Afecta a la población en general especialmente en niños menores de edad.

### **1.4.2.1. Epidemiología**

El resfriado es el diagnóstico más frecuente en una consulta de pediatría en los centros de salud, considerándose que el número de infecciones tiene relación con la edad del paciente. (de la Flor i Bru, 2017) Manifiesta que los niños menores de 5 años son más propensos a la infección del virus debido a que su sistema inmunológico no está desarrollado completamente y no ha desarrollado completamente la inmunidad antes el virus causante.

### **1.4.2.2. Cadena epidemiológica**

Cabe destacar que la cadena epidemiológica según (Tamayo Reus, 2015) la población infantil constituye el principal reservorio para los rinovirus, por medio de las infecciones adquiridas en las escuelas y que llevan a sus hogares, donde las madres, con mayor frecuencia, forman parte de los casos secundarios.

- El periodo de incubación habitual del catarro común es corto, y puede durar incluso, desde pocas horas hasta 2-5 días, siendo más contagioso entre el tercer y quinto días, cuando existe mayor excreción del virus y es más sintomático.
- La mayor parte de los virus (en especial los rinovirus) se expulsan al ambiente a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación de las manos o superficies, por secreciones nasales. Finalmente, se produce descamación del epitelio afectado, y coincide la eliminación del virus con el comienzo de la enfermedad o poco antes de iniciarse los síntomas.

### **1.4.2.3. Etiología**

Así mismo (de la Flor i Bru, 2017) Considera que el catarro común es una de las infecciones respiratorias potencialmente graves de las vías aéreas, producido por diversidad de virus las cuales comprenden: el rinovirus 50%, que ataca las vías aéreas baja, el coronavirus 10% causante del síndrome respiratoria agudo severo (SARS) y con menor frecuencia encontramos los adenovirus y enterovirus.

### **1.4.2.3. Fisiopatología**

Para (Font, 2002) es una invasión vírica que provoca la liberación de los mediadores bioquímicos de la inflamación, provocando un aumento de la permeabilidad vascular que produce rinorrea y obstrucción nasal, al mismo tiempo (de la Flor i Bru, 2017) manifiesta que el virus invade las células epiteliales del tracto respiratorio superior, produciendo un efecto citopático muy leve, pero provocando la liberación de mediadores de la inflamación, especialmente interleucina 1, 6 y 8, que atraen polimorfo nucleares, alteran la permeabilidad vascular, causando edema y la consiguiente obstrucción nasal.

### **1.4.2.4. Síntomas**

Los síntomas de un resfriado común según (Tamayo Reus, 2015) generalmente aparecen de uno a tres días posteriores a la exposición al virus que causa el resfriado, clasificándoles según grupos etarios de la infancia en tres:

-Menores de 6 meses: las manifestaciones clínicas son más ostensibles, con predominio del estornudo, obstrucción y secreción nasal que puede dificultar el sueño y la alimentación, pues mientras más pequeño es el niño, más depende de su respiración nasal.

- Entre 6 meses y 3 años: habitualmente presentan menos fiebre, aunque esta puede llegar a ser intensa (hasta 40 o C), y menor compromiso del estado general, irritabilidad expresada por llanto intenso, secreción nasal acuosa, mucosa o mucopurulenta debido a la presencia de epitelio descamado.

- Niños de 4 años o más: por lo general, no hay fiebre o es muy ligera y se inicia con sequedad o irritación de las fosas nasales y/o ardor de garganta, escalofríos, cefalea, anorexia, malestar general, oro faringe enrojecida y goteo nasal posterior en esta fase dura de 2 a 4 días.

### **1.4.2.5. Tratamiento del catarro común**

Para (de la Flor i Bru, 2017) manifiesta según estudio realizados que aún no existe un tratamiento adecuado para menores de 2 años del resfriado común, considerándose la no prescripción de fármacos. En 2007, la FDA lanzó una alerta contra el uso de medicaciones OTC que contengan antitusivos, descongestionantes o antihistamínicos para el tratamiento del resfriado común en menores de 2 años,

dados sus potenciales efectos adversos (incluyendo complicaciones y en el mayor de los casos la muerte).

### **1.4.3. Gripe**

Para (Tesini B. , 2021) la gripe es una enfermedad causada por los virus de la influenza, pertenece a la familia de los Orthomyxoviridae y tiene una gran capacidad de sufrir variaciones en sus antígenos de superficie. Por su parte (Sánchez Monge, 2021), clasifican de acuerdo con sus nucleoproteínas y las proteínas de su matriz, como tipo A, B o C.

#### **1.4.3.1. Epidemiología**

Según (Organización mundial de la Salud, 2018), puede verse afectado cualquier grupo de edad, aunque unos corren más riesgos dentro de este grupo se encuentran los menores de 59 meses, por su parte (Arístegui Fernández, 2015), alega que, la incidencia de gripe es más alta en niños que en adultos y la tasa de ataque anual en preescolares y escolares es superior al 30%-40%. Las tasas de hospitalización asociada a la gripe varían según grupos de edad, siendo más elevadas en los primeros meses de la vida. La tasa media de hospitalización en menores de 5 años es de alrededor de 1 por 1.000 niños sanos.

#### **1.4.3.2. Cadena epidemiológica**

La cadena epidemiológica según (Arístegui Fernández, 2015), comienza con el período de incubación (tiempo transcurrido entre la infección y la aparición de la enfermedad) es de unos 2 días, pero oscila entre 1 y 4 días. Los niños son la principal fuente de propagación del virus de la gripe en la comunidad (familia, escuela, entre otros), debido a que presentan una mayor carga viral y excretan virus durante más tiempo que los adultos, lo que les convierten en los principales vectores de la enfermedad.

Por su parte la (Organización mundial de la Salud, 2018) manifiesta que la gripe estacional tiene fácil propagación y se transmite rápidamente. Al toser o estornudar, las personas infectadas dispersan en el aire, a distancias de hasta 1 metro, gotículas infecciosas (con virus), infectando así a las personas cercanas que inspiran esas gotículas.

El virus también puede transmitirse por las manos contaminadas. Para prevenir la transmisión hay que lavarse las manos frecuentemente y cubrirse la boca y la nariz

con un pañuelo al toser. En los climas templados las epidemias estacionales se producen sobre todo durante el invierno, mientras que en las regiones tropicales pueden aparecer durante todo el año, produciendo brotes más irregulares.

#### **1.4.3.3. Signos y síntomas**

Los signos y síntomas según la (Organización mundial de la Salud, 2018), dice que la gripe estacional se caracteriza por el inicio súbito de fiebre, tos (generalmente seca), dolores musculares, articulares, de cabeza y garganta, intenso malestar y abundante secreción nasal. La tos puede ser intensa y durar 2 semanas o más.

Por su parte (Tesini B. , 2021) refiere que, después de 2 o 3 días, los síntomas agudos desaparecen rápidamente, aunque la fiebre puede durar hasta 5 días. La tos, la debilidad, la sudoración y el cansancio pueden persistir varios días o, en ocasiones, incluso semanas.

#### **1.4.3.4. Tratamiento**

Para (Tesini B. , 2021) la mayoría de los pacientes con gripe, el tratamiento es sintomático; consiste en reposo, dormir las horas necesarias, hidratación y antipiréticos a demanda, no dar aspirinas a niños. Los antibióticos no son activos frente a los virus y sólo se indican en casos de complicaciones bacterianas secundarias, según (Rosas, 2008), los medicamentos que se pueden administrar, analgésicos/antipiréticos, descongestionantes, antihistamínicos, antitusivos, mucolíticos y expectorantes, antigripales

#### **1.4.4. Asma**

Para los autores (García de la Rubia & Pérez Sánchez, 2016) y (López, 2007) el asma es la enfermedad heterogénea crónica de vías respiratorias inferiores más común en pediatría, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con episodios recurrentes de hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

##### **1.4.4.1. Epidemiología Asma**

La prevalencia de asma varía de acuerdo con la zona geográfica, el clima, el estilo de vida y el desarrollo económico de cada región. Se estima que afecta a 300 millones de personas y aún en la actualidad es causa de muerte en todo el mundo,

estimando 250 000 muertes por asma al año. En las últimas cuatro décadas, refiere (del Río-Navarro, Hidalgo Castro, & Sierra Monge, 2009) que, la prevalencia aumentó de forma importante, principalmente en las ciudades industrializadas.

Por su parte (Argentina, Comité Nacional de Neumonología, Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Emergencia y Cuidados Críticos, Comité Nacional de Familia y Salud Mental., 2021) indican que el asma es una enfermedad frecuente, potencialmente grave, controlable pero no curable. Es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. Se la considera como la principal causa de morbilidad pediátrica en relación con enfermedades crónicas, debido a los elevados índices de consultas a servicios de emergencia, de hospitalizaciones y marcado ausentismo escolar.

#### **1.4.4.2. Etiología Asma**

El asma conceptualiza (Álvarez Caro & García González, 2021), es una enfermedad poligénica multifactorial, en la que los genes no solo influyen en su desarrollo, sino también influyen y condicionan la respuesta terapéutica. Factores exógenos como: alérgenos, infecciones o irritantes influyen tanto en las exacerbaciones como en su desarrollo.

#### **1.4.4.3. Fisiopatología Asma**

Lo que caracteriza al cuadro de asma, en opinión de (Franken Morales , Garcia Orrego , & Pabón Bonilla , 2021); (Llanos Guevara & Huerta López, 2018) & (Jaimes García, Gallardo Diaz, Ocaña Servín, & García Rillo, 2018) ; es la inflamación crónica y persistente de la vía aérea, lo cual aumenta la producción de moco y broncostricción secundaria. La disminución en el diámetro de la vía aérea no solo se presenta por el espasmo del músculo liso bronquial, sino también por el aumento en la permeabilidad de los capilares de la mucosa bronquial, por el edema que se presenta con el infiltrado de células inflamatorias y por el aumento en la cantidad de secreciones bronquiales con taponamiento de las pequeñas vías aéreas (esto último favorece la aparición de la crisis asmática).

#### **1.4.4.4. Signos y síntomas Asma**

Los signos y síntomas según (Franken Morales , Garcia Orrego , & Pabón Bonilla , 2021) presentan tos seca y las sibilancias espiratorias intermitentes síntomas crónicos más comunes del asma. Los niños mayores y los adultos referirán sensación

de respiración insuficiente y opresión torácica; en los niños pequeños es más probable que refieran «dolor» torácico intermitente no focalizado.

Por su parte los autores (Jaimes García, Gallardo Díaz, Ocaña Servín, & García Rillo, 2018) consideran que algunos síntomas y signos de alarma en la crisis son: intolerancia al decúbito, presencia de sudoración profusa, frecuencia cardíaca mayor a 120 por minuto, frecuencia respiratoria de 35 o más, ausencia de ruidos en tórax, utilización de músculos accesorios de la respiración, disociación toracoabdominal y respiración alternante.

#### **1.4.4.5. Tratamiento del asma**

El tratamiento del asma según (López Giraldo, Bobolea, Valero Santiago, & Cortés Aguilar, 2018) y (Guillén Valera, 2022), se debe seguir un plan global, consensuado entre el médico y el paciente. El objetivo del tratamiento es mejorar los síntomas, mantener una función pulmonar normal o casi normal, prevenir las agudizaciones y tener una buena calidad de vida.

#### **1.4.4.6. Tratamiento no farmacológico**

Los investigadores (López Giraldo, Bobolea, Valero Santiago, & Cortés Aguilar, 2018) recomienda acciones tales como: Cigarro tachado en un cartel de "no fumar" Evitar el tabaco, ya que los pacientes asmáticos que son fumadores tienen peor control de la enfermedad y menor respuesta al tratamiento farmacológico. Se recomienda a todos los pacientes asmáticos dejar de fumar, así como evitar el tabaquismo pasivo.

Otra acción por (Larenas Linnemann, 2009), educar al paciente en la realización de actividad física de forma regular mejora la condición cardiovascular y la tolerancia al esfuerzo de los pacientes. Así mismo, evitar la contaminación ambiental. No realizar ejercicio en el exterior los días de alto nivel de contaminación ambiental. Y por último la vacunación. Se recomienda la vacunación antigripal y antineumocócica a los pacientes con asma moderada-grave.

De igual manera, (López Giraldo, Bobolea, Valero Santiago, & Cortés Aguilar, 2018) incorporan el evitar contacto con diferentes alérgenos: Ácaros del polvo. Disminuir alfombras, moquetas, cortinas y objetos que acumulen polvo. Realizar la limpieza del polvo doméstico con un paño húmedo, lavar la ropa de cama al menos

dos veces por semana a altas temperaturas, usar fundas antiácaros para el colchón y la almohada.

Evitar permanecer mucho tiempo al aire libre los días de alto nivel de polinización, se debe conocer el tipo de polen al que se está sensibilizado y las estaciones en las que predominan.

Se recomienda sacar al animal de la vivienda y realizar una limpieza exhaustiva, en caso de no ser posible, evitar contacto con el animal en el dormitorio y en el sofá. Finalmente, en el tratamiento de los Hongos: evitar las humedades en casa, ventilar frecuentemente las estancias oscuras y húmedas.

#### **1.4.4.7. Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico del asma, según (López Giraldo, Bobolea, Valero Santiago, & Cortés Aguilar, 2018) tiene como objetivo mejorar los síntomas del paciente y evitar las crisis asmáticas. Se debe ajustar periódicamente, de una forma escalonada en función de la gravedad y el control de los síntomas.

La mayoría de los tratamientos del asma se administran de forma inhalada, logrando un efecto local a nivel de las vías aéreas, con menos efectos secundarios. Una técnica inhalatoria correcta es fundamental para lograr una buena respuesta al tratamiento. Por su parte (Guillén Valera, 2022), existen dos grupos de fármacos inhalados: Broncodilatadores. Son fármacos que abren o dilatan las vías aéreas, pueden ser de acción corta o de acción larga. Glucocorticoides. Son antiinflamatorios que disminuyen la inflamación de las vías aéreas.

#### **1.4.5. Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)**

Refiere (Moreno Pérez , y otros, 2012), esta es una Infección aguda del tracto respiratorio inferior con una duración inferior a 14 días, o iniciada en los últimos 14 días, adquirida en la comunidad, que produce tos y/o dificultad respiratoria y con evidencia radiológica de infiltrado pulmonar agudo. Se admite la posibilidad de diagnosticar la NAC únicamente por la presencia de hallazgos físicos de acuerdo los criterios se consideran, el diagnóstico presumible de Neumonía en los lactantes y niños ~ con fiebre, tos, rechazo de la alimentación y/o dificultad respiratori

##### **1.4.5.1. Incidencia Neumonía Adquirida en la Comunidad**

Cabe destacar que (Sanz Borrell & Chiné Segura, 2016) manifiestan que la neumonía es la principal causa infecciosa de muerte infantil en el mundo, responsable



del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años. Y que su incidencia de la neumonía ha reducido tras la inoculación de la vacuna neumocócica conjugada.

#### **1.4.5.2. Cadena epidemiológica**

Los autores (Toledo Rodríguez & Toledo Marrero, 2012) consideran que la cadena epidemiológica se da por transmisión de persona a persona, por vía aerógena y menos frecuentemente por vía hematológica y linfática. Los gérmenes que la causan habitualmente tienen poca contagiosidad y no dan el mismo cuadro en personas que se han contagiado entre sí; a diferencia de los virus que producen neumonías en el curso de epidemias, ya que su contagiosidad es mucho mayor. El período de incubación de una neumonía varía, dependiendo del virus o bacteria causantes de la infección; el del virus sincitial respiratorio es de 4 a 6 días, mientras que el de la influenza es de 18 a 72 h.

#### **1.4.5.3. Etiología Neumonía Adquirida en la Comunidad**

Manifiesta (Sanz Borrell & Chiné Segura, 2016) que, la causa más frecuente de la NAC son las infecciones víricas, seguidas de las bacterianas y, en casi un tercio de los casos, son causadas por infecciones mixtas virus-bacterias. Al mismo tiempo (Andrade, 2017) clasifica las NAC según el agente causal: *Streptococcus pneumoniae*, con un 20 a 30%, seguido por los gérmenes atípicos (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*) y virus.

#### **1.4.5.4. Fisiopatología Neumonía Adquirida en la Comunidad**

Por su parte, (Daily, 2017) describe que NAC se da como consecuencia de la proliferación de microorganismos a nivel alveolar y los subdivide en tres mecanismos los cuales se detalla a continuación: -Aspiración: es la más frecuente y se origina desde la orofaringe, ocurre durante el sueño debido a que es aspirado pequeños volúmenes de material faríngeo, en especial en ancianos y personas con disminución de conciencia. -Propagación hematológica: desencadena por una endocarditis tricúspide o por extensión contigua desde los espacios alveolares o mediastinos infectados. -Mecánicos: Provocado por la ausencia del reflejo nauseoso y el reflejo tusígeno que brindan protección decisiva evitando la bronco aspiración.

#### **1.4.5.5. Signos y síntomas Neumonía Adquirida en la Comunidad**

Entre los primeros síntomas que aparecen según (Velázquez, 2021) son la tos y la presencia de flemas rojas o verdes. Las cuales son expulsadas por los pulmones,

en especial cuando hay fiebre y existe la presencia de una infección en este órgano. Luego suelen aparecer síntomas como respiración acelerada, dificultad para respirar, escalofríos, dolor de pecho, ritmo cardíaco acelerado, debilidad, náuseas, vómito, diarrea, dolor de cabeza, dolor muscular e incluso confusión. Estos últimos se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores.

#### **1.4.5.6. Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad**

El tratamiento inicial se basa en opinión de (Mara, Risso, Morales, & Sasetta, 2018), se basa en medidas de sostén tales como: hidratación, nutrición, antitérmicos y oxigenoterapia. La terapéutica antibiótica, en caso de las etiologías bacterianas, debe iniciarse tempranamente de manera empírica y dirigida hacia los patógenos más prevalentes. Se puede utilizar el score de neumonía bacteriana (BPS) para la indicación de antibióticos, el cual se considera muy efectivo para predecir de forma precoz la etiología de la neumonía, por su gran capacidad discriminativa.

Según la guía de prácticas clínicas del (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2017), La amoxicilina debe ser usada como tratamiento de primera línea si se sospecha *Streptococcus pneumoniae* como agente causal. Se indicará Amoxicilina 80 mg/kg/día en tres dosis, durante 10 días. Cursos antibióticos más cortos (3 a 5 días) se encuentran en revisión. Así mismo, en caso de sospecha de *Mycoplasma pneumoniae* o *Chlamydia pneumoniae* se utilizará un macrólido. Azitromicina 10 mg/kg/día durante 5 días es de elección.

#### **1.4.5.7. En caso de Internación:**

La cobertura antibiótica dependerá de la edad del paciente, de los patrones epidemiológicos locales, del historial de vacunación y de los hallazgos clínicos y radiológicos. (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2017) Debe iniciarse por vía intravenosa:

Ampicilina: en caso de sospecha de *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* o confirmación de *H. influenzae* betalactamasa negativo.

Ampicilina–Sulbactam: se sugiere en pacientes con esquema de vacunación primario incompleto (menos de 3 dosis) para *H. influenzae* spp debido a la alta resistencia por producción de betalactamasas.

Macrólidos: su asociación al beta-lactámico estaría justificada ante la sospecha o confirmación de infección por *Mycoplasma pneumoniae* o *Chlamydia pneumoniae*.

Vancomicina o clindamicina: asociar al beta-lactámico en casos de sospecha de infección por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente de la comunidad (SAMR-co) (presencia de derrame pleural bilateral, aislamiento de virus de influenza previo o sepsis).

Indicar vancomicina en caso de pacientes críticos y clindamicina en pacientes estables.

Cefalosporinas de 3° generación: el tratamiento empírico con ceftriaxona o cefotaxime, deberá indicarse en áreas donde se haya documentado la existencia de cepas de neumococo resistentes a la penicilina o en niños con infecciones severas que no respondieron al tratamiento inicial.

### **1.5. Tratamiento no farmacológico de las enfermedades respiratorias**

A pesar de la frecuencia e importancia de esta enfermedad, según (Pinchak, Vomero, & Pérez, 2017) aún existen grandes controversias sobre el protocolo terapéutico más adecuado. Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser capaz de alterar significativamente el curso clínico de la enfermedad sin embargo alguno de ellos puede prevenir la aparición de complicaciones y mejorar el bienestar del paciente. Contar con un protocolo de evaluación y tratamiento para asistir a los pacientes con Síndrome bronquial obstructivo del lactante (SBOL) en áreas de urgencia permite una atención sistematizada con criterios preestablecidos. El manejo terapéutico se basa en medidas generales de soporte que constituyen las intervenciones con mayor grado de evidencia.

La mayoría de los lactantes con bronquiolitis, refiere (Pinchak, Vomero, & Pérez, 2017), tendrán una enfermedad leve que puede ser manejada de manera ambulatoria de contar con un entorno familiar continente, con la información correcta acerca de los signos de peligro y el equipo de salud accesible y disponible

Medidas de soporte y control en domicilio, (Pinchak, Vomero, & Pérez, 2017) menciona entre ellas: Posicionar en decúbito dorsal con la cabecera elevada a 30° evitando la flexión de cabeza sobre el tórax, desobstrucción de nariz mediante irrigación con suero fisiológico y aspiración suave de secreciones sobre todo antes de

la alimentación, alimentación de manera fraccionada, evitar contaminantes ambientales como el tabaco, vigilar signos de empeoramiento o alarma que determinen la consulta en forma inmediata: dificultad respiratoria, aumento de la frecuencia o del trabajo respiratorio, palidez o cianosis, rechazo del alimento (ingesta de líquidos menor al 50 % el volumen habitual) o vómitos. Somnolencia. Se recomienda control médico sistemático a las 24-48 horas.

### **1.6. Factores determinantes de las enfermedades respiratorias**

Debido a que las enfermedades respiratorias suelen estar relacionadas con el medio ambiente, las afecciones respiratorias son más prevenibles que la mayoría de otras enfermedades. El costo de la prevención es sólo una fracción del costo del tratamiento. Prevenir y combatir las enfermedades respiratorias es una «mejor compra» altamente rentable descrita por la Organización Mundial de la Salud. (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

Además, el tabaquismo en la abuela aumenta el riesgo de asma tanto en la madre como en el nieto, incluso si la madre no fuma. Los efectos deletéreos de la nicotina y la exposición al humo del tabaco se incrementan si ciertos genes alelos están presentes tanto en la madre como en el feto. La exposición prenatal y temprana a la contaminación del aire en el interior o al aire libre afecta el crecimiento pulmonar y se asocia con una disminución acelerada de la función pulmonar en la edad avanzada. (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

Respirar el aire insalubre es una causa o contribuyente a la mayoría de las condiciones respiratorias. Las fuentes más comunes de aire no saludable son el humo del tabaco, la contaminación del aire en el interior con el humo de los combustibles ardientes, el aire contaminado en el lugar de trabajo o en la atmósfera por el tráfico y las fuentes industriales y el aire que contiene microbios, partículas tóxicas, humos o alérgenos. (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

### **1.7. Biografía de Virginia Henderson**

En cuanto a los aspectos biográficos de esta teorizante, (Ramírez , 2021), narra que Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of

Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Su carrera docente se inicia en 1922, cuando empieza a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Entra en el Teacher College de la Universidad de Columbia, donde se licencia como profesora y en cuya estancia revisa la cuarta edición del *Principles and Practice of Nursing*, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

En 1929 trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, y en 1953 ingresa a la prestigiosa Universidad de Yale, donde desarrolla sus principales colaboraciones en la investigación de enfermería y donde permaneció activa como asociada emérita de investigación hasta la década los 80.

Además de la ya mencionada con Hamer, (Bonill de las Nieves & Amezcua, 2014) comenta que su obra más conocida es *The Nature of Nursing* (1966), en la que identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Su gran inspiradora y de quien adquirió su educación básica en enfermería fue de Annie W. Goodrich, que era decana de la Army School of Nursing. Cuando Henderson era estudiante en el Teachers College de la Universidad de Columbia, aprendió de su profesora de fisiología, Caroline Stackpole, la importancia de mantener un equilibrio fisiológico. Mientras que las lecciones de microbiología de Jean Broadhurst, hicieron mella en la importancia que Henderson otorga a la higiene y la asepsia.

### **1.7.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson: Conceptos básicos**

El Modelo de Virginia Henderson para (Hernández Martín, 2016), se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera.

En el mismo orden de ideas, (Martínez-Santos, y otros, 2021) en este modelo, el cuidador cumple el rol de ayudar o proporcionar, cuando sea necesario, aquellas acciones que las personas no pueden realizar por sí mismas para satisfacer sus necesidades. De esta forma, se otorga al cuidador un papel adicional o complementario en la satisfacción de las necesidades básicas de las personas.

En su texto (Hernández Martín, 2016) expresa que, Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

En este modelo, según (Fernández, y otros, 2020), se debe enfatizar el papel autónomo e independiente de la enfermera, que inicia y controla su trabajo. Asimismo, actúa en colaboración con el resto del equipo médico en el plan de terapia aplicado al paciente. Los diagnósticos de independencia utilizan la taxonomía NOC. Las metas deben acordarse con la persona y apuntar a controlar la restauración del comportamiento apropiado para satisfacer las necesidades cambiantes. Con los problemas colaborativos, el objetivo es evitar cualquier problema potencial o secundario (signos o síntomas).

### **1.7.2. Intervenciones/Actividad**

En caso de problemas de autonomía, las intervenciones y acciones deben tender a compensar, en todo o en parte, el déficit de autonomía. Lo primero que hay que evaluar es la capacidad del individuo para satisfacer las necesidades, lo que permite la máxima cooperación e independencia del individuo.

Deben ser dirigidas, completadas o restauradas la autonomía del individuo. Por tanto, se enfocan según el origen de las dificultades (psicomotrices, cognitivas y volitivas). Las actividades de los problemas de cooperación se relacionan con las órdenes médicas que se prescriben.

Respecto al modelo de Virginia Henderson, según ( Bonill de las Nieves & Amezcua, 2014) se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

**Persona:** un todo complejo que presenta 14 Necesidades Básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psico sociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.

**Salud:** se equipará con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad,

es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.

**Entorno:** inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. En escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la familia.

**Enfermería:** ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (“hacer con / hacer por”)

De igual manera, (Naranjo Hernández, Jiménez Machado, & González Meneses., 2018), expresan que, las actividades que el personal de enfermería realiza encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, son denominadas por V. Henderson como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo con las necesidades específicas del paciente. Sin embargo, dichas necesidades, refiere (Hernández Martín, 2016) se modifican en función de tipos de factores:

**Factores permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.

**Factores variables:** que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, entre otros.

Los cuidados básicos actúan supliendo la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo requieran, ayudándola a desarrollar su Fuerza, Conocimientos y Voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma. (Bonill de las Nieves & Amezcua, 2014)

**Independencia:** Estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

**Manifestaciones de dependencia:** Conductas o indicadores de conductas de las personas correctas, adecuadas o suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

**Dependencia:** Surge cuando la persona necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades, o le supla, debido

a una falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad. Siempre debe existir un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.

Se da cuando existe ausencia de actividades por parte de la persona de cara a satisfacer sus 14 Necesidades Básicas. O puede ser que se realicen acciones, pero inadecuadas o insuficientes. O se da la presencia de unos factores intrínsecos o extrínsecos que limitan o impiden a la persona la satisfacción de sus necesidades.

**Manifestaciones de dependencia:** Conductas o indicadores de conducta de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

**Autonomía:** Capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma. Se da falta de autonomía la persona cuando:

a) Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus facultades para realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. El ejemplo típico sería el del niño que, en cada etapa de desarrollo, adquiere unas capacidades, pero le faltan otras que alcanzará en el futuro y que, temporalmente, deben ser suplidas por el cuidador.

b) Ha perdido temporal o definitivamente, en su totalidad o parcialmente, la capacidad de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. Es el caso del enfermo que necesita ser suplido durante unos días, o la persona que, debido al envejecimiento o por un proceso patológico, requiere algún grado de suplencia y no hay posibilidad de que recupere ninguna de las pérdidas que ha sufrido.

**Agente de autonomía asistida:** Persona (familiar, amigo, enfermera.) que, cuando la persona carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por ella ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas. (Bonill de las Nieves & Amezcua, 2014)

### **1.7.3. Relación enfermero/a-paciente según Virginia Henderson:**

Se establecen en opinión de (Hernández Martín, 2016) tres niveles:

1. Enfermera/o como sustituto del paciente (enfoque de suplencia): Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de



voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad.

2. Enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda): La/la enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo.

3. Enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda): La/el enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados.

#### **1.7.4. Organización de datos según el modelo de Virginia Henderson**

El modelo teórico propuesto por Virginia Henderson, explica (Tafur Neyra & Quesquén Reluz, 2018) establece que la persona a ser servida es un ente complejo con 14 necesidades básicas. Estas necesidades son comunes a todos los seres humanos, aunque su expresión varía según las culturas y los individuos (Clares, Nóbrega, Guedes, de Silva, & de Freitas, 2019). La organización de datos según el modelo conceptual de Henderson se realiza agrupando todos los datos que parecen relevantes o relacionados entre sí según necesidades básicas.

Los autores (Correa Argueta , Verde Flota , & Rivas Espinoza , 2016) y (Ramirez , 2021), están utilizando el modelo de Virginia Henderson que se debe orientar a la obtención de datos para determinar si los comportamientos llevados a cabo por las personas son adecuados y suficientes para satisfacer a todas y cada una de las 14 necesidades que contempla el modelo filosófico, a continuación, se describen las 14 necesidades: 1. Respirar con normalidad. 2. Comer y beber adecuadamente. 3. Eliminación normal de desechos corporales.4. Movilidad.5. Posturas adecuadas.6. Dormir y descansar.7. Vestirse y desvestirse con normalidad.8. Mantener la temperatura corporal.9. Mantener una buena higiene corporal. 10. Evitar los peligros del entorno.11. Comunicación. 12. Creencias.13. Sentirse realizado.14. Entretenimiento y aprendizaje

Esta organización sistemática por necesidades permite la identificación de los problemas, manifestaciones de dependencia e independencia para elaborar un plan de cuidados individualizado (García, 2018)

## CAPITULO II

### 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1. Modalidad básica de la investigación

Para (Tamayo y Tamayo, 2003), la investigación es un proceso que, mediante la aplicación del método científico, procura obtener información relevante y fidedigna para entender corregir y aplicar el conocimiento.

De la misma manera Arias Galicia presenta la siguiente definición: “la investigación puede ser definida como una serie de métodos para resolver problemas cuyas soluciones necesitan ser obtenidas de una serie de operaciones lógicas tomadas como punto de partida los datos objetivos” (p. 28). El mismo se encuentra sustentado en material documentado con revisión bibliográfica.

#### 2.2. Metodología

**Método Documental:** Esta es la primera etapa de la investigación en curso, puesto que se empezó por la revisión bibliográfica en diferentes fuentes de las variables relacionadas con el estudio, tales como enfermedades respiratorias, antecedentes, teoría de Virginia Henderson, 14 necesidades de Henderson, factores determinantes, para poder reflejar el estado de la problemática. En este modelo investigativo prevalece el análisis, la interpretación, las conclusiones y recomendaciones de los autores.

**Método de investigación de campo:** Esta investigación que ha sido elaborada, es de campo, puesto que se realiza en el mismo lugar donde se presenta la problemática a investigar, la misma permite acceder a la información adecuada a través de técnicas de observación, acceso a los datos de los grupos etarios menores de 5 años.

**Empíricos:** consistió en lograr la recopilación de la información de datos por medio de la encuesta, para identificar información fundamental como parte del reconocimiento de la población

#### 2.3. Tipo de Investigación

**Descriptiva:** Para el propósito de este análisis se va utilizar el método descriptivo, puesto que la misma ayuda en la recolección, organización, analizar, resumir y a

generalizar los resultados y comportamiento de las variables de una población o situación en particular sobre la problemática planteada.

### **2.3.1. Técnicas e Instrumentos utilizados en la Investigación**

Los instrumentos que fueron seleccionados para esta investigación han sido de acuerdo al requerimiento que ha demandado este caso en particular, con el fin de recaudar los datos necesarios para obtener resultados concretos.

Como primer paso de la investigación reviso el censo de la comunidad, para determinar la presencia de enfermedades respiratorias en grupos etarios en menores de 5 años en la comunidad Sabanilla.

Seguidamente, se elaboró un cuestionario de 15 preguntas para la exploración de: edad, sexo, talla, peso, estado nutricional, antecedentes respiratorios, lactancia materna, esquema de vacunación, características sociodemográficas, clasificación de las necesidades básicas de Virginia Henderson acorde a las enfermedades respiratorias.

### **2.3.2. Validez y Confiabilidad**

En cuanto a la validación del instrumento, se determinó la validez mediante la técnica del juicio de experto, que consiste según (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2017)

En entregarle a tres, cinco o siete expertos (siempre números impares) en la materia objeto de estudio y en metodología y la instrucción de instrumentos, un ejemplar del (los) instrumento (s) con su respectiva matriz de respuesta acompañada de los objetivos de la investigación, el sistema de variables y una serie de criterios para calificar las preguntas. Los expertos revisan el contenido, la redacción y la pertinencia de cada reactivo, y hacen recomendaciones para que el investigador efectúe las debidas correcciones, en los casos que lo consideren necesario.

En cuanto a la confiabilidad (Hernandez Sampieri , Fernandez Collado, & Baptista Lucio , 2006), explican que, existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad La mayoría de estos coeficientes pueden oscilar entre cero y uno, donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad (confiabilidad total). Cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la medición

Para efectos de este estudio se hizo una prueba piloto a 10 sujetos, aplicando el Coeficiente de Kuder Richardson, el cual según (Palella Stracuzzi & Martins Pestana, 2017):

Según el coeficiente  $KR_{20/21}$  se divide el instrumento en tantas partes como ítems tenga, como hicieron Kuder y Richardson, (este coeficiente se aplica para instrumentos cuyas respuestas son dicotómicas; por ejemplo: sí - no), lo que permite examinar cómo ha sido respondido cada ítem en relación con los restantes. Cuando se habla de consistencia interna se puede referir a consistencia de los ítems es o a consistencia de las respuestas del sujeto: la confiabilidad tiene relación directa con el primer tipo de consistencia.

Para el instrumento del estudio el Coeficiente de Kuder Richardson (20) se hizo aplicado la siguiente formula:

$$r = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i q_i}{\sigma^2 x} \right]$$

**Dónde:**

r= Coeficiente de Kuder Richardson

K= número de ítems

$\sigma$  = varianza de los puntajes totales

p= respuestas correctas

De allí, que los resultados de la aplicación de la prueba de confiabilidad Kuder Richardson (KR20), dio 0,8909 siendo categorizada como de alta confiabilidad, según la escala de valores que determinan la confiabilidad del Instrumento (Kuder-Richardson KR20).

## 2.4. Recursos

Recursos humanos

- Tutor de Tesis
- Investigadoras
- Habitantes comunidad Sabanilla
- Talento humano

Recursos materiales

Recursos tecnológicos

- Cámara Fotográfica
- Internet
- Ordenador

Recursos económicos

Para la realización de este trabajo de investigación, se ha invertido un valor aproximado de \$ 500, valor que es cubierto por los autores, en su totalidad.

## 2.5. Población y Muestra

En la Comunidad Sabanilla, se tomaron para el trabajo 37 niños menores de 5 años, de los cuales participaron en el estudio el 100% de los mismos.

Tabla 2: Cuadro cuantitativo de la población

POBLACIÓN	POBLACIÓN	MUESTRA
Menores de 5 años portadores de afecciones respiratorias	37	37
Expertos	3	3
Total	40	40

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

## 2.6. Tipo de Muestra

Por ser una población objeto de estudio es pequeña no se tomó muestra, sino que se consideraron para el estudio los 37 menores de 5 años diagnosticados con afecciones respiratorias que habitan en la Comunidad Sabanilla de la Provincia del Guayas.

## 2.7. Proceso de Recopilación de la Información

Para el procesamiento de la información, se ha tomado en cuenta los siguientes pasos:

- Presentar los objetivos propuestos de la investigación, con claridad, así como también sus respectivas variables.
- Seleccionar la población o muestra objeto de estudio.

-Precisar las técnicas de recopilación de la información.

-Finalmente, recoger la información para luego poder procesarla a su respectiva descripción, análisis y discusión.

## 2.8. Resultados de la encuesta

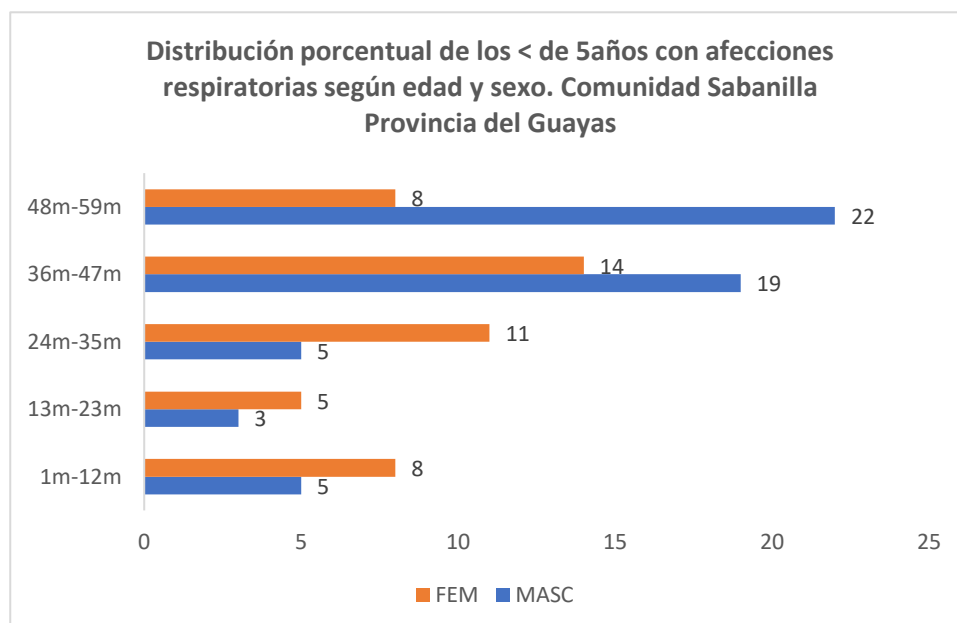
Tabla 3: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según edad y sexo. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.

EDAD/SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
1m-12m	2	5	3	8	5	13
13m-23m	1	3	2	5	3	8
24m-35m	2	5	4	11	6	16
36m-47m	7	19	5	14	12	33
48m-59m	8	22	3	8	11	30
<b>total</b>	20	54	17	46	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia  
Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 1: Distribución porcentual < 5 años con afecciones respiratorias según edad y sexo. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

## 2.9.



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### Análisis y discusión de los resultados.

En la tabla 3: se observa la clasificación de la población estudiada en edad y sexo con infecciones respiratorias. Del total de la población estudiada 37, el 13% corresponde a menores de 1mes a 12meses; el 8% corresponde a menores de 13meses a 23 meses; el 16% a menores entre 24 y 35 meses; el 33 % corresponde a menores entre 36 y 47 meses y finalmente con un 30% están los menores de 48 a 59 meses. Considerando las afecciones respiratorias según el sexo, el 54% pertenece a los niños y el 46% a niñas; por lo tanto, se observó que la mayor incidencia de las infecciones respiratorias se da en niños.

En este sentido la (Fundación Valle del Lili, 2020) refiere que, las IRA constituyen una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en niños a nivel mundial. La mayoría de estas van a ser leves y auto limitadas, sin embargo, es necesario conocer los signos de alarma para consultar de forma oportuna a los servicios de urgencias.

Además de aplicar las medidas de prevención, con el fin de evitar la propagación de este tipo de infecciones, empezando por tener esquema de vacunación al día como primera medida.

Por su parte (Quevedo Lorenzo, Gainza González, Montero Torres, More Céspedes., & Escalona Torres., 2019), en su estudio refleja que los 86 infantes menores de un año presentaron infección respiratoria aguda, la cual en sus inicios se manejó en el hogar.

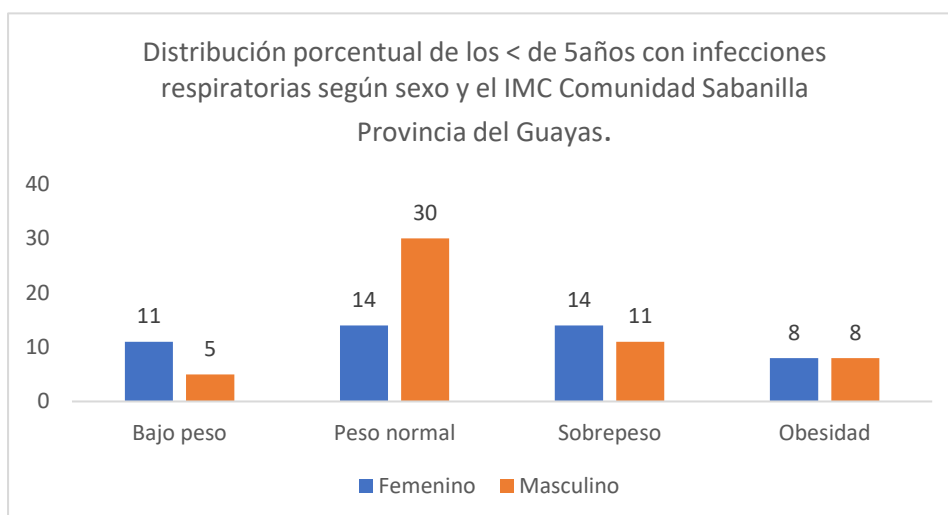
Tabla 4: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5años con infecciones respiratorias según sexo y el IMC Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas.

SEXO	INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)									
	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	4	11	5	14	5	14	3	8	17	46

Masculino	2	5	11	30	4	11	3	8	20	54
TOTAL	6	16	16	44	9	24	6	16	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia  
Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 2: Distribución porcentual <5 años con infecciones respiratorias según sexo y el IMC en la comunidad Sabanilla



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Análisis y discusión de los resultados.**

Se evaluó la población total de 37 menores de 5 años con infecciones respiratorias según sexo y el IMC, dando como resultado 16% presento bajo peso, el 44% peso normal, el 24% sobrepeso y el 16% presento obesidad.

(Orellana Cobos, Urgilez Malo, Larriva Villareal, & Fajardo Morales, 2016) reportaron en su investigación que, la prevalencia de IRA fue de 31.37 %, existió una mayor prevalencia en el grupo de edad menor a 12 meses (31.62 %). La prevalencia de desnutrición fue 5.90 %, muy por debajo de la encontrada en esta investigación que está en 16% de los casos con bajo peso al nacer.



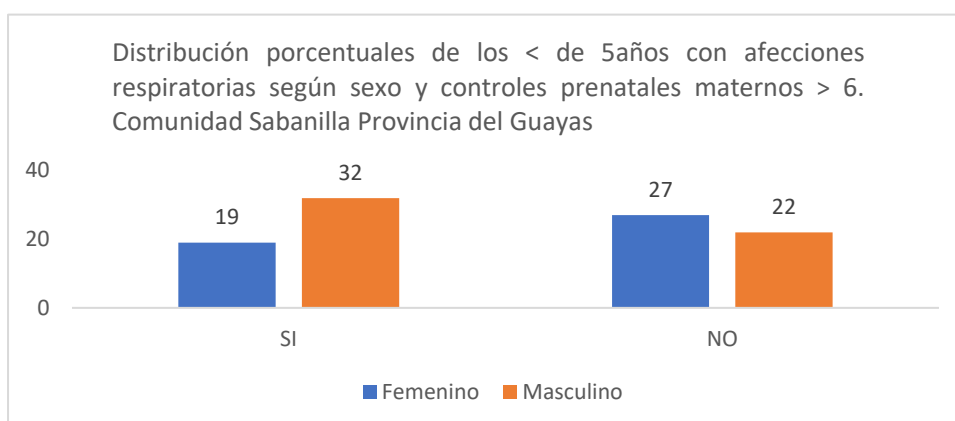
Tabla 5: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y controles prenatales maternos < 6. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

SEXO	CONTROL PRENATAL > 6 CONTROLES					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
<b>Femenino</b>	7	19	10	27	17	46
<b>Masculino</b>	12	32	8	22	20	54
<b>TOTAL</b>	19	51	18	49	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 3: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y controles prenatales maternos > 6.



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Análisis y discusión de los resultados.**

En este estudio el 51 % de las madres cumplió con más de seis controles prenatales, mientras que el 49 % no cumplió con lo establecido por la norma de MSP en cuanto al número de controles prenatales.

El control prenatal adecuado se asocia a menor número de complicaciones obstétricas como a concientizar a la madre sobre cuidados y conductas pertinentes a seguir en la gestación. Según (Trinidad L & Gutiérrez Aguado, 2021) refieren que, en el Perú los controles prenatales tienen que ser mínimo 6 controles prenatales para considerar adecuado seguimiento y garantizar el bienestar de bebe si son menos o

ningún control prenatal puede generar alto riesgo para la madre como el bebé por lo cual muchas veces afecta el desarrollo.

El estudio de (Freire Carrera, Álvarez-Ochoa, Vanegas Izquierdo, & Peña Cordero, 2021) respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, el 84.8% iniciaron sus controles prenatales antes del segundo trimestre y el 15.2% dentro de este período. Llama la atención que el 9.1% de embarazadas tuvo menos de 5 controles durante su periodo gestacional lo cual constituye un factor de riesgo tanto obstétrico como perinatal.

Tabla 6: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según edad y bajo peso al nacer. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

EDAD	BAJO PESO AL NACER					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
1m-12m	1	3	4	11	5	14
13m-23m	1	3	2	5	3	8
24m-35m	1	3	5	14	6	16
36m-47 m	2	5	10	27	12	32
48m-59m	1	3	10	27	11	30
TOTAL	6	16	31	84	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia  
Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 3: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según edad y bajo peso al nacer



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Análisis y discusión de los resultados.**

En el gráfico 4 se observa una distribución porcentual de los menores de 5 años del total de la población estudiada 37 menores, según su edad y bajo peso al nacer tomando como referencia desde el 1 mes hasta los 59 meses de vida donde el 84% no presentó bajo peso y el 16% presentó bajo peso al nacer.

El bajo peso al nacimiento constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad tanto infantil como perinatal debido a que cada año alrededor de 20 millones de neonatos son afectados. Así todas las defunciones de niños menores de cinco años con infecciones de las vías respiratorias bajas relacionadas con la gripe se producen en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2017). El registro estadístico de nacidos vivos y defunciones correspondientes al Ecuador reportan una incidencia del 8.9% de recién nacidos con bajo peso a nivel nacional, siendo la región de la Sierra la de mayor incidencia 9.8%, seguido de la región Costa 8.5%, amazónica 5.9% e insular 5.9% en el 2017. (Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2017)

La investigación de (Freire Carrera, Álvarez-Ochoa, Vanegas Izquierdo, & Peña Cordero, 2021) reportó un 11.1% de recién nacidos con bajo peso y un 11.6% con edad gestacional inferior a las 37 semanas, resultados superiores a la media nacional pero similares a los encontrados por otros autores. (Pacheco Guevara. & Pañi Riera., 2015)

Por su parte; las altas incidencias de bajo peso al nacimiento encontradas a nivel nacional y en las regiones de la Sierra y Costa son similares a las encontradas en otros estudios de países de Latinoamérica como Argentina 9.9% (Raimondi, y otros, 2015) y Bolivia 9.6%. (Rojas Salazar, Mamani Ortiz, Choque Ontiveros, Abujder Abu-khdeir , & Bustamante Meneses , 2015)

Tabla 7: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y lactancia materna. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

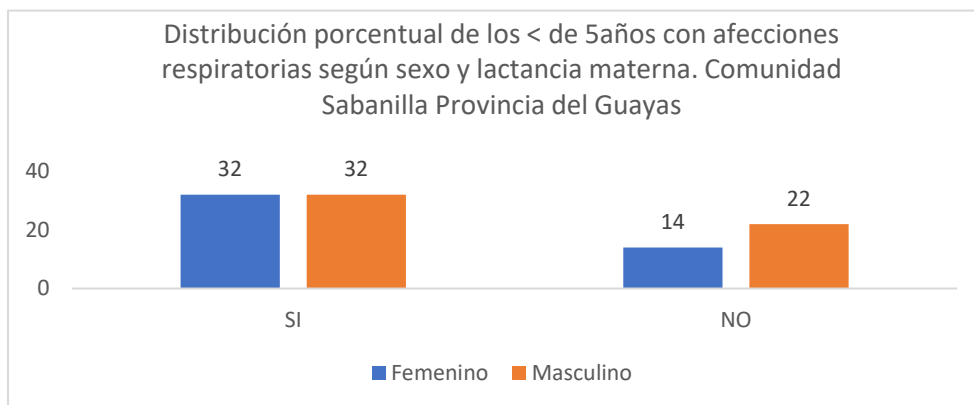
SEXO	LACTANCIA MATERNA					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	12	32	5	14	17	46

Masculino	12	32	8	22	20	54
TOTAL	20	64	17	36	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 4: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y lactancia materna



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Análisis y discusión de los resultados.**

En la encuesta realizada se comprobó que el 64% de niños si tuvieron lactancia materna mientras que el 36% total de la población entre niñas y niños no tuvo lactancia materna.

Por ello (Alomia Castro, y otros, 2019) expresan que, es necesario la importancia de recalcar la correcta alimentación. Es importante resaltar que más del 35% de los infantes evaluados en su estudio recibió lactancia materna hasta los 6 meses, la extensión del tiempo recomendado de lactancia materna más allá de este periodo podría constituir una medida preventiva específica. Considerando que ciertos estudios han mostrado un mayor riesgo de IRA en aquellos niños que solo han recibido lactancia materna exclusiva.

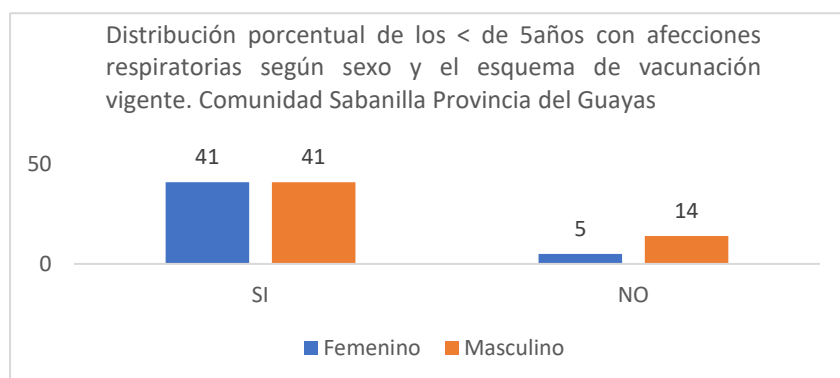
La (Fundación Valle del Lili, 2020) recomienda en caso de la IRA que, si es un bebé menor de seis meses, se suministre solamente leche materna en mayor cantidad, por lo menos 10 veces al día, a los seis meses o más, proporcione alimentos recién preparados, con alto contenido nutricional y energético (frutas, verduras y carnes), y continúe brindando leche materna

Tabla 8: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y el esquema de vacunación vigente.

SEXO	ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	15	41	2	5	17	46
Masculino	15	41	5	14	20	54
TOTAL	30	82	7	19	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia  
Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 6: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y el esquema de vacunación vigente



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Análisis y discusión de los resultados.**

El 82% de los niños(as), tienen el esquema de vacunación completo vigente y el 19% de total de niños(as) no tienen su esquema de vacunación completo.

El esquema incompleto de vacunación es otro factor de riesgo según (Quevedo Lorenzo, Gainza González, Montero Torres, More Céspedes., & Escalona Torres., 2019) el niño está frágilmente expuesto a agentes patógenos como virus y bacterias que están en el medio ambiente que lo rodean. Trayendo como consecuencia deficiencia del sistema inmunológico, lo que los hace más susceptible a la aparición de las infecciones respiratorias agudas.

Así mismo, (Quevedo Lorenzo, Gainza González, Montero Torres, More Céspedes., & Escalona Torres., 2019) reporta que, los niños con enfermedades asociadas, presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las

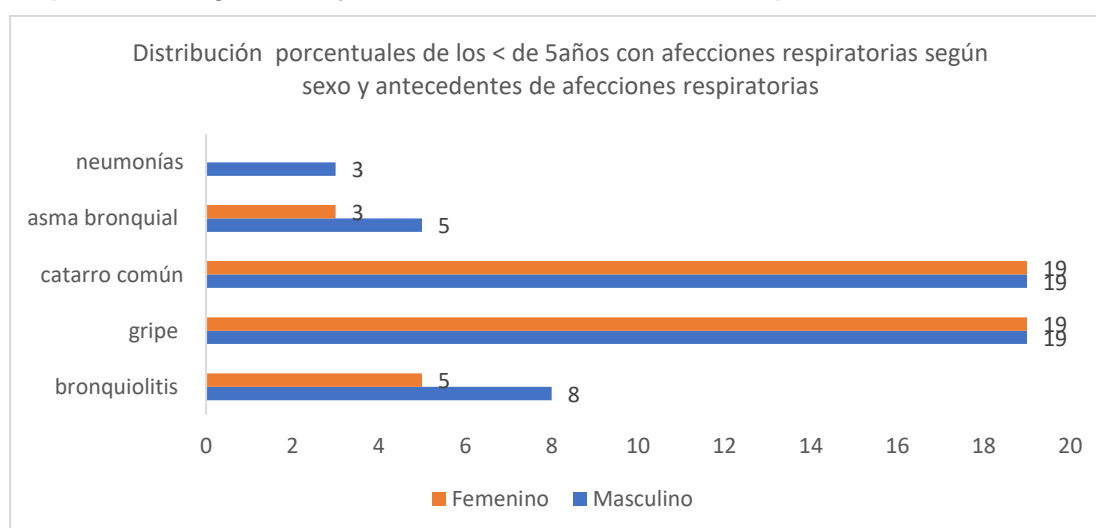
infecciones, lo que los hace más susceptible al desarrollo de las mismas, al no realizar el esquema completo de vacunación en el niño, desde el nacimiento hasta el año de edad, el niño está frágilmente expuesto a agentes patógenos como virus y bacterias que están en el medio ambiente que lo rodean. Trayendo como consecuencia deficiencia del sistema inmunológico, lo que los hace más susceptible a la aparición de las infecciones respiratorias agudas.

Tabla 9: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y antecedentes de afecciones respiratorias. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

SEXO	ANTECEDENTES AFECCIONES RESPIRATORIAS											
	Bronquiolitis		Gripe		Catarro Común		Asma Bronquial		Neumonías		Total	
	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	2	5	7	19	7	19	1	3			17	46
Masculino	3	8	7	19	7	19	2	5	1	3	20	54
TOTAL	5	13	14	38	14	38	3	8	1		37	100

Fuente: Registro de elaboración propia  
Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 5: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y antecedentes de afecciones respiratorias



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

## Análisis y discusión de los resultados

En este rubro, los menores de 5 años tienen antecedentes de infecciones respiratorias en un 19% tanto en catarro común como en gripe, 13% con antecedentes de bronquiolitis, 8% con antecedentes de asma y 3 % con antecedente de neumonía.

De la misma manera (Córdova Sotomayor, Chávez Bacilio, Bermejo Vargas, Jara Ccorahua, & Santa Maria Carlos, 2020) muestra la relación entre la infección respiratoria aguda más frecuente (resfrío común) y el sexo de los pacientes. Las niñas son las más afectadas porque presentan el 32,5 %.

Los resultados de estos investigadores, al analizar la prevalencia de las diferentes IRA, el resfrío común es la más frecuente en menores de 1 año. Este resultado difiere a lo que reportan Reyes et al. Que señalan como cuadro más frecuente a la rinofaringitis aguda, pero coincide con el estudio de Sejas et al., en el cuadro más frecuente, aunque este último señala que el grupo más afectado es el de los niños de 1 año a menores de 2 años. (Córdova Sotomayor, Chávez Bacilio, Bermejo Vargas, Jara Ccorahua, & Santa Maria Carlos, 2020)

En el estudio de (Alomia Castro, y otros, 2019), el perfil de enfermedades más frecuentes observado dentro de este amplio espectro es similar al mostrado en el Centro de Salud Cuchil, siendo la rinofaringitis el cuadro clínico más común (69,2%)<sup>9</sup>, de igual manera en el estudio venezolano el resfriado común fue el tipo de infección más frecuente (58,6%), concordante a los hallazgos de Sejas y Condori, quienes en 651 niños bolivianos encontraron que el resfriado común fue la IRA más prevalente en todos los grupos etarios.

Tabla 10: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y tipo de vivienda. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

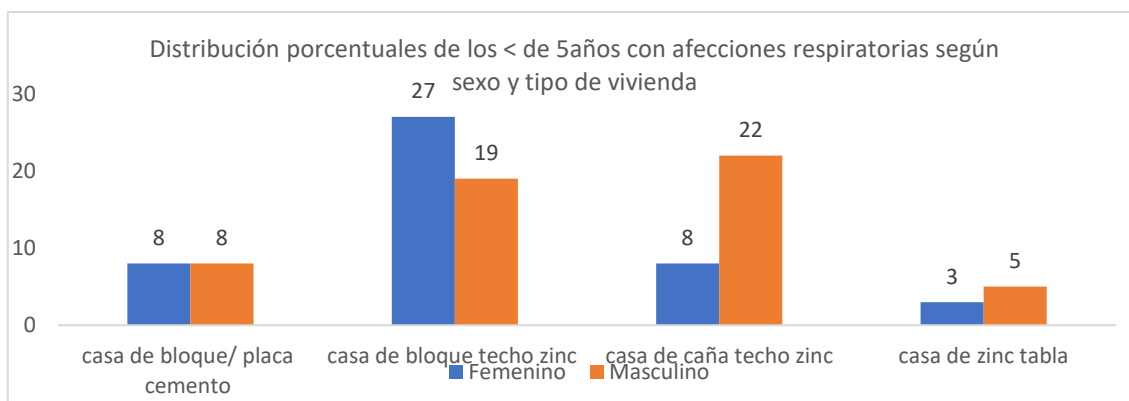
SEXO	TIPO DE VIVIENDA									
	Casa de bloque / placa cemento		Casa de bloque /techo zinc		Casa de Caña/ techo zinc		Casa de zinc/tabla		Total	
	C	%	CA	%	CA	%	CA	%	CA	Total %
Femenino	3	8	10	27	3	8	1	3	17	46

Masculino	3	8	7	19	8	22	2	5	20	54
TOTAL	6	16	17	46	11	30	3	8	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 8: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y tipo de vivienda



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### Análisis y discusión de los resultados

De la población estudiada el 8% entre niños y niñas viven en casa de bloque/placa cemento, un 27 % de niñas y 19% de niños viven en casa de bloque techo zinc por otro lado el 8% de niñas y el 22% de niños viven en casa de caña techo zinc, el 3% de niñas y el 5 % de niños viven en casa zinc y de tabla.

Por su parte los autores (Valencia Henao, y otros, 2017) evaluaron factores del entorno que rodean el domicilio de los menores, tanto externos como internos. En relación con la vivienda. El 55,3% de las viviendas presentaban deficiencias en la ventilación, 53,2% de los niños están expuestos a humedad.



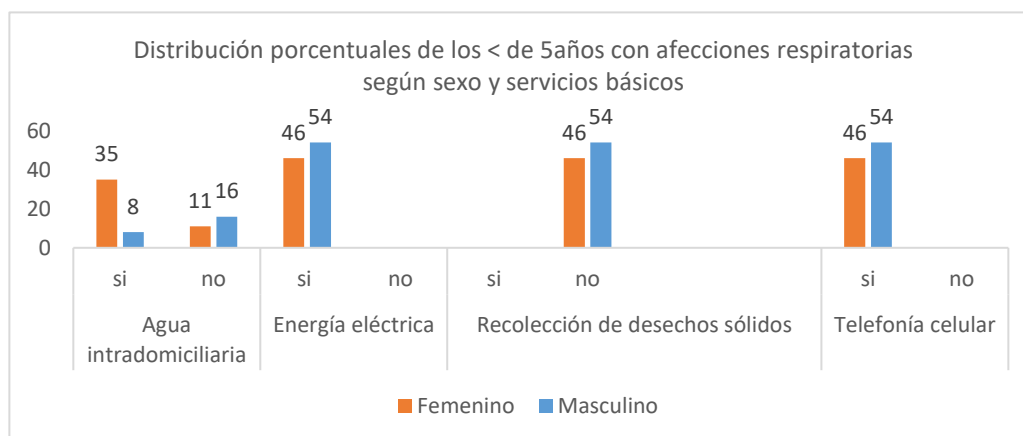
Tabla 11: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y servicios básicos. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

SEXO	SERVICIOS BÁSICOS															
	Agua intradomiciliaria				Energía eléctrica				Recolección de desechos sólidos				Telefonía celular			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	13	35	4	11	17	46					17	46	17	46		
Masculino	3	8	17	46	20	54					20	54	20	54		
TOTAL	16	43	21	57	37	100					37	100	37	100		

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 9: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y servicios básicos.



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### Análisis y discusión de los resultados

En la población total estudiada el 43% si tiene agua intradomiciliaria y el 57 % no tiene el agua dentro de la vivienda. En cuanto a energía eléctrica el 100% cuenta con ese servicio. Sobre la recolección de desechos sólidos no cuentan con el servicio el 100% de la población, lo cual conduce que algunas personas los entierran, pero otros los queman contaminando el ambiente y finalmente, en telefonía celular 100% de la población cuenta al menos con un equipo de telefonía móvil.

Para el (Banco Mundial , 2018), La gestión de los desechos sólidos es un problema universal que atañe a todo habitante del planeta. Y con más del 90 % de

los desechos que se vierten o queman a cielo abierto en los países de ingreso bajo, son los pobres y los más vulnerables quienes se ven más afectados.

La gestión inadecuada de los desechos está produciendo la contaminación de los océanos del mundo, obstruyendo los drenajes y causando inundaciones, transmitiendo enfermedades, aumentando las afecciones respiratorias por causa de la quema, perjudicando a los animales que consumen desperdicios, y afectando el desarrollo económico, por ejemplo, al perjudicar el turismo.

Para los autores (Tovar Artunduaga, Losada Salazar, & García , 2015) consideran a su vez, estima que el 24% de la carga mundial de morbilidad y 23% de todas las defunciones pueden atribuirse a factores relacionados con el ambiente. Para los países en desarrollo el porcentaje de mortalidad atribuible a causas ambientales es de 25%, y en los desarrollados de 17%, la cual puede estar relacionada con la inequidad en el acceso a servicios públicos, la falta de ingresos y el crecimiento acelerado del sector industrial, factores que incrementan los niveles de vulnerabilidad y exposición de la población; esto genera un impacto negativo en los niveles de carga de enfermedad.

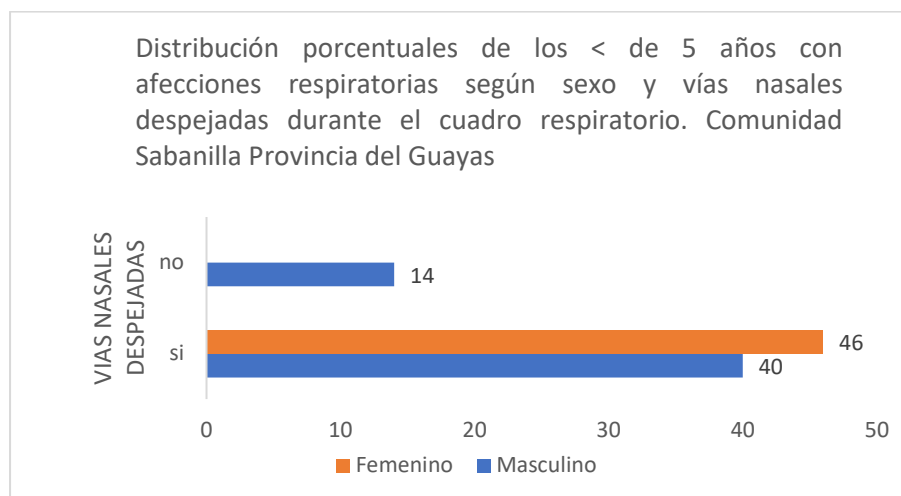
Tabla 12: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y vías nasales despejadas durante el cuadro respiratorio. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

SEXO	Vías nasales despejadas durante cuadro respiratorio					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	17	46			17	46
Masculino	15	40	5	14	20	54
TOTAL	32	86	5	14	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 6: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y vías nasales despejadas durante el cuadro respiratorio.



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### Análisis y discusión de los resultados

El 86% de la población de niños presentan vías nasales despejada durante el cuadro respiratorio con un porcentaje de 14% no le parece importante.

Por su parte (Mejia, 2021) especialista en ORL, en cuanto a la higiene nasal hace referencia al conjunto de prácticas y hábitos que se hace para mantener una adecuada permeabilidad de las fosas nasales, en donde el moco no se acumule y en donde se permita una adecuada respiración a través de la nariz, que facilite el normal intercambio de aire entre el exterior y los pulmones. Le permite al niño respirar de forma adecuada (por la nariz), le brinda al pulmón un aire de mucha mejor calidad, facilita un mejor dormir y además disminuye científicamente comprobado el número de episodios de virosis respiratorias por año.

Tabla 13: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y eliminación uso de vaporización durante el cuadro respiratorio. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

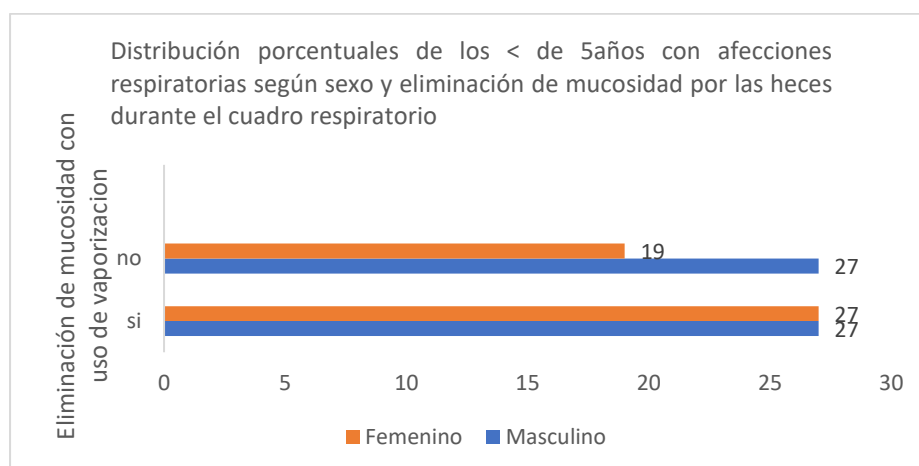
SEXO	USO DE VAPORIZACIÓN DURANTE EL CUADRO RESPIRATORIO					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	10	27	7	19	17	46
Masculino	10	27	10	27	20	54

TOTAL	20	54	17	46	37	100
-------	----	----	----	----	----	-----

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 7: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y eliminación de mucosidad con vaporización durante el cuadro respiratorio



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### Análisis y discusión de los resultados

En el estudio el 54% de los niños utilizan la vaporización para fluidificar la flema contribuyendo a su eliminación, mientras que el 46% no la utiliza.

El estudio realizado por (Cajaleon de la Cruz, 2018) refiere que, la planta medicinal más utilizada fue el eucalipto (26,1%); preparado en infusión (32,2%); administrados por vía inhalatoria (30,4%); por 3 veces durante el día (32,2%) durante 3 días (40,9%).

Así mismo, (de la Flor i Bru, 2017), comenta que, la vaporoterapia, mejora significativamente la obstrucción nasal, pero solo si se practica repetidamente (4 sesiones al día de 15 minutos de duración). El mejor método de administrar vapor en lactantes y niños es dentro del cuarto de baño (espacio cerrado y reducido), dejando correr el grifo del agua caliente hasta que se forme vapor espeso.

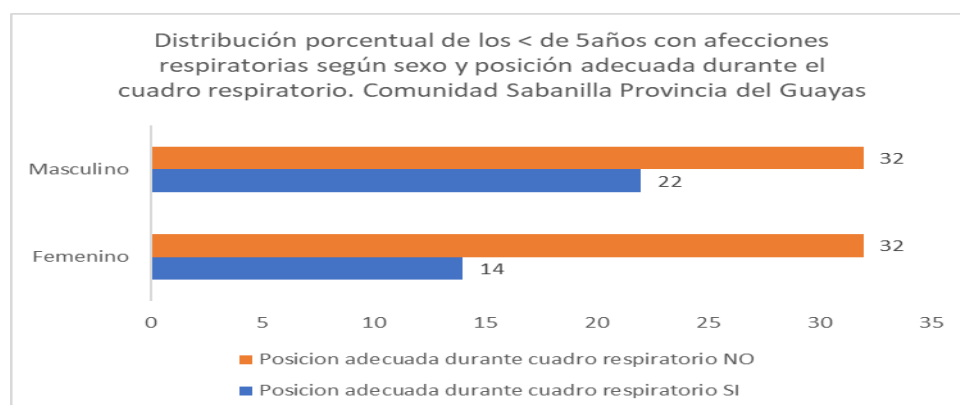
Tabla 14: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y posición adecuada durante el cuadro respiratorio. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

<b>SEXO</b>						
<b>Posición adecuada durante el cuadro respiratorio</b>						
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>CA</b>	<b>%</b>	<b>CA</b>	<b>%</b>	<b>CA</b>	<b>%</b>
Femenino	5	14	12	32	17	46
Masculino	8	22	12	32	20	64

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 12 Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y posición adecuada durante el cuadro respiratorio.



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Análisis y discusión de los resultados**

En cuanto al mantenimiento de una postura adecuada, solo el 36% refirió el cuidado de mantener una postura adecuada, mientras que el 64% no. En este caso (de la Flor i Bru, 2017) sugiere como parte del Tratamiento postural: colocar al lactante de más de 6 meses en decúbito prono o decúbito lateral. El niño mayor debe dormir en posición semisentada (30°).

Como se aprecia el desconocimiento de mantener una postura corporal adecuada, lleva a considerar lo expresado por la (Ochoa V., Posada S., Restrepo N, & Aristizábal M., 2000), quien explicita que, se hace necesaria una inmediata y masiva renovación de compromisos y esfuerzos por parte del personal de salud, para que no

siga existiendo inequidad en la atención de los niños, además si se conoce cómo resolver el problema es un imperativo moral atacarlo.

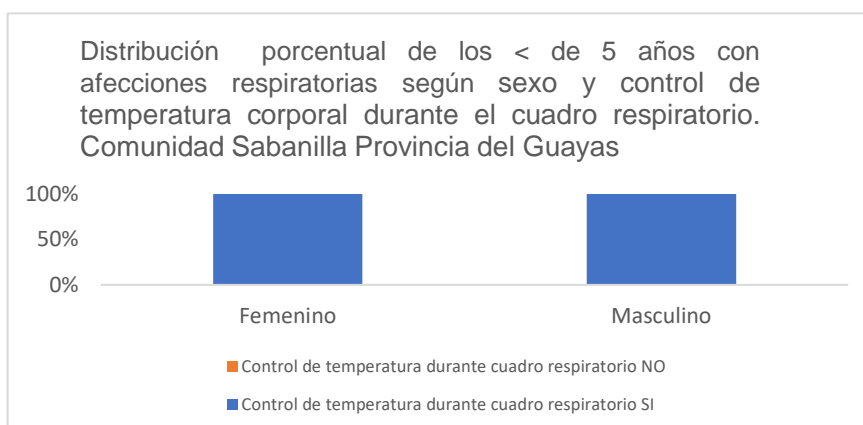
Tabla 15: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y control de temperatura corporal durante el cuadro respiratorio. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

SEXO	Control temperatura corporal durante el cuadro respiratorio					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	17	46	-	-	17	46
Masculino	20	54	-	-	20	54
TOTAL	37	100	-	-	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 13: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y control de temperatura corporal durante el cuadro respiratorio



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Análisis y discusión de los resultados**

En este estudio el 100% controla la temperatura corporal durante el cuadro respiratorio. Por su parte, (Quispe Columbus, 2021), cita que, la fiebre puede cambiar en frecuencia entre un 20 a 60% de las consultas ya sea ambulatorio o por emergencia de pediatría esto depende del establecimiento de salud, no se encuentra

diferencia relevante en relación al género, así como tampoco la condición socioeconómica. Siendo más frecuente en bebés de 3 hasta 36 meses de edad presentando entre 4 a 6 episodios al año, esto debe variar por las estaciones del año

En este aspecto, (Consolini, 2020) comenta que, varios estudios han documentado que la temperatura máxima tiende a ser en la tarde y es más alta alrededor de los 18 a 24 meses en que muchos niños sanos normales tienen una temperatura de 38,3° C (101° F). Sin embargo, suele definirse como fiebre una temperatura corporal central (rectal)  $\geq 38,0^{\circ}$  C (100, 4° F).

La significación de la fiebre, explica (Consolini, 2020), depende del contexto clínico más que de la temperatura máxima; algunas enfermedades menores causan fiebre alta, mientras que algunas patologías graves provocan sólo un leve aumento de la temperatura. Si bien el temor a la fiebre suele interferir con la evaluación parental, los antecedentes de temperatura registrada en el domicilio deben considerarse equivalentes a la determinación de temperatura en el consultorio.

El estudio de (Escobar Tobon, 2017) comenta que la fiebre, como uno de los síntomas más comunes en el período de la infancia, implica grandes desafíos para la disciplina de enfermería para develar las prácticas de los cuidadores familiares y de los profesionales de la salud a la luz de los estudios que las afiancen o las controvertan. Así mismo, el uso rutinario de los antipiréticos queda controvertido y debe limitarse a un manejo individualizado y prudente por los efectos nocivos que pueden producir. Por otra parte, se ha demostrado la ineficacia para evitar las convulsiones.

Tabla 16: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y la exposición a contaminación ambiental. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

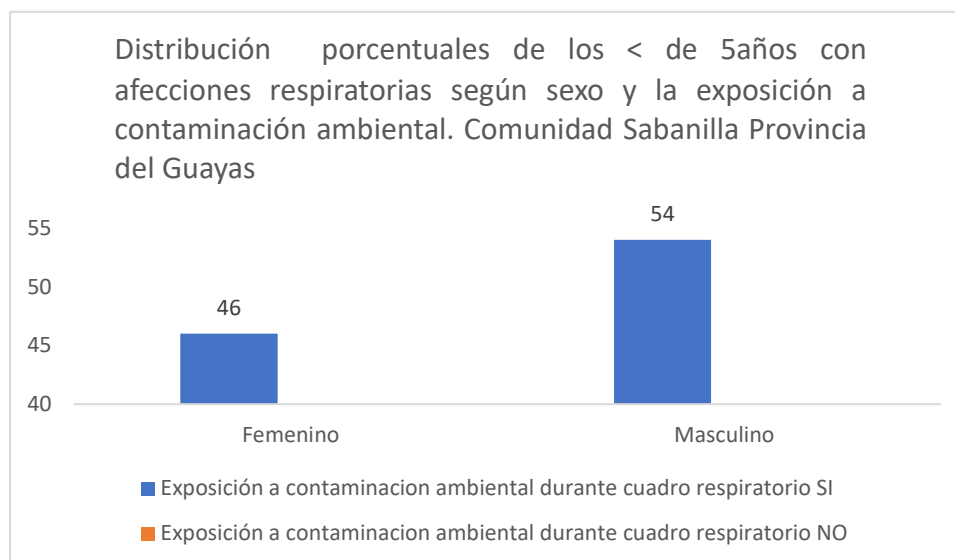
SEXO	Exposición a contaminación ambiental durante el cuadro respiratorio					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino	17	46			17	46
Masculino	20	54			20	54

TOTAL	37	100			37	100
-------	----	-----	--	--	----	-----

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 14: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y la exposición a contaminación ambiental.



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Análisis y discusión de los resultados**

En este análisis el 100% de los menores de 5 años durante su afección respiratoria están expuestos a contaminación ambiental, ya que la comunidad está inmersa en un espacio con contaminantes tipo polvo producto de canteras y de la fábrica de cemento.

El estudio de (Benincore Robledo & Prado López, 2018), expresa que, la contaminación ambiental, factor no modificable, es un problema en la mayoría de grandes ciudades. La recomendación es evitar realizar actividades al aire libre cuando la calidad del aire es mala (altos índices de contaminación). La exposición al humo de leña, aún común en zonas rurales de Latinoamérica, es otro factor ambiental que empeora al paciente con asma, y que a largo plazo puede causar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Se sugiere evitar la exposición crónica a este contaminante. En casos de asma alérgica, es importante identificar el alérgeno y evitar la exposición a éste. Pelo de animales domésticos, ácaros, y polen de diversas plantas son los alérgenos más asociados a asma



Respecto a los riesgos extradomiciliarios (Valencia Henao, y otros, 2017) explica que pudieran afectar la evolución clínica del menor, se evidenció que 4,3% están expuestos al humo de fábricas cerca de sus viviendas la cual tiene similitud con el estudio de la tesis porque uno de los factores para las infecciones respiratorias son el humo de las fábricas de cementos y las canteras de piedras, del total de la población en estudio el 100% de la población manifiesta estar expuesta a la contaminación ambiental.

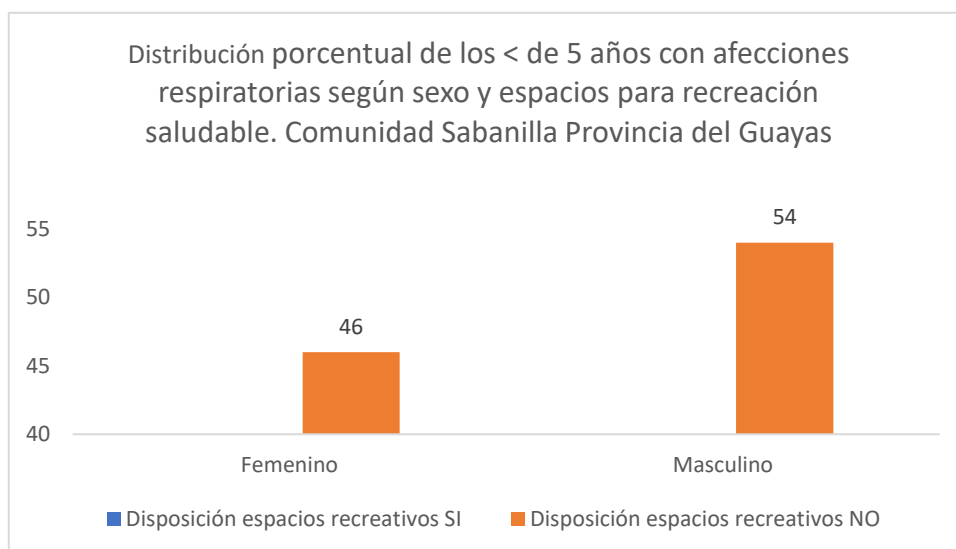
Tabla 17: Distribución de cifras absolutas y porcentuales de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y espacios para recreación saludable. Comunidad Sabanilla Provincia del Guayas

SEXO	Espacios para recreación saludable					
	SI		NO		TOTAL	
	CA	%	CA	%	CA	%
Femenino			17	46	17	46
Masculino			20	54	20	54
TOTAL			37	100	37	100

Fuente: Registro de elaboración propia

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

Gráfico 8: Distribución porcentual de los < de 5 años con afecciones respiratorias según sexo y espacios para recreación saludable



Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

## **Análisis y discusión de los resultados**

El 100% de la población en estudio manifestó que no tiene espacios saludables, recreativos donde los niños puedan salir a jugar.

Por su parte, (Calvo Aguado, 2021) hace hincapié en las medidas que se pueden llevar a cabo para prevenir la aparición o reducir en lo mayor posible las complicaciones de las enfermedades con componente genético (asma y alergias) así como problemas respiratorios (catarro, tos y neumonía). Los niños son más vulnerables que los adultos por ello hay que tener especial cuidado en los entornos donde se mueven ya que deberían vivir en un entorno lo más saludable posible.

La (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017) publicó en su página web un artículo titulado “10 datos sobre los niños y la higiene del entorno” se puede observar en esa sección como el medio ambiente puede ser un factor de riesgo si este es desfavorable. De los 10 datos aportados en dicho artículo se han recogido en el siguiente cuadro los que están relacionados con problemas respiratorios:

### **Cuadro de elaboración propia sacado los datos de la OMS.**

Dato 1: más de una cuarta parte de las muertes infantiles podría evitarse con medidas de higiene del entorno

Dato 2: la prevalencia del asma en la población infantil está aumentando en todo el mundo

Dato 3: la contaminación del aire es el mayor riesgo medioambiental para la salud de los niños

Dato 10: el cambio climático aumenta el riesgo de contraer enfermedades, especialmente en los niños de los países en desarrollo (p.109)

Toda inversión encaminada a eliminar los riesgos relacionados con el entorno, reportará mejoras importantes para su salud. En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los países están trabajando para alcanzar una serie de metas que pueden orientar las intervenciones en materia de higiene del entorno en que viven los niños poner fin a las muertes prevenibles de los recién nacidos y los niños menores de cinco años de aquí a 2030.

## CAPITULO III

### 3. PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Título de la propuesta

“Siguiendo los consejos de Virginia Henderson”

#### 3.2. Objetivos de la propuesta

##### 3.2.1. Objetivo general.

Ejecutar micros radiales como intervención para beneficio de los habitantes en especial de los niños que habitan en la comunidad Sabanilla

##### 3.2.1. Objetivos específicos.

Conocer el impacto de las enfermedades respiratorias en la comunidad

Identificar los factores ambientales nocivos que afectan la salud respiratoria

Promocionar la importancia de la lactancia materna

Demostrar la importancia del esquema de vacunación y sus beneficios

Fomentar de los espacios recreativos y deportivos; así como sus beneficios para la salud

#### 3.3. Desarrollo de la propuesta.

Siguiendo los espacios viales de Virginia Henderson se diseñó estas píldoras de conocimientos desde el punto de vista, tomando como referencia de la comunidad Sabanilla perteneciente a la provincia del Guaya, realizando espacios micros radiales con temas de vital importancia para sus habitantes.

#### 3.4. 4.4 Actividades programadas

Tabla 18: Píldora de conocimiento 1. ¿Qué son enfermedades respiratorias?

PÍLDORA DE CONOCIMIENTO N° 1
Tema: Que son las enfermedades respiratorias
Objetivo: Capacitar a la comunidad sobre las enfermedades respiratorias y su impacto en los menores de 5 años
Materiales: Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual parlantes, material informativo (gigantografía).

Espacio: 45 minutos
Responsables: Gonzabay & Gallegos

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Descripción de la actividad:**

Se da inicio de las charlas educativas a través de un espacio micro radial en la comunidad de Sabanilla, como primer punto: bienvenida, presentación de los estudiantes de la UMET, presentación de la comunidad, para luego dar paso con el siguiente tema: enfermedades respiratorias, (concepto, signos y síntomas, tratamiento), se hará uso de videos, dinámica de preguntas y respuestas para el fomento de la participación.

Tabla 19: Píldora de conocimiento 2: Impacto ambiental nocivo a la salud

PÍLDORA DE CONOCIMIENTO N° 2
Tema: Impacto de los factores ambientales nocivos para la salud respiratoria
Objetivo: Identificar los factores ambientales nocivos que afectan la salud respiratoria
Materiales: Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo material lúdico.
Espacio: 45 minutos
Responsables: Gonzabay & Gallegos

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

### **Descripción de la actividad:**

En esta segunda actividad denominada píldoras de conocimiento con el tema ¿Cómo minimizar impacto de los factores ambientales nocivos para la salud respiratoria? a través de un espacio micro radial con la colaboración de la comunidad, material audiovisual, uso de video, dinámica de pregunta, considerándose que la contaminación atmosférica ha provocado la aparición de enfermedades respiratorias. Se hará un ejercicio de lluvia de ideas para impulsar la opinión de la audiencia respecto al tema y ¿Cómo los afecta?

Tabla 20: Píldora de conocimiento 3: Importancia lactancia materna

PÍLDORA DE CONOCIMIENTO N° 3
Tema: Importancia de la lactancia materna
Objetivo: Promocionar la lactancia materna durante los primeros meses de vida del bebe.
Materiales: Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo material lúdico. Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo.
Espacio: 45 minutos
Responsables: Gonzabay & Gallegos

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

#### **Descripción de la actividad:**

Para la 3 actividad en la comunidad Sabanilla con el tema: importancia de la lactancia materna (beneficios para la madre y el niño, los nutrientes que aporta, composición de la leche), considerando que la leche tiene anticuerpos que protegen de enfermedades prevalentes de la infancia como: diarrea, alergias, asma y las infecciones respiratorias. Disminuye el riesgo de enfermedades como: diarreas, asma, neumonía, alergias, entre otras. La misma que se realiza a través de un espacio micro radial, utilizando material audiovisual, dinámicas de grupo, dinámicas de pregunta a los presentes con premios.

Tabla 21: Píldora de conocimiento 4: Importancia esquema individual

PÍLDORA DE CONOCIMIENTO N° 4
Tema: Importancia del esquema de vacunación
Objetivo: Demostrar la importancia del esquema de vacunación en los niños
Materiales: Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo material lúdico. Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo material lúdico.
Espacio: 45 minutos
Responsables: Gonzabay & Gallegos

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

**Descripción de la actividad:**

Se brindó en este espacio, valiosa información sobre las vacunas y su importancia en la buena salud de los niños, se empezó con una actividad recreativa con los presentes, se utilizó material audiovisual, tríptico del esquema de vacunación, dinámica de preguntas para valorar el estado de conocimiento de los habitantes.

Tabla 22: Píldora de conocimiento 5: Espacios recreativos y beneficios

PÍLDORA DE CONOCIMIENTO N° 5	
<b>Tema:</b> Los espacios recreativos y sus beneficios para la salud	
<b>Objetivo:</b>	Fomentar los espacios recreativos y deportivos; así como sus beneficios para la salud
<b>Materiales:</b> Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo material lúdico. Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo material lúdico.	
<b>Espacio:</b> 45 minutos	
<b>Responsables:</b> Gonzabay & Gallegos	

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

**Descripción de la actividad:**

Se dio inicio de la 5 actividad en la comunidad sabanilla empezando con una dinámica de juego, sopa de letra con los presentes, se utilizará material audio visual, videos, banco de preguntas, mesa redonda, análisis del tema tratado.

Tabla 23: Píldora de conocimiento 6: Medidas de soporte y apoyo

PÍLDORA DE CONOCIMIENTO N° 6	
<b>Tema:</b> Medidas de soporte y apoyo en el manejo de las fosas nasales, posturas y control de temperatura.	
<b>Objetivo:</b>	Conocer los beneficios de las medidas de soporte y apoyo en el manejo de las infecciones respiratorias.
<b>Materiales:</b> Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo material lúdico. Mesa, elementos decorativos, equipo audiovisual, material informativo material lúdico.	
<b>Espacio:</b> 45 minutos	

<b>Responsables:</b> Gonzabay & Gallegos
--

Elaborado por: Gonzabay, & Gallegos (2022)

**Descripción de la actividad:**

Durante el desarrollo de la actividad 6 denominada píldora de conocimiento con el tema Medidas de soporte y apoyo en el manejo de las fosas nasales, posturas y control de temperatura se empezará con un juego recreativo para animar a la comunidad en general, se utilizará material audio visual, videos, material informativo, tríptico, mesa redonda, banco de preguntas.

## CONCLUSIONES

En cuanto a este aspecto se cumplió con el objetivo 1 Identificar las características físicas y sociodemográficas en los menores de 5 años con enfermedades respiratorias en la comunidad de Sabanilla.

-Las afecciones respiratorias según el sexo, el 54% pertenece a los niños y el 46% a niñas; por lo tanto, se observó que la mayor incidencia de las infecciones respiratorias se da en niños.

-Se observó que la mayor incidencia de las infecciones respiratorias se da en niños, en el total de la población estudiada el 16% presento bajo peso, el 44% peso normal, el 24% sobrepeso y el 16% presento obesidad.

-El 51 % de las madres cumplió con más de seis controles prenatales, mientras que el 49 % no cumplió con lo establecido por la norma de MSP en cuanto al número de controles prenatales.

-Se observó, según edad y bajo peso al nacer tomando como referencia desde el 1 mes hasta los 59 meses de vida donde el 84% no presento bajo peso y el 16% presento bajo peso al nacer.

-Se comprobó que el 64% de niños si tuvieron lactancia materna mientras que el 36% total de la población entre niñas y niños no tuvo lactancia materna.

-El 82% de los niños(as), tienen el esquema de vacunación completo vigente y el 19% de total de niños(as) no tienen su esquema de vacunación completo.

-En este rubro, los menores de 5 años tienen antecedentes de infecciones respiratorias en un 19% tanto en catarro común como en gripe, 13% con antecedentes de bronquiolitis, 8% con antecedentes de asma y 3 % con antecedente de neumonía.

-De la población estudiada el 8% entre niños y niñas viven en casa de bloque/ placa cemento, un 27 % de niñas y 19% de niños viven en casa de bloque techo zinc por otro lado el 8% de niñas y el 22% de niños viven en casa de caña techo zinc, el 3% de niñas y el 5 % de niños viven en casa zinc y de tabla.

-En la población total estudiada el 43% si tiene agua intradomiciliaria y el 57 % no tiene el agua dentro de la vivienda. En cuanto a energía eléctrica el 100% cuenta con ese servicio. Sobre la recolección de desechos sólidos no cuentan con el servicio el



100% de la población, lo cual conduce que algunas personas los entierran, pero otros los queman contaminando el ambiente y finalmente, en telefonía celular 100% de la población cuenta al menos con un equipo de telefonía móvil.

Siguiendo con las conclusiones se cumplió con el objetivo 2 Clasificar las necesidades básicas en cuidados respiratorios en los menores de 5 años de la comunidad de Sabanilla.

-El 86% de la población de niños presentan vías nasales despejada durante el cuadro respiratorio con un porcentaje de 14% no le parece importante, durante el estudio el 54% de los niños utilizan la vaporización para fluidificar la flema contribuyendo a su eliminación, mientras que el 46% no la utiliza.

-En cuanto al mantenimiento de una postura adecuada, solo el 36% refirió el cuidado de mantener una postura adecuada, mientras que el 64% no.

-En este estudio el 100% controla la temperatura corporal durante el cuadro respiratorio.

-En este análisis el 100% de los menores de 5 años durante su afección respiratoria están expuestos a contaminación ambiental, ya que la comunidad está inmersa en un espacio con contaminantes tipo polvo producto de canteras y de la fábrica de cemento.

-El 100% de la población en estudio manifestó que no tiene espacios saludables, recreativos donde los niños puedan salir a jugar.

Se diseñó un plan de cuidados de enfermería en los menores de 5 años basados en la teoría de Virginia Henderson en la comunidad de Sabanilla empleando un espacio micro radial de intervención.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la comunidad profundizar las medidas de control de los agentes ambientales que actúan como factores de riesgo y factores desencadenantes de las infecciones respiratorias
- Se sugiere la creación de clubes de autocuidado y cuidado para los menores de 5 años, capacitando a las madres para su mejoramiento y prevención de este tipo de infecciones
- Se indica la creación de clubes con fines deportivos y recreativos donde los menores puedan recrearse y jugar libremente, así como el proyecto de una piscina para la zona.
- Se recomienda la creación de una brigada de salud para actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.
- A la comunidad se le sugiere unirse a los programas de creación de radios comunitarias para la difusión de mensajes entre otros tantos de salud.
- A la UMET se le recomienda dar continuidad a las actividades generadas en los proyectos de titulación y continuar con el abordaje de nuevos temas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadía Guerrero, S. (Junio de 2016). Bronquiolitis. *Revista Médica Sinergia*, 1(6), 3-6. Recuperado el 28 de 02 de 2022, de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/33>
- Alomia Castro, P. E., Rodas Torres, A. G., Gallegos Vintimilla, S. H., Calle Crespo, A. P., Gonzalez Sacoto, P. E., Pino Crespo, L. Y., . . . Tixi Toalongo, L. E. (2019). Infecciones Respiratorias Agudas En Infantes Menores de 5 Años Del Centro de Salud Javier Loyola, Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(6), 760–763. Recuperado el 25 de 1 de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142015>
- Alvarado Zuñiga, C. R., Suárez Dueñas, V. L., Gutiérrez Latoche, E. A., & Mendoza López, A. D. (2021). *factores medioambientales asociado a infecciones respiratorias en niños menores de 5 años que acuden al hospital de barranca*. Barranca: Universidad Nacional de Barranca. Recuperado el 08 de 02 de 2021, de <https://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/180/141>
- Álvarez Caro, F., & García González, M. (2021). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Pediatr Integral*, XXV(2), 55-66. Recuperado el 28 de 02 de 2022, de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-03/asma-concepto-fisiopatologia-diagnostico-y-clasificacion/>
- Andrade, M. (2017). *Neumonía Adquirida En La Comunidad (Tipo 1, 2 Y 3 De La Sociedad Chilena De Enfermedades Respiratorias)*. Recuperado el 25 de 02 de 2022, de Síntesis biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/medicina-interna/enfermedades-respiratorias/195-1-05-1-028>
- Argentina, Comité Nacional de Neumonología, Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Emergencia y Cuidados Críticos, Comité Nacional de Familia y Salud Mental. (2021). Guía de diagnóstico y tratamiento: asma bronquial en niños  $\geq$  6 años. *Arch Argent Pediatr*, 119(4), 123-158. Recuperado el 16 de 03 de 2022, de [https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_guia-de-diagnostico-y-tratamiento-asma-bronquial-en-ninos-menores-de-6-anos-actualizacion-2021-118.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_guia-de-diagnostico-y-tratamiento-asma-bronquial-en-ninos-menores-de-6-anos-actualizacion-2021-118.pdf)

- Arias Pérez, Y. (2020). *Intervención educativa sobre Infecciones Respiratorias Agudas en madres de niños menores de cinco años 2019-2020*. Recuperado el 17 de 02 de 2022, de Universidad de Ciencias Médicas de Holguín: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1570>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación*. Episteme. Recuperado el 3 de enero de 2022, de [https://issuu.com/fidiasgerardoarias/docs/fidias\\_g.\\_arias.\\_el\\_proyecto\\_de\\_inv](https://issuu.com/fidiasgerardoarias/docs/fidias_g._arias._el_proyecto_de_inv)
- Arístegui Fernández, J. (12 de 2015). Gripe en Pediatría. *Pediatría integral*, XIX(10), 694–701. Recuperado el 16 de 03 de 2022, de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-12/gripe-en-pediatria/>
- Asociación Latinoamericana de Tórax . (24 de 05 de 2017). *El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria*. Recuperado el 03 de 12 de 2021, de <https://alatorax.org/es/firs/firs-publica-el-impacto-mundial-de-la-enfermedad-respiratoria>
- Banco Mundial . (20 de 09 de 2018). *Los desechos: un análisis actualizado del futuro de la gestión de los desechos sólidos*. Recuperado el 31 de 03 de 2022, de <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/09/20/what-a-waste-an-updated-look-into-the-future-of-solid-waste-management>
- Barragan, T., Gavilanes, M., Lombeyda, G., & Muñoz, M. (2018). Modelo de Virginia Henderson En La Influenza AH1N1. *Talentos Revista de Investigación*, 1, 7704–12. Recuperado el 10 de 01 de 2022, de <https://talentos.ueb.edu.ec/index.php/talentos/article/view/120>
- Bautista Suanabar, M. L. (2019). *Factores de riesgo asociado a infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del distrito de Acopampa Ancash*. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis tezza. Recuperado el 07 de 02 de 2022, de [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2277/T030\\_71428933\\_T%20Bautista%20Suasnabar%2C%20Marycielo%20Lesly.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2277/T030_71428933_T%20Bautista%20Suasnabar%2C%20Marycielo%20Lesly.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Benincore Robledo, A., & Prado López, L. M. (2018). Asma en el paciente pediátrico. *Acta Pediátrica Hondureña*, 8(2). Recuperado el 29 de 03 de 2022, de <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol8/pdf/APHVol8-2-2017-2018-7.pdf>

- Bonill de las Nieves, C., & Amezcua, M. (25 de 11 de 2014). *Virginia Henderson*. Recuperado el 10 de 03 de 2022, de Gómeres. Salud, Cultura y Pensamiento: <https://www.fundacionindex.com/gómeres/?p=626>
- Cabascango Allauca, L. M., Hinojosa Chariguamán, A. G., Remache Agualongo, L. M., & Olalla García, M. H. (2019). Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el centro geriatrico "Amawta Wasi Samay" Guaranda-Bolívar. *Ciencia Digital*, 3(1), 54-63. Recuperado el 13 de 01 de 2022, de [https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/250/553?fbclid=IwAR3VLc\\_Ez-FTX\\_-ZkT7lsQOy8i4wVFJdtDYVwnJWBZe7cQwtTj5o22U205Q](https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/250/553?fbclid=IwAR3VLc_Ez-FTX_-ZkT7lsQOy8i4wVFJdtDYVwnJWBZe7cQwtTj5o22U205Q)
- Cajaleon de la Cruz, J. A. (2018). *Uso tradicional de plantas medicinales para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de la comunidad rural de Margos - Huánuco 2017*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de Universidad de Huánuco: URI: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/1099>
- Calle Garcia, A., Macías Alvia, A. M., Cedeño Holguín, D. M., Mendoza Mendoza, L. M., & Macías Mero, O. F. (2018). Formación ética y su incidencia en el desempeño académico de estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal del sur de Manabí. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado el 26 de 11 de 2021, de <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/12/formacion-etica-estudiantes.html>
- Calvo Aguado, V. (marzo de 2021). Educación para la Salud y prevalencia de problemas respiratorios en niños. *Rev. NPunto*, IV(36), 108-127. doi:<https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
- Campos Rojas, M. A., & Méndez Peralta, R. W. (2018). Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacido. Recuperado el 06 de 02 de 2022, de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4179/1/INCIDENCIA%20DEL%20SINDROME%20DE%20DIFICULTAD%20RESPIRATORIA%20EN%20RECI%20NACIDOS.pdf>
- Carrillo Esper, R., Martín de Jesús Sánchez Zúñiga, M., Medveczky Ordóñez, N., & Carrillo Córdova, D. M. (2018). Evolución de la definición del síndrome de insuficiencia respiratoria grave. *Med Int Méx*. Recuperado el 26 de 02 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim184k.pdf>

- Cassiani, S., Munar, E., Umpiérrez, A., Peduzzi, M., & Leija, C. (2020). La Situación de La Enfermería En El Mundo y La Región de Las Américas En Tiempos de La Pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*, 44(e64), 1-2. Recuperado el 25 de 11 de 2021, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52081>
- Castañeda Lescano, D. C. (2020). *Participación de la enfermera comunitaria en la atención primaria de la salud. Microred Mórrope, 2017*. Chiclayo, Perú. Recuperado el 30 de 11 de 2021, de <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2594>
- Chae, S., & Oh Hyunkyung, M. S. (2020). Effectiveness of Nursing Interventions using Standardized Nursing Terminologies: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 42(11), 963-973. Recuperado el 11 de 01 de 2022, de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945919900488>
- Clares, J., Nóbrega, M., Guedes, M., de Silva, L., & de Freitas, M. (2019). Icnp nursing diagnoses, outcomes and interventions for community elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 191-198. Recuperado el 3 de diciembre de 2021, de <https://www.scielo.br/j/reben/a/6Nnfjs9SL3f9f4zv5cZCYth/?lang=en&format=html>
- Consolini, D. M. (06 de 2020). *Fiebre en lactantes y niños*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/s%C3%ADntomas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/fiebre-en-lactantes-y-ni%C3%B1os>
- Córdova Sotomayor, D. A., Chávez Bacilio, C. G., Bermejo Vargas, E. W., Jara Ccorahua, X. N., & Santa María Carlos, F. B. (2020). Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. *Horizonte Médico*, 20(1). doi:<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n1.08>
- Coronel Carvajal, C., Huerta Montaña, Y., & Ramos Téllez, O. (2018). Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 194-203. Recuperado el 08 de 02 de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200009)

- Correa Argueta , E., Verde Flota , E. E., & Rivas Espinoza , J. G. (2016). *Volaración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson*. Recuperado el 07 de 03 de 2022, de <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2901>
- Daily, N. (20 de abril de 2017). *Fisiopatología de la neumonía*. Recuperado el 26 de 02 de 2022, de Nurses Daily: <https://nursesdaily.com.pe/fisiopatologia-de-la-neumonia/>
- de Andrade, M. (abril de 2018). *Definición ABC*. Recuperado el 23 de 02 de 2022, de Enfermedades Respiratorias: <https://www.definicionabc.com/ciencia/enfermedades-respiratorias.php>
- de la Flor i Bru, J. (2017). Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común. *Pediatría Integral*, 377 – 398. Recuperado el 01 de 03 de 2022, de [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi06/01/n6-377-384\\_JosepFlor1.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi06/01/n6-377-384_JosepFlor1.pdf)
- del Río-Navarro, B. E., Hidalgo Castro, E. M., & Sierra Monge, J. L. (enero-febrero de 2009). Asma. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66(1), 3-33. Recuperado el 28 de 02 de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462009000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002)
- Del Toro Rodríguez, L. B., Martínez Benítez, I., Martínez Morales, I., García Aguilera, A., & Diéguez Avid, M. A. (1 de marzo de 2021). Caracterización clínica-epidemiológica de las Bronquiolitis en pacientes pediátricos. *Multimed*, 25(2). Recuperado el 27 de 02 de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182021000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200005)
- Dezube, R. (2018). *Manual MSD: Introducción al aparato respiratorio*. Recuperado el 28 de 02 de 2022, de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/biolog%C3%ADa-de-los-pulmones-y-de-las-v%C3%ADas-respiratorias/introducci%C3%B3n-al-aparato-respiratorio#:~:text=El%20aparato%20respiratorio%20comienza%20en,%C>
- Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2017). *Nacimientos y Defunciones -2017*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-y-defunciones-2017/>

- Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). *Estadísticas Vitales Generales de 2020*. Recuperado el 01 de 12 de 2021, de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2020/2021-06-10\\_Principales\\_resultados\\_EDG\\_2020\\_final.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf)
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2017). *Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 15 años. Guía de Práctica Clínica*. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/Neumon%C3%ADa-GPC-24-05-2017.pdf>
- Escobar Tobon, A. L. (01 de 09 de 2017). La fiebre en el niño: una mirada reflexiva a las prácticas de cuidado. *Revista Avances en Enfermería*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/54848>
- Fernández, B. J., & Paniagua Calzón, N. (2020). Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias. *Seup*, 63-73. Recuperado el 16 de 03 de 2022, de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05\\_bronquiolitis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf)
- Fernández, S. D., León, S. G., Bazán, M. J., Cerro, J. L., Marques-Vieira, C., & Rivas, F. J. (2020). Application of anthropometric methods in the nursing process of nursing research. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0604>
- Font, E. (diciembre de 2002). Etiología, diagnóstico, profilaxis y tratamiento del resfriado común. *Offarm*, 21(11), 72-80. Recuperado el 03 de 03 de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-etilogia-diagnostico-profilaxis-tratamiento-del-13041298>
- Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales. (2017). *El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria*. Recuperado el 15 de 12 de 2021, de [https://www.who.int/gard/publications/The\\_Global\\_Impact\\_of\\_Respiratory\\_Disease\\_ES.pdf](https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf)
- Franken Morales , S. S., Garcia Orrego , A. M., & Pabón Bonilla , D. (01 de 10 de 2021). Actualización del asma. *Revista Medica Sinergia*, 6(10). doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v6i10.717>
- Freire Carrera, M., Álvarez-Ochoa, R., Vanegas Izquierdo, P. E., & Peña Cordero, S. J. (ene-jun de 2021). Bajo peso al nacer: Factores asociados a la madre.



*Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 7(2), 1-8. doi:DOI: 10.26423/rctu.v7i2.527

Fundación Valle del Lili. (09 de 11 de 2020). *Infección respiratoria aguda en niños*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <https://valledellili.org/infeccion-respiratoria-aguda-en-ninos/>

García de la Rubia, S., & Pérez Sánchez, S. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Pediatría Integral*, XX(2), 80-93. Recuperado el 28 de 02 de 2022, de [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093\\_ServandoGarcia.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093_ServandoGarcia.pdf)

García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A. (2017). Bronquiolitis aguda viral. *Neumoped*, 1, 85-102. Recuperado el 10 de 03 de 2022, de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_bronquiolitis\\_aguda\\_viral\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf)

García Quintero, F., & de la Cruz Rodríguez, R. (2018). Actualización en la etiopatogenia de la bronquiolitis aguda. *Revista 16 de abril*, 57(268), 125-134. Recuperado el 10 de 03 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2018/abr18268j.pdf>

García, L. (2018). *Plan de cuidados al paciente en rehabilitación que ha sufrido un ictus*. Recuperado el 22 de 01 de 2022, de <https://zagan.unizar.es/record/89221>

Gavilanes, M., Lombeyda, G., & Muñoz, M. (2018). *Modelo de Virginia Henderson en la influenza AH1*. Recuperado el 06 de 02 de 2022, de Universidad Estatal de Bolívar: <https://talentos.ueb.edu.ec/index.php/talentos/article/view/120>

Guerra-Ramírez, M., Rojas-Torres, I. L., & Rodríguez-López, J. R. (2020). Prácticas y conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de 5 años. *identidad bolivariana*, 4(2). Recuperado el 18 de 02 de 2022, de <https://identidadbolivariana.itb.edu.ec/index.php/identidadbolivariana/article/view/94/167>

Guillén Valera, J. (15 de 02 de 2022). *Asma*. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/asma.html>

Hernández Martín, C. (2016). *El Modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera*. Recuperado el 18 de 03 de 2022, de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG->

H439.pdf;jsessionid=B90F85CF1F2C6A60F8DF087FF624BBAE?sequence=1

- Hernandez Sampieri , R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio , P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20SAMPIERI.pdf>
- Hirsch, L. (2019). *Los pulmones y el sistema respiratorio*. Recuperado el 23 de 02 de 2022, de Nemours Kidshealth: <https://kidshealth.org/es/parents/lungs.html>
- Jaimes García, J., Gallardo Diaz, R. P., Ocaña Servín, H. L., & García Rillo, A. (enero de 2018). La crisis asmática: fisiopatología. *Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*, 6(1), 39-45. Recuperado el 28 de 02 de 2022, de <http://r.diauaemex.com/pdf/2018/enero/5.-%20La%20crisis%20asm%C3%A1tica%20%20fisiopatolog%C3%ADa.pdf>
- Larenas Linnemann, D. (2009). Tratamiento del asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 68(2), 149-162. Recuperado el 16 de 03 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2009/nts092j.pdf>
- Llanos Guevara, Y., & Huerta López, J. (2018). Actualización en el tratamiento del asma en Pediatría. *Rev Alergia, Asma e Inmunología pediátricas*, 27(1), 10-17. Recuperado el 15 de 03 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2018/al181c.pdf>
- López Giraldo, A., Bobolea, I., Valero Santiago, A., & Cortés Aguilar, R. (20 de 02 de 2018). *Tratamiento del Asma*. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/asma/tratamiento>
- López, E. (07 de enero de 2007). Asma bronquial I: epidemiología, patogenia, definición. *Medwave*. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1901>
- Mara, M., Risso, M., Morales, J. C., & Saseta, D. (diciembre de 2018). Guía de diagnóstico y tratamiento: neumonía adquirida en la comunidad. *Ludovica Pediátrica*, 21(04). Recuperado el 09 de 03 de 2022, de [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969268/04\\_guia.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969268/04_guia.pdf)
- Martínez-Santos, A. E., Facal, D., Vicho de la Fuente, N., Vilanova-Trillo, L., Gandoy-Crego, M., & Rodríguez-González, R. (9 de 9 de 2021). Impacto de género del

- cuidado en la salud de los cuidadores de personas con demencia. *Science Direct*, 104(9), 2165-2169. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.017>
- Mayo Clinic. (14 de diciembre de 2021). *Resfriado común*. Recuperado el 16 de 03 de 2022, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/common-cold/symptoms-causes/syc-20351605>
- Mejía, L. J. (14 de 07 de 2021). *Los beneficios de la higiene nasal*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <https://www.doctoraki.com/blog/tendencias/fosas-nasales-importancia-de-su-limpieza-y-la-correcta-higiene/>
- Moreno Pérez , D., Andrés Martínez, A., Alfayate Miguélez, S., Couceiro Gianzo, J. A., García García, M. L., Korta Muruac, J., . . . Pérez Pérez, G. (2012). Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. *Anales de Pediatría*, 76(3), 1-18. Recuperado el 28 de 02 de 2022, de [https://www.aepap.org/sites/default/files/neumonias\\_anales\\_2012.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/neumonias_anales_2012.pdf)
- Naranjo Hernández, Y., Jiménez Machado, N., & González Meneses., L. (2018). Análisis de algunas Teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 231–243. Recuperado el 30 de 11 de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211159713013>
- Noriega Borge, M. J. (2017). *Estructura y funciones del aparato respiratorio*. Universidad de Cantabria. Recuperado el 23 de 02 de 2022, de <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=551>
- Ñaupas Paitán, H., Palacios Vilela, J. J., Romero Delgado, H. E., & Valdivia Dueñas, M. R. (2018). *Metodología de la investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis*. Bogotá. Recuperado el 10 de 03 de 2022, de <https://corladancash.com/wp-content/uploads/2020/01/Metodologia-de-la-inv-cuanti-y-cuali-Humberto-Naupas-Paitan.pdf>
- Ochoa V., L. C., Posada S., R., Restrepo N, F., & Aristizábal M., P. (2000). *Guía de Bolsilo*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi.pdf>
- Orejón de Luna, G., & Fernández Rodríguez, M. (junio de 2012). Bronquiolitis aguda. *Pediatría Atención Primaria*, 14( 22). doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200006>
- Orellana Cobos, D. F., Urgilez Malo, G. J., Larriva Villareal, D. K., & Fajardo Morales, P. F. (2016). Estudio Transversal: Prevalencia de Infecciones Respiratorias

- Agudas y su Asociación con Desnutrición en Pacientes Menores de 5 Años Atendidos en el Centro de Salud de Cuchil, 2016. *Rev Med. HJCA*, 9(2), 170-175. Recuperado el 29 de 03 de 2022, de <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/217>
- Organizacion Mundial de la Salud . (21 de 11 de 2021). *Neumonía*. Recuperado el 25 de 1 de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Organizacion Mundial de la Salud (OMS). (06 de 03 de 2017). *Las consecuencias de la contaminación ambiental: 1,7 millones de defunciones infantiles anuales, según la OMS*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/06-03-2017-the-cost-of-a-polluted-environment-1-7-million-child-deaths-a-year-says-who>
- Organizacion Mundial de la Salud. (13 de 12 de 2017). *Cada año, hasta 650.000 personas mueren por enfermedades respiratorias relacionadas con la gripe estacional*. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de OMS: <https://www.who.int/es/news/item/14-12-2017-up-to-650-000-people-die-of-respiratory-diseases-linked-to-seasonal-flu-each-year>
- Organización mundial de la Salud. (6 de noviembre de 2018). *Gripe (estacional)*. Recuperado el 02 de 03 de 2022, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
- Organizacion Mundial de la Salud. (2021). *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)*. Recuperado el 25 de 1 de 2022, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovacion de la Atencion Primaria de Salud en las Americas*. Recuperado el 01 de 03 de 2022, de [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primary\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primary_Salud_Americas-OPS.pdf)
- Pacheco Guevara., D. F., & Pañi Riera., D. P. (2015). *Prevalencia de niños de bajo peso al nacer y restriccion de crecimiento intrauterino y factores maternos asociados en los recién nacidos de la CLinica Humanitaria*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca. Recuperado el 22 de 04 de 2022, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23070/1/TESSISS.pdf>
- Palacios Espinoza, E. d. (2018). *Determinación social de la contaminación del aire urbano y de su relación con el deterioro de la salud respiratoria en los niños y*

- niñas menores de 5 años (Cuenca, Ecuador) 2012-2014*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar. Recuperado el 06 de 02 de 2022, de <http://hdl.handle.net/10644/6218>
- Palella Stracuzzi, S., & Martins Pestana, F. (2017). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas: Fedupel.
- Pellegrini, F. J. (06 de noviembre de 2017). *Bronquiolitis*. Recuperado el 16 de 03 de 2022, de <https://cinfasalud.cinfa.com/p/bronquiolitis/>
- Pérez Sanz, J. (2016). Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatría Integral*, 28-37. Recuperado el 27 de 02 de 2022, de [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/03/n1-028-037\\_JosuePerez.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/03/n1-028-037_JosuePerez.pdf)
- Pinchak, C., Vomero, A., & Pérez, W. (2017). *Guía de diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis: evidencias y recomendaciones*. Recuperado el 02 de 02 de 2022, de [https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2020/11/diagnostico\\_tratamiento\\_bronquiolitis\\_05\\_06\\_017\\_hoja.pdf](https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2020/11/diagnostico_tratamiento_bronquiolitis_05_06_017_hoja.pdf)
- Quevedo Lorenzo, I., Gainza González, B. A., Montero Torres, A. E., More Céspedes., Y. Y., & Escalona Torres., J. (octubre de 2019). Factores de riesgo de infección respiratoria aguda en menores de un año. *Veguitas. Yara. Granma. Multimed*, 23(5). Recuperado el 20 de 03 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=92811>
- Quispe Columbus, J. K. (2021). *Manejo de la fiebre según el nivel de conocimiento de los cuidadores de niños que*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 29 de 03 de 2022, de [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9723/Manejo\\_QuispeColumbus\\_Juan.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9723/Manejo_QuispeColumbus_Juan.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Raimondi, D., Rey, C. E., Testa, M. V., Camoia, E. D., Torreguitar, A., & Meritano, J. (2015). Salud perinatal de la población migrante. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 54(2), 89-94. Recuperado el 29 de 03 de 2022, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752015000200007](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200007)
- Ramirez , J. (11 de 05 de 2021). *Virginia Henderson*. Recuperado el 17 de 03 de 2022, de <https://www.lifeder.com/necesidades-virginia-henderson/>
- Ramírez Medina , E. A., Restrepo Ortega, C. A., Olivares Pérez, H. M., & Montañez Cuberos, M. S. (2020). *Prevalencia de enfermedades respiratorias en los*

*hogares y centro de desarrollo infantil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del Municipio de Cúcuta durante el año 2018 y 2019.* Cúcuta: Universidad de Santander. Recuperado el 18 de 02 de 2022, de <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/5152/3/PREVALENCIA%20DE%20ENFERMEDADES%20RESPIRATORIAS%20EN%20LOS%20HOGARES%20Y%20CENTROS%20DE%20DESARROLLO%20INFANTIL%20DEL%20INSTITUTO%20COLOMBIANO%20DE%20BIENESTAR%20FAMILIAR%20DEL%20MUN.pdf>

- Rojas Salazar, E. G., Mamani Ortiz, Y., Choque Ontiveros, M.a. d., Abujder Abu-khdeir, M., & Bustamante Meneses, D. (2015). Bajo peso al nacer y sus factores asociados en el Hospital Materno infantil Germán Urquidi. Cochabamba, Bolivia. *Gaceta Médica Boliviana*, 38(1), 24-27. Recuperado el 30 de 03 de 2022, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/%20es/lil-755477>
- Rosas, M. R. (febrero de 2008). Gripe y resfriado. Clínica y tratamiento. *Offarm*, 27(2), 46-51. Recuperado el 16 de 03 de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-gripe-resfriado-clinica-tratamiento-13116051>
- Sánchez Monge, M. (2 de febrero de 2021). *Gripe*. Recuperado el 16 de 03 de 2022, de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/gripe.html>
- Sánchez, T., & Concha, I. (2018). Estructura y Funciones del sistema respiratorio. *Neumología Pediátrica*, 13(3), 101-106. doi:DOI <https://doi.org/10.51451/np.v13i3.212>
- Sanz Borrell, L., & Chiné Segura, M. (2016). *Neumonía y neumonía recurrente*. Recuperado el 25 de 02 de 2022, de *Pediatría integral*: [https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/04/n1-038-050\\_LidiaSanz.pdf](https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx01/04/n1-038-050_LidiaSanz.pdf)
- Solano Condoy, B. J. (2017). *Estrategias Preventivas de Infecciones respiratorias agudas en niños/as de 1 a 5 años en el hospital básico en el guabo*. Universidad Técnica de Machala. Recuperado el 20 de 02 de 2022, de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10376/3/TRABAJO%20DE%20TITULACION%20BEXSY.pdf>
- Tafur Neyra, C. J., & Quesquén Reluz, R. M. (2018). *Paradigma de las enfermeras en la practica cuidadora a pacientes pediatricos del hospital regional docente las Mercedes*. Recuperado el 21 de 01 de 2022, de <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1560>

- Tamayo Reus, C. M. (2015). Catarro común y “violencia terapéutica” en la población infantil. *Revista Médica Sinergia*, 229-241. Recuperado el 03 de 03 de 2022, de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/Caridad>
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. México: Grupo Noriega . Recuperado el 19 de 03 de 2022, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El\\_proceso\\_\\_de\\_la\\_investigaci\\_n\\_cient\\_fica\\_Mario\\_Tamayo.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso__de_la_investigaci_n_cient_fica_Mario_Tamayo.pdf)
- Tandazo Agila, B. M., & Naula Calderón , J. C. (2019). *Conocimiento y prácticas sobre el modelo de Virginia Henderson y taxonomía Nanda-Noc-Nic que tienen profesionales de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo septiembre 2018 - marzo 2019*. Universidad Nacional de Loja. Recuperado el 06 de 02 de 2022, de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/22198>
- Tazinya , A. A., Halle-Ekane, G. E., Mbuagbaw, L. T., Abanda, M., Atashili, J., & Obama, M. T. (2018). Risk factors for acute respiratory infections in children under five years attending the Bamenda Regional Hospital in Cameroon. *Bmc. Pulmonary Medicine*, 18(7), 1-8. Recuperado el 30 de 11 de 2021, de <https://bmcpulmmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12890-018-0579-7>
- Tesini, B. (septiembre de 2021). Gripe. *Manual MSD*. Recuperado el 02 de 03 de 2022, de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/gripe>
- Tesini, B. L. (septiembre de 2021). *Resfriado común*. Recuperado el 01 de 03 de 2022, de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/infecciones/virus-respiratorios/resfriado-com%C3%BAn>
- Thomas, M., & Bomar, P. A. (2021). *Infección del tracto respiratorio superior*. Recuperado el 10 de 01 de 2022, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532961/>
- Toledo Rodríguez, I. d., & Toledo Marrero, M. d. (oct-dic de 2012). Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. *Rev Cubana Medicina General Integral*, 28(4). Recuperado el 06 de 03 de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000400014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400014)

- Tovar Artunduaga, M., Losada Salazar, G. M., & García, T. F. (2015). Impacto en la salud por el inadecuado manejo de los residuos peligrosos. *ingenierías USBMed*, 06(02), 46-50. doi:<https://doi.org/10.21500/20275846.1731>
- Trinidad L, I. R., & Gutiérrez Aguado, A. (2021). Factores prenatales asociados al incumplimiento del esquema básico de vacunación en menores de 5 años. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 354-363. doi:<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3656>
- Troncoso, K., Smith, K. R., Tagle, M., Galeano, A., Torres, R., & Soares da Silva, A. (2018). Afecciones respiratorias por el uso de leña y carbón en comunidades de Paraguay. *Pediatría Asunción*, 45(1), 45-52. Recuperado el 06 de 02 de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6958332>
- Valencia Henao, D. C., Pinzón Gomez, E. M., Hernández Carrillo, M., Moran Garreta, L. M., Santander Palta, D. C., Gómez Franco, D. C., & Aragón Govea, R. A. (14 de mayo de 2017). Enfermedades respiratorias aguda en menores de 5 años atendido en un centro de salud, Cali Colombia. *Revista Médica Sanitas*, 20(2), 67-74. doi:<https://doi.org/10.26852/issn.0123-4250>
- Velázquez, A. S. (27 de 08 de 2021). Neumonía: ¿Cuáles son sus síntomas, causas y tratamiento? *Noticiero Televisa*. Recuperado el 22 de 02 de 2022, de <https://www.televisa.com/noticias/neumonia-cuales-son-sus-sintomas-causas-y-tratamiento/>
- Vélez Alume, F. M. (2017). *Proceso de Atención de Enfermería a Pacientes Con Bronquitis Aguda atendidos en el Sub-Centro de Salud Chone 2011*. Ecuador. Recuperado el 28 de 11 de 2021, de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/47432>



# Anexos

Anexo 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Guayaquil, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022

Yo: \_\_\_\_\_ Ci: \_\_\_\_\_, habitante de la Comunidad Sabanilla deseo participar en el estudio **“ABORDAJE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS DESDE LA TEORÍA DE HENDERSON”**. **CASO: COMUNIDAD DE SABANILLA** Caso: Comunidad Sabanilla Provincia Del Guayas. Mismo que será realizado por \_\_\_\_\_ Ci \_\_\_\_\_ supervisado por \_\_\_\_\_, ya que como se me ha informado contribuirá para un diagnóstico para luego incorporarme al proceso de mejoramiento de los estilos de vida y las actividades a desarrollar.

Por tanto, doy mi consentimiento para participar en este estudio

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Paciente

Ci: \_\_\_\_\_

## Anexo 2 VALIDACION DE INSTRUMENTO

<b>Título:</b>	<b>“ABORDAJE DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS DESDE LA TEORÍA DE HENDERSON” CASO: COMUNIDAD DE SABANILLA</b>
<b>Objetivos</b>	<p><b>Objetivo general</b> Diseñar un plan de cuidados de enfermería para menores de 5 años con enfermedades respiratorias basados en la teoría de Virginia Henderson en la comunidad de Sabanilla.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> -Identificar las características físicas y sociodemográficas en los menores de 5 años con enfermedades respiratorias en la comunidad de Sabanilla. -Clasificar las necesidades básicas en cuidados respiratorios en los menores de 5 años según el Modelo de Henderson de la comunidad de Sabanilla. -Diseñar un plan de cuidados de enfermería en los menores de 5 años basados en la teoría de Virginia Henderson en la comunidad de Sabanilla.</p>

<b>Variable</b>	Características físicas y sociodemográficas en los menores de 5 años con enfermedades respiratorias  Necesidades básicas según Teoría de Henderson
-----------------	--

<b>Indique su grado de acuerdo frente a las siguientes afirmaciones:</b> (1 =Deficiente; 2 = Regular; 3 = Bueno; 4 = Muy bueno; 5 = Excelente)	1	2	3	4	5
<b>ADECUACIÓN</b> (adecuadamente formulada para los destinatarios que vamos a encuestar):					
<ul style="list-style-type: none"> <li>La pregunta se comprende con facilidad (clara, precisa, no ambigua, acorde al nivel de información y lenguaje del encuestado)</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las opciones de respuesta son adecuadas</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las opciones de respuesta se presentan con un orden lógico</li> </ul>					
<b>PERTINENCIA</b> (contribuye a recoger información relevante para la investigación):					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es pertinente para lograr el OBJETIVO GENERAL de la investigación (Copiar el objetivo general.)</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es pertinente para lograr el OBJETIVO ESPECÍFICO n.º ___ de la investigación** (Copiar el objetivo n.º ___.)</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es pertinente para lograr el OBJETIVO ESPECÍFICO n.º ___ de la investigación** (Copiar el objetivo n.º ___.)</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Es pertinente para lograr el OBJETIVO ESPECÍFICO n.º ___ de la investigación** (Copiar el objetivo n.º ___.)</li> </ul>					

### Valoración general del cuestionario

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	SÍ	NO
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que los encuestados puedan responderlo adecuadamente (ver Anexo 1)		

<b>Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el encuestado:</b>	
N.º de la(s) pregunta(s)	
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	
El número de preguntas del cuestionario es excesivo	

	<b>Evaluación general del cuestionario</b>			
	<b>Excelente</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Deficiente</b>
Validez de contenido del cuestionario				

<b>Observaciones y recomendaciones en general del cuestionario:</b>	
Motivos por los que se considera no adecuada	
Motivos por los que se considera no pertinente	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

<b>Identificación del experto</b>	
<b>Nombre y apellidos</b>	
<b>Filiación</b>	

(ocupación, grado académico y lugar de trabajo):	
<b>e-mail</b>	
<b>Fecha de la validación</b> (día, mes y año):	
<b>Firma</b>	

30-03-2022 YA/no

**Anexo 2****INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN****CUADRO DE VARIABLES**

Objetivo General	Diseñar un plan de cuidados de enfermería en pacientes menores de 5 años con enfermedades respiratorias desde la teoría de Henderson en la comunidad de Sabanilla.
------------------	--

Variable Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Plan de cuidados de Enfermería menores de 5 años con enfermedades respiratorias	Plan que proporciona cuidados de Enfermería para tratar afecciones respiratorias como la gripe, el catarro común y otras en los menores de 5 años	Física  Estado nutricional  Vacunación	A.- Edad/sexo  B.-Peso/talla/ IMC  1.-Control prenatal 6 visitas o mas  2-. Bajo peso al nacer  3.-Lactancia materna  4.- Esquema de vacunación  esquema de vacunación vigente	Pregunta 1  Pregunta 2  Pregunta 3  Pregunta 4

		Sociodemográfica	5. Antecedentes de enfermedades respiratorias 6.-Tipo de vivienda 7.-Servicios básicos	Pregunta 5  Pregunta 6  Pregunta 7
Necesidades Teoría de Henderson	La teoría de Henderson explica que, su función principal de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible Nieves & Amezcuca, 2014).	1. Respirar normalmente  3. Eliminar por todas las vías corporales  4. Moverse y mantener posturas adecuadas  7. Mantener la temperatura corporal  9. Evitar los peligros ambientales  13. Participar en actividades recreativas	8.-Permeabilidad de las fosas nasales  9.-Eliminación de mucosidades con vaporización  10.-Afección respiratoria y postura adecuada  11.-Control de la temperatura en caso de afección respiratoria  12.-Relación polución-enfermedad (polvos de las canteras, humo de la fábrica de cemento)  13.-Espacios recreativos saludables	Pregunta 8  Pregunta 9  Pregunta 10  Pregunta 11  Pregunta 12  Pregunta 13



## FACULTAD DE SALUD Y CULTURA FÍSICA

### CARRERA DE ENFERMERÍA

#### Anexo 3

#### ENCUESTA PARA MENORES DE 5 AÑOS CON ANTECEDENTES DE AFECCIONES RESPIRATORIAS DE LA COMUNIDAD SABANILLA

A.-Sexo Masculino\_\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_\_

B.-Edad: 1m-12m\_\_ 13m-23m\_\_\_\_ 24m-35m\_\_ 36m-47 m\_\_ 48m-59m\_\_

Marque con una "X" SI o NO para responder la pregunta

No	Pregunta	SI	NO
1	¿Asistió a Control Prenatal 6 visitas o más?		
2	¿El niño presentó bajo peso al nacer?		
3	¿El niño recibió lactancia materna?		
4	¿El niño tiene el esquema de vacunación vigente?		
5	¿El niño tiene antecedentes de enfermedades respiratorias?		
6	Señale el tipo de su vivienda		
	a) Casa de bloque / placa cemento		
	b) Casa de bloque /techo zinc		
	c) Casa de Caña/ techo zinc		
	d) Casa de zinc/tabla		
7	Señale los servicios que dispone		
	a) Agua intradomiciliaria		
	b) Energía eléctrica		
	c) Recolección de desechos sólidos		
	d)Telefonía celular		



8	¿Mantiene las vías nasales despejadas durante el cuadro respiratorio?		
9	¿Utiliza para la eliminación de mucosidad con vaporización durante el cuadro respiratorio?		
10	¿Mantiene al niño posición adecuada durante el cuadro respiratorio?		
11	¿Vigila el control de temperatura corporal durante el cuadro respiratorio?		
12	¿Durante su afección respiratoria están expuestos a contaminación ambiental?		
13	¿Dispone el niño espacios para recreación saludable?		

Gracias por su participación!!!!



FACULTAD DE SALUD Y CULTURA FÍSICA

CARRERA DE ENFERMERÍA











ANEXO 4

INSTRUMENTO DE CONFIABILIDAD

ANEXO 3

COEFICIENTE DE KURDER RICHARDSON 20

No	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11
1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
3	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1
4	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1
5	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
6	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
9	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
p	0,6	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,5	0,5	0,4	0,5
q=1-p	0,4	0,7	0,6	0,6	0,7	0,8	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5
p*q	0,24	0,21	0,24	0,24	0,21	0,16	0,21	0,25	0,25	0,24	0,25

 9  
 9  
 7  
 5  
 3  
 8  
 0  
 1  
 1  
 1  
13,155556  
2,5

KR(20) 0,8909