

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



*“Antecedentes Maternos y del Niño menor de 5 años
relacionado a la neumonía. Hospital La Caleta. Chimbote,
2015”*

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

- ❖ Bach. CRISANTO BARZOLA, Jhon Alexander
- ❖ Bach. MARREROS CAPILLO, Yury Natali

ASESORA:

- ❖ Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

NUEVO CHIMBOTE– PERU

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

ASESORA

DEDICATORIA

A DIOS, ser que ha guiado e iluminado mi camino, por darme salud y sabiduría para lograr mis objetivos trazados, por permitir que esté rodeado de personas que solo procuran mi desarrollo personal, profesional y espiritual.

A mis padres: PEDRO y NORMA, por haberme apoyado en todo momento, por que estuvieron pendientes de mí y dirigir mi formación.

A mis hermanas: JENY Y ROCÍO, que son de inspiración para mi vida, por sus ejemplos de perseverancia que calaron dentro de mi esa confianza para lograr muchos sueños, por todo y cada uno de sus sabios consejos que guiaron parte de mi gran caminar.

Jhon

DEDICATORIA

A DIOS, que ha sido mi fortaleza el que ha estado conmigo siempre y ha permitido que todo lo que he deseado se cumpla. Y que siempre me ha hecho creer que no hay nada en este mundo que no pueda hacer.

A mis padres: Nelly y Dagoberto que me han apoyado en cada etapa de mi vida y han estado siempre conmigo.

A mis hermanos: Alberto y Karla que han sido un gran apoyo como hermanos y amigos que me han brindado su apoyo y cariño.

Yury

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma mater la Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería por permitir nuestro desarrollo profesional a lo largo de estos 5 años, por expandir nuestra visión la que nos motiva a alcanzar cada vez nuevas metas trazadas a fin de brindar un cuidado de calidad al ser humano fundamentado en valores y principios.

A nuestra Asesora la Dra. Carmen Serrano Valderrama por sus enseñanzas y consejos que han guiado nuestro proceder, por su paciencia y preocupación, por ser ejemplo de crecimiento profesional, por ser inspiración en nuestras vidas.

A todos nuestros docentes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa por su capacidad Académica y enseñanza importante para nuestra formación profesional.

LOS AUTORES

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
I. INTRODUCCIÓN	14
II. MARCO TEÓRICO	41
III. METODOLOGIA	55
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	68
4.2. Análisis y Discusión	101
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	116
5.2. Recomendaciones	117
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	140

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: ANTECEDENTES MATERNOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	68
TABLA N° 02: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	74
TABLA N° 03: TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	83
TABLA N° 04: ANTECEDENTES MATERNOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	85
TABLA N° 05: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01: ANTECEDENTES MATERNOS: EDAD. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	69
GRÁFICO N° 02: ANTECEDENTES MATERNOS: GRADO DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	70
GRÁFICO N° 03: ANTECEDENTES MATERNOS: RESIDENCIA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	71
GRÁFICO N° 04: ANTECEDENTES MATERNOS: INGRESO ECONÓMICO. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	72
GRÁFICO N° 05: ANTECEDENTES MATERNOS: CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	73
GRÁFICO N° 06: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: EDAD. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	75
GRÁFICO N° 07: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: SEXO. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	76
GRÁFICO N° 08: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: EDAD GESTACIONAL AL NACER. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	77

GRÁFICO N° 09: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: PESO AL NACER. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	78
GRÁFICO N° 10: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: LACTANCIA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	79
GRÁFICO N° 11: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: VACUNAS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	80
GRÁFICO N° 12: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: ESTADO NUTRICIONAL. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	81
GRÁFICO N° 13: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS: EXPOSICIÓN AL HUMO. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	82
GRÁFICO N° 14: TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	84
GRÁFICO N° 15: EDAD MATERNA RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	86

GRÁFICO N° 16: GRADO DE INSTRUCCIÓN MATERNA RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	87
GRÁFICO N° 17: RESIDENCIA MATERNA RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	88
GRÁFICO N° 18: INGRESO ECONÓMICO RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	89
GRÁFICO N° 19: CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	90
GRÁFICO N° 20: EDAD DEL NIÑO RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	93
GRÁFICO N° 21: SEXO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	94
GRÁFICO N° 22: EDAD GESTACIONAL AL NACER DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	95

GRÁFICO N° 23: PESO AL NACER DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	96
GRÁFICO N° 24: LACTANCIA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	97
GRÁFICO N° 25: VACUNAS DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	98
GRÁFICO N° 26: ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	99
GRÁFICO N° 27: EXPOSICIÓN AL HUMO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.	100

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal tiene como objetivo Conocer los Antecedentes Maternos y del Niño menor de 5 años relacionados a la Neumonía. Hospital La Caleta. Chimbote, 2015.

La población de estudio estuvo conformada por 29 madres con sus niños que cumplieron con los criterios de inclusión, hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital La Caleta. Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario de antecedentes maternos y del niño menor de cinco años, también se utilizó el cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre neumonía. El procesamiento y análisis de datos se realizó utilizando el software especializado en estadísticas y epidemiología EPIINFO, en los niveles descriptivos y analíticos; llegando a las siguientes conclusiones:

- En los antecedentes maternos con niños con neumonía tenemos que el 55,2% son menores de 19 años, 72,4 % como grado de instrucción primaria, 65,5% residen en zonas rural, 65.5 % tienen ingresos menos del mínimo vital, 58,6 % con conocimiento bajo sobre neumonía.
- En los antecedentes del niños menor de cinco años encontramos que el 55,2% son menores de 6 meses, 69% de sexo masculino, 58,6 % fueron RN a término, 58.6% RN de peso normal, 58,6% tienen o tuvieron lactancia exclusiva, el 65,5% tienen vacunas incompletas, el 51,7 tienen desnutrición y el 69% han sido expuestos al humo de leña.
- El tipo de neumonía que prevaleció en los niños menores de cinco años fue la bacteriana con un 93,1% sobre la viral con un 6,9%.
- En los antecedentes maternos, si existe relación estadística significativa entre el grado de instrucción, residencia, ingreso económico y conocimiento sobre neumonía con el tipo de neumonía y no existe relación estadística significativa entre la edad materna y el tipo de neumonía.
- En los antecedentes del niño menor de cinco: Si existe relación estadística significativa entre la edad, sexo, lactancia, vacunas y tipo de exposición al humo, con el tipo de neumonía. No existe relación estadística significativa entre la edad gestacional al nacer, el peso al nacer y el estado nutricional con el tipo de neumonía

Palabras claves: Neumonía, antecedentes maternos, niño menor de cinco años.

ABSTRACT

This research descriptive correlational cross-section aims to know the background Maternal and Child under 5 years related to pneumonia. Hospital La Caleta. Chimbote, 2015.

The study population consisted of 29 mothers with their children who met the inclusion criteria, hospitalized in the pediatric ward of Hospital La Caleta. Maternal history questionnaire and children under five years was used for data collection, the questionnaire on level of knowledge about pneumonia was also used. The processing and analysis of data was performed using specialized software in statistics and epidemiology EPIINFO in descriptive and analytical levels; reached the following conclusions:

- In maternal history of children with pneumonia have that 55.2% are under 19, 72.4% as grade of primary education, 65.5% live in rural areas, 65.5% had incomes below subsistence level, 58.6% with low knowledge about pneumonia.
- In the background of the children under five years found that 55.2% were under 6 months, 69% male, 58.6% were term infants, RN 58.6% normal weight, 58.6% had or had exclusive breastfeeding, 65.5% had incomplete vaccination, 51.7 have malnutrition and 69% have been exposed to wood smoke.
- The prevailing type of pneumonia in children under five was 93.1% bacterial with viral with over 6.9%.
- In maternal history, if there is a significant statistical relationship between the level of education, residence, income and knowledge about the type of pneumonia pneumonia and there is no statistically significant relationship between maternal age and the type of pneumonia.
- In the background of the child under five: If there is a statistically significant relationship between age, sex, breastfeeding, vaccinations and type of exposure to smoke, with the type of pneumonia. There is no statistically significant relationship between gestational age at birth, birth weight and nutritional status with the type of pneumonia

Keywords: Pneumonia, maternal history, child under five years.

I. INTRODUCCIÓN

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones (órganos responsables de la eliminación de CO₂ de nuestra sangre y oxigenar a todas las células de nuestro cuerpo), los cuales están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Dicha infección se caracteriza por la multiplicación de microorganismos patógenos en el interior de los alvéolos, llenándose de secreciones purulentas y líquido, haciendo dolorosa la respiración y difícil la absorción de oxígeno (1) (2) (3).

La neumonía se propaga por diversas vías. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta de los niños, pueden infectar los pulmones al inhalarse; pueden propagarse por vía aérea, en gotículas producidas en tosidos o estornudos; como también puede propagarse por medio de la sangre, sobre todo en el parto, y en algunos casos, dicha infección invade la circulación sanguínea, lo que se conoce con el nombre de bacteriemia, diseminándose rápidamente a otros órganos, y originando cavidades llenas de pus o abscesos (1) (4).

Dicha infección provoca inflamación en el parénquima pulmonar que presenta una variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química, etc.), dando al tejido que forma los pulmones la apariencia de estar enrojecido, inflamado y tornándose doloroso, perturbando el intercambio de gases entre el

espacio aéreo y el capilar sanguíneo, con descenso de PaO₂ cursando con dificultad respiratoria (5) (6).

Según la sintomatología, los enfermos de neumonía bacteriana eliminan secreciones verdes o amarillas y presentan hipertermia; además, presentan dificultad para respirar, cefalea, piel sudorosa y húmeda; otros síntomas posibles son inapetencia, cansancio, cianosis, náuseas, vómitos, cambios de humor y dolores articulares o musculares. Por su parte los enfermos de neumonía viral por lo general presentan sus manifestaciones clínicas tras un cuadro de gripe, pudiendo afectar a otros órganos y causar malestar general (7).

La neumonía constituye la complicación de una infección respiratoria que afecta a los pulmones pudiendo ser mortal, sobre todo en niños menores de cinco años. La mayoría de los niños sanos pueden combatir la infección mediante sus defensas naturales, por su parte las vías respiratorias tienen mecanismos de defensa propios que evitan que lleguen bacterias al pulmón, como la tos, la presencia de células con cilios, células y sustancias especialmente diseñadas para la inmunidad: los linfocitos, neutrófilos, macrófagos y anticuerpos. Estas defensas pueden debilitarse por determinadas circunstancias facilitando que los gérmenes lleguen al pulmón y causen una infección, ante ello los niños inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía. El sistema inmunitario del niño puede debilitarse por malnutrición o desnutrición, sobre todo en lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna. (1) (3) (8).

La lactancia materna protege contra las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) mediante cierto número de mecanismos incluyendo sustancias antivirales, antibacterianas, células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes. En los países en vías de desarrollo los bebés alimentados a pecho presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de la vida, Después del 6to mes de vida cuando las madres deben introducir los alimentos sólidos en la dieta del niño, comienzan los problemas culturales, déficit de conocimientos y económicos dando como resultado la desnutrición. La frecuencia de la lactancia materna varía entre los diferentes países e incluso entre los estratos económicos, por ejemplo en áreas urbanas pobres y rurales pobres, los bebés son alimentados a pecho hasta los 12 y 18 meses, lo que no ocurre en áreas con buen desarrollo económico (9).

El 50% de las muertes por neumonía se producen en niños menores de 6 meses, cuyos factores determinantes son la inmadurez inmunológica, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y destete prematuro (Ibid).

Otros factores de riesgo para desarrollar una neumonía en la infancia se incluyen: prematuridad, exposición pasiva al humo del tabaco, lactancia materna ausente o insuficiente, malnutrición, asistencia a instituciones infantiles, bajo nivel socioeconómico, enfermedades como: otitis media e infecciones respiratorias recurrentes en el año anterior, ya que los virus y el neumococo son más frecuentes

durante los meses en los que predominan las temperaturas bajas y el estado de salud previo del paciente que condiciona la etiología de las infecciones pulmonares, como sucede en los que padecen inmunodeficiencia, fibrosis quística, cardiopatía congénita, cáncer y en los trasplantados (10).

Aproximadamente el 16% de los niños nacidos en el mundo tienen bajo peso al nacer, esto representa 20 millones de niños cada año, de los cuales el 90% nace en países en desarrollo. Este bajo peso condiciona una reducida inmunocompetencia y función pulmonar restringida. Los infantes pretérmino se encuentran en mayor riesgo de muerte que los infantes pequeños para edad gestacional y la presencia previa de enfermedades como neumonías o infecciones asintomáticas como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) también aumentan el riesgo de que un niño enferme con riesgo a morir (11).

Numerosos factores dependientes del huésped y ambiente se han asociado con una mayor incidencia de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), entre los factores del huésped cabe mencionar las enfermedades crónicas, prematuridad, problemática social, malnutrición, asma e hiperreactividad bronquial, infecciones respiratorias recurrentes y antecedentes de otitis media aguda con requerimientos de tubos de timpanostomía (12).

En relación a los antecedentes maternos que podrían influir en la incidencia y prevalencia de neumonía tenemos: La edad materna, el nivel socioeconómico,

grado de instrucción y procedencia. La edad materna es un factor que se asocia con la posibilidad de que el hijo enferme durante los primeros años de vida debido a los cambios psicosociales que ocurren en cada etapa de vida en la mujer, es así que los hijos de aquellas menores de 20 años pueden presentar un alto riesgo, las que tienen entre 20 y 34 años un bajo riesgo, y las que son mayores de 34 años presentan un riesgo intermedio. La madre adolescente es una niña que se encuentra en un mundo adulto sin estar preparada para ello, conllevándole a que afronte una gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son situaciones para los que aún no está capacitada; esto hace que se sienta frustrada con menor predisposición para el cuidado de su niño, sumados con el bajo nivel de información y pobreza hacen que el niño menor de cinco años tienda a presentar mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional; siendo estos últimos, algunos causas por la cuales el niño padezca de neumonías en la comunidad (13) (14) (15).

La neumonía es una infección común y potencialmente grave, que tiene una prevalencia importante en la infancia y causa más muertes que cualquier otra enfermedad en el mundo en niños menores de 5 años, sobre todo en países en desarrollo. Dentro de los factores socioeconómicos se encuentran el Ingreso Familiar, el grado de instrucción de los padres y el lugar de residencia (5) (16).

La neumonía es la principal causa de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula que cada año entre 1,1 a 1,4 millones de niños menores de cinco años

fallecen por esta causa, lo que supone el 18% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo, porcentaje que es mayor que la suma de mortalidad producida por el SIDA, la malaria y el sarampión. De los que presentan la afección, el 70 % tienen menos de 2 años, el 25-75 % poseen el antecedente de alguna infección viral y el mayor índice de mortalidad ocurre en los lactantes. La neumonía puede estar causada por virus, bacterias u hongos. La neumonía afecta a niños y a sus familias de todo el mundo, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional (1) (17) (18).

En la década de los 90 las tasas de mortalidad infantil por Neumonía en Canadá y Estados Unidos fue de 14,8 y 20,9 por 100 000 nacidos vivos, en Argentina, Costa Rica, Cuba, Panamá, Puerto Rico y Uruguay tuvo valores entre 100 y 200; en Colombia, Chile, República Dominicana y Venezuela oscilaron entre 200 y 500; y en Bolivia, Haití y Perú presentaron una tasa de mortalidad superior a los 2 000 por 100 000 nacidos vivos (19).

Las tasas de mortalidad en niños menores de 5 años en la mayoría de los países en desarrollo varía entre 60 a 100 por 1.000 nacidos vivos y una quinta parte de estas muertes se debe a la neumonía. Por lo tanto, la neumonía causa aproximadamente un 19% de todas las muertes acontecidas en el mundo en niños menores de cinco años, estando fuertemente vinculada a la malnutrición, pobreza y escaso de acceso a cuidados sanitarios. Así mismo las más elevadas tasas de

mortalidad por neumonía en los países en desarrollo se registran en niños y niñas menores de un año (5) (20).

Se estima una incidencia anual en EE.UU. y Europa de aproximadamente 35 a 45 casos por 1.000 niños menores de 5 años de edad, siendo los factores de riesgo más importantes: antecedentes de prematuridad, desnutrición, nivel socioeconómico bajo, exposición a contaminantes inhalados y asistencia a jardines infantiles (21).

En estudios realizados en la comunidad en EE.UU. y Finlandia se encontró una incidencia anual de NAC entre 34 y 40 casos por 1.000 niños menores de 5 años, la mortalidad por NAC es prácticamente nula en los pacientes pediátricos de los países desarrollados, lo que contrasta con los países en vías de desarrollo donde la NAC es la principal causa de mortalidad infantil, responsable de 2 millones de fallecimientos en niños anualmente (20% de mortalidad infantil) (22).

En Cuba la mortalidad por neumonía ha tenido una disminución considerable, y en diferentes edades de la infancia ha logrado tasas similares a la de países desarrollados, a pesar de ello, neumonía sigue siendo un problema de salud importante, ya que junto a la influenza son las únicas causas de mortalidad por enfermedades transmisibles incluidas entre las 10 primeras causas de muerte general y principalmente la neumonía sigue ocupando una de las cinco primeras causas de muerte en los menores de 14 años (23).

En Argentina, las enfermedades respiratorias principalmente la neumonía son la tercera causa de mortalidad en menores de un año, con alrededor de 1.000 óbitos anuales en dichos grupos, donde la pobreza aumenta el riesgo de muerte (24).

En Chile, la NAC constituye la segunda causa de hospitalización en niños menores 2 años de edad, siendo los factores ambientales: el hacinamiento, contaminantes intra-domiciliarios por uso de combustibles para calefacción y cocina, asistencia a guarderías, como antecedentes maternos de: ser fumadora; ser madre adolescente, y tener baja escolaridad; y como antecedentes del menor el bajo peso de nacimiento, malnutrición, , sexo masculino y ciertas condiciones como inmunodeficiencia y enfermedades crónicas (23) (25).

La neumonía por su morbimortalidad sigue siendo en los países en vías en desarrollo y en el caso específico del Perú, un problema cuya solución no es exclusivamente médico, sino socioeconómico y de políticas de salud. La educación, las distancias a los centros médicos en lugares apartados de la República, aunados a lo accidentado de nuestra geografía, aumenta el porcentaje de los que mueren en sus hogares. La realidad es mayor, el sub-registro de la morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años, sumados a los problemas que se originan de la certificación y codificación, hacen que muchas neumonías en niños de este grupo etario, no están incluidas en las cifras disponibles. El Perú tiene una población aproximada de 31 millones de habitantes. Presenta tres marcadas zonas geográficas: Costa, Sierra y Selva, siendo la primera la más poblada y con mejores recurso

socioeconómico. La población urbana es mayor que la rural, donde en esta última los niveles de extrema pobreza y desnutrición son altos (26).

En el Perú, según la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2000 por cada 100,000 niños menores de 5 años ocurrieron 33.5 defunciones por neumonía; en 2012 se registraron 12.8 decesos por cada 100,000 niños entre la misma edad. Para el 2013, la tasa de mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años de edad, tuvo una reducción de 20.7 puntos en relación a lo registrado desde 2000 a 2012, indicaron que en el año 2012, se atendieron 1'376,551 episodios de IRAs y 16,782 episodios de neumonía en menores de 5 años de edad en los establecimientos de salud de todo el Perú. Las zonas que presentan mayor riesgo de neumonía son Lima Este, Ucayali, Loreto y Pasco. En relación a las edades que presentan mayor riesgo para desarrollar neumonías, señalaron que son los menores de 1 año, seguidos por los de 1 a 4 años (27).

Como sucede año tras año en el Perú, el frío cobra víctimas en todo el país y los más afectados son los menores de cinco años. Hasta el 6 de agosto del año 2011 se han registrado 22,920 casos de neumonía en todo el país y 230 fallecimientos de niños menores de cinco años por esta causa. Si bien esta cifra de muertes significa una disminución respecto a los 286 niños fallecidos en 2010 durante la misma época del año, es preocupante que las muertes por neumonía en niños haya

aumentado respecto al año pasado en regiones como Amazonas y Loreto, que no se caracterizan por tener un clima frío (28).

En el año 2011, la mortalidad infantil a causa del frío disminuyó en Puno, Huánuco, Cusco, Huancavelica, La Libertad, Ucayali, Cajamarca, Apurímac, San Martín, Ancash y Tumbes en relación a la cifra del año anterior, siendo aún sus cifras muy preocupantes, según la DGE las regiones con mayor cantidad de niños fallecidos por neumonía son Loreto, con 45; Puno, con 36; Huánuco, con 17; Cusco, con 16; Junín, con 13; y Amazonas, con 11. Además de Loreto y Amazonas, otras regiones que aumentaron su índice de mortalidad infantil por neumonía con relación al año anterior, fueron Junín, Lima, Arequipa, Ayacucho, Lambayeque, Tacna, Callao, Ica, Madre de Dios y Moquegua (Ibid).

Puno disminuyó sus índices de mortalidad por neumonía en menores de cinco años: 36 menores de cinco años fallecidos por neumonía en relación a las 66 muertes registradas durante el mismo período del año 2010, su cifra aún es muy alarmante. Una situación opuesta a la de Puno se da en Loreto, región que registra el mayor número de muertes en niños menores de cinco años por neumonía. Hasta el 6 de agosto del 2011, en Loreto se contabilizaron 45 muertes, resultando un incremento de 20 fallecidos más respecto al mismo período durante el año 2010. Según la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Loreto, las principales causas del incremento de los fallecimientos por neumonía en la región son “el periodo de frío

que hay en la selva y la mala nutrición de los niños, que sumados son dos motivos que condicionan la vulnerabilidad a las infecciones respiratorias” (28).

Amazonas es otro de los casos preocupantes en el aumento de fallecimientos por neumonía respecto al 2010. Hasta el 7 de agosto del año 2010 apenas se contabilizaban 2 menores de cinco años fallecidos, en el periodo del 2011 son 11 los niños muertos por neumonía. El Área de Estrategia de Inmunizaciones de la DIRESA Amazonas, informa: “El problema mayor no es el frío, sino que hay zonas en donde el personal de salud es técnico sanitario con dificultades para establecer un diagnóstico adecuado, e influye el problema de la desnutrición en los niños” (Ibíd.).

Para el año 2013, en el Perú, según la DGE hasta la Semana Epidemiológica (SE) 24 se notificaron 16 782 casos de neumonía en menores de 5 años, que representa una Incidencia Acumulada (IA) de 57,8 casos de neumonía por 10,000 menores de 5 años. Así mismo se han reportado 195 defunciones por neumonía en menores de 5 años, el 56 % de los fallecimientos (109 de 195) fueron intrahospitalarias (por neumonía adquirida en la comunidad y que fallece en un establecimiento de salud después de permanecer internado 24 horas o más) (29).

En el departamento de Ancash, según la DGE los casos de neumonía en menores de 5 años se encuentra en incremento, hasta la SE 24 del año 2013, se notificaron 564 casos de neumonía en menores de 5 años y una IA de 50,1 por 10

000 menores de 5 años con un incremento de 24,3 % a comparación del año 2012, donde el 51 % de los casos de neumonías fueron notificados en la provincia de Santa (29).

En Ancash, Nuevo Chimbote, desde Enero hasta fines de Junio del 2013 se registraron 28 casos graves de neumonía y 157 leves y en un 11% aumentó las enfermedades respiratorias en los niños menores de 5 años en relación al año pasado, según el reporte de la Red Pacífico Sur (30).

AMBITO INTERNACIONAL: se encontraron estudios relacionados a las variables de la presente Investigación.

URUGUAY. García, P (2003). En su estudio “Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en niños hospitalizados”, encontró que de 697 niños hospitalizados, la mayoría eran menores de cinco años. Se confirmó la causa bacteriana en 77 niños, 76 fueron a *S. pneumoniae*, siendo los serotipos 5, 14 y 1; las cuatro cepas resistentes a penicilina fueron al serotipo 14. El 16 % de los niños presentó empiema, 8 niños Fallecieron; en 4 se identificó *S. pneumoniae* no resistente a penicilina (31).

CHILE. Bravo, P (2004). En su Investigación “Características clínicas, epidemiológicas y factores asociados al diagnóstico de neumonía recurrente en niños, experiencia de doce años” reportó que de 121 pacientes, 19% pacientes eran

asmáticos (16%), 15% presentaban trastornos neurológicos de base, 11% trastornos de deglución con aspiración pulmonar. En un 17% no se identificaron factores asociados (32).

COLOMBIA. Higuera, A (2005). En su estudio “Costos económicos de las neumonías en niños menores de 2 años de edad”, en referencia al sexo: 58.2% fueron varones y 41.8% mujeres; una proporción de 50.7% de los casos no tenía enfermedades subyacentes, 11.2% tenía síndrome anémico, 9.1% desnutrición, 6,3% neuropatías, 4,2% reflujo gastroesofágico y 7.0% prematuridad. El promedio de días de enfermedad previos a la hospitalización fue de 6.3 en casos de neumonía presuntamente bacteriana y de 6.7 en casos de enfermedad viral. El promedio de estancia hospitalaria fue de 8.2 días en casos de neumonía presuntamente viral y de 11,8 en casos de neumonía bacteriana. Para la medición de los costos indirectos se logró obtener datos de 100 de los 128 casos (48 neumonías virales y 52 bacterianas). En este rubro, 94 (94.9%) de los niños hospitalizados estuvieron acompañados por sus madres, quienes tenían una escolaridad promedio de 8.0 años; 40.7% de ellas manifestaron dedicarse al cuidado del hogar, 34.1% trabajaban fuera de la casa, y la proporción restante, de 25.2% divide el tiempo entre el cuidado del hogar y actividades esporádicas de trabajo como lavar ropa, cocinar en restaurantes y dedicarse al comercio ambulante o, en algunos casos, el estudiar (33).

NICARAGUA. Hernández, N (2005). En su trabajo de investigación “Factores de riesgo Asociados a Neumonía en niñas y niños menores de 1 años fumadores pasivos”, la mayoría de neumonías se presentó en los niños con bajo peso al nacer, con madres analfabetas, que vivían en hacinamiento, buena situación higiénico sanitaria, eutróficos y que recibieron lactancia materna, predominaron los casos de sexo femenino residentes del área rural/urbano marginal y, expuestos al humo de la leña, poseyendo animales domésticos o al piso de tierra en sus casas, las inmunizaciones incompletas para su edad. En los niños del sexo masculino residentes del área urbana predominaron los factores ambientales y sociales, como poseer animales domésticos, el piso de tierra y carencia de agua potable (34).

ARGENTINA. Drakeb, I (2008). En su investigación “Neumonía de la comunidad en niños: impacto sanitario y costos del tratamiento en el primer nivel de atención público”, encontró que de 15 millones de recetas se identificaron 2.420 niños menores de 1 año, 19 205 de 1 a 4 años y 15 977 de 5 a 14 años con neumonía. Un 90% recibió antibióticos, frecuentemente amoxicilina. La cobertura de Remediar, 27,8% en menores de 5 años, fue mayor en provincias más pobres (35).

CUBA. Rivero, S (2010). En su estudio sobre “Frecuencia de factores de riesgo asociados a la Neumonía” el 54.5, % de niños que no tuvieron una adecuada lactancia materna se enfermaron de neumonía. En el sexo y edad como variable biológica informó un predominio del sexo masculino en 62.7% que enfermaron

de neumonía y en la edad se encontró un predominio de niños menores de 5 años. Según el estado nutricional, se encontró unos 13,6% pacientes desnutridos con neumonía. Un 74,5% presentaron condición de hacinamiento. Un 28,2% presento una ventilación de la vivienda no adecuada. Un 70,9% presento hábito de fumar. Según la edad de la madre se observó que un 22,7% eran adolescentes. Según la escolaridad de la madre encontramos un 1,8% de escolaridad no adecuada. Y la asistencia a instituciones infantiles con relación a la neumonía se encontró un 74,5% (36).

ECUADOR. Romo, E (2010). En su trabajo de investigación sobre “Factores de Riesgo de Neumonía en Niños Menores de Cinco Años”, de 155 pacientes que representó el 100%, el 59,4% (92 pacientes) pertenecen al sexo masculino; 54,8% (85 hospitalizados) pertenecen al sector rural; 36,7% (57 pacientes) presentaron desnutrición moderada, debido a que en niños desnutridos la respuesta inmunológica es deficiente; 36,7% (57 niños) dejaron el seno materno luego de los seis meses, propiciando problemas nutricionales; el 34,2% (53 niños) tienen de uno a cinco años de edad; 5,8% (9 pacientes) en el momento del parto se presentó ruptura prematura de membranas, provocando en los niños neumonía neonatal; el 38,7% de los familiares que cuidaban a los niños (60 personas, principalmente la madre) no tienen educación formal, lo que incide en la desnutrición del niño; 63,2% (98 ingresados) viven en hacinamiento, donde el contacto permanente contribuye a la transmisión de enfermedades infecciosas (37).

BOLIVIA. Verduguez, J (2010). En su estudio descriptivo transversal “Conducta de Infecciones Respiratorias Agudas con/sin Neumonías en menores de 5 años del Centro de Salud San Benito”, de 500 niños, 260 (58.8%) eran de sexo masculino y 240 (41.2 %) de sexo femenino, unos 450 (95.3 %) se diagnosticaron como IRA sin neumonía y solamente 25 casos (4.7 %) como IRA con neumonía. Concluyendo la prevalencia de las IRA fue de un 36,4 %; la mitad de los casos de IRA ocurrió en el grupo de los RN a 3 años (38).

NICARAGUA. Vásquez, M (2011). En su investigación “Factores sociales presentes en niños y niñas menores de cinco años con diagnóstico de neumonía en la comunidad”, el mayor número de casos de neumonías se presenta en niños de 3 años. El sexo masculino se presenta como el más afectado con una diferencia bien marcada en relación al sexo femenino. En cuanto al área geográfica de origen, casi la mitad de los casos provienen del área rural, Otro factor agravante es el hecho de cocinar con leña aunque no presenta un factor totalmente significativo. En el caso de los niños que tienen a una persona que fuma dentro del hogar, los riesgos parecen ser no muy significativos, ya que se presentó menor número de pacientes con esta situación (39).

PARAGUAY. Otazú, F (2012). En su estudio “Percepción sobre las infecciones respiratorias Agudas que poseen las madres de niños menores de 5 Años que consultan en el Hospital Distrital de Horqueta”, con respecto a los factores ambientales más frecuentes para contraer la enfermedad respiratoria, el

57% presento cambios climáticos, falta de vacunación y deficiente alimentación, el 23% solo cambios climáticos, el 17% solo falta de vacunación y el 3% solo deficiente alimentación. Deduciendo así, que todos los factores de riesgo mencionados: cambios climáticos, falta de vacunación y deficiente alimentación influyen, sin embargo realizando una suma estadística las más frecuentes para contraer la enfermedad respiratoria, sería los cambios climáticos (40).

ECUADOR, Aveiga, J (2013). En su tesis “Factores de riesgo de neumonía grave en niños menores de cinco años”, de 128 niños el 56.3% presentan un peso bajo y el 4.7% un peso bajo severo siendo el estado nutricional un factor predisponente a padecer neumonía. Existe un predominio del 53,9% de sexo masculino con neumonía, y 66.4% de niños presentaron contacto con personas que padecían infecciones respiratorias (41).

ECUADOR. Araujo, C (2013). En su trabajo de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas frente a signos de alarma en infecciones respiratorias agudas (neumonía) de las madres de los niños menores de 5 años”, el 31,15% no tienen ningún conocimiento de la Neumonía, la dificultad respiratoria fue reconocida en un 77%, la tos en el 59%, las retracciones costales fueron identificadas en un 25 %; la principal práctica frente a las IRA y Neumonía fue la automedicación en un 44,26%, el 26,23% acude al Médico y el 13,11% acude al botiquín o farmacia (42).

AMBITO NACIONAL: se encontraron algunos estudios relacionados a las variables del estudio.

CUSCO. Valcárcel, M (2001). En su estudio “Factores y etiología bacteriana de las neumonías en pacientes pediátricos del Hospital Regional del MINSACUSCO”, de 85 niños menores de 8 años internados en el Servicio de Pediatría de dicho Hospital con diagnóstico de neumonía, el grupo etáreo más afectado fue el de menores de 5 años (92,9%), El sexo más afectado fue el masculino. La bacteria más frecuente aislada como causante de neumonía fue el *S. pneumoniae* (61,3%), seguido del *H. influenzae* (16,1%), *S. aureus* (9,7%) y otros (12,9%) siendo el *S. pneumoniae* la bacteria más frecuente en el grupo etáreo > 28 días a 1 año. El 65,9% de pacientes con neumonía procedieron del área urbana. 65,9% tuvieron algún tipo de desnutrición. (43).

IQUITOS. Reategui, Y (2002). En su investigación “Factores de riesgo asociado a neumopatía aguda en pacientes pediátricos en el Hospital Regional De Loreto y Hospital Apoyo Iquitos”, entre los factores más predominantes figuran el bajo nivel de vida (38. 85%), seguido del hacinamiento (8.28 %), mientras que el estado nutricional normal y la ausencia de amamantamiento son poco relevantes en la neumonía aguda (44).

AREQUIPA. Cárdenas, M (2008). En su estudio “Estado nutricional y riesgo de muerte por neumonía del lactante menor hospitalizado”, encontro que de 25 lactantes menores desnutridos hospitalizados por neumonía, murieron 4 (16 %) de

los 25 lactantes desnutridos, el 60 % fue de tipo agudo, el 12 % crónica y el 28 % crónica y aguda (45).

PUNO. Carrasco, J (2009). En su estudio “Determinantes socioculturales asociados a la neumonía”, los determinantes asociados a la neumonía son: la falta de liderazgo y coordinación de los trabajadores de salud en la atención de los pacientes con neumonía, las demoras en la atención y en los pagos por los servicios de salud, la influencia de la suegra quien decide qué hacer con los niños con neumonía, los padres que automedican a los niños, y la demora en acudir al hospital (46).

LIMA. Martínez, R (2010). En su trabajo de investigación “Factores de riesgo para mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad en niños hospitalizados menores de cinco años”, encontró que los factores de riesgo son: el antecedente de bajo peso al nacer ($p=0,04$; OR: 2,79), la falta de alimentación durante el tiempo de enfermedad ($p<0,001$; OR: 6,2), la saturación de oxígeno ($p=0,01$; OR: 2,52) y la severidad de la neumonía ($p<0,001$) (47).

CUSCO. Terrones, M (2010). En su estudio “Características clínico-epidemiológicas de pacientes menores de 5 años con neumonía complicada” un 56.5% de los niños fueron de sexo masculino, el 47.8% pertenecían al grupo etario de 24 a 60 meses. La neumonía necrotizante fue la complicación más frecuente con

un 56.5%, seguida del empiema con un 26.1%. Según el estado nutricional, un 60.9 % presentaron un estado nutricional normal y 30.4 % desnutrición leve (48).

PUNO. Padilla, J (2010). En su estudio “Perfil etiológico de la neumonía adquirida en la comunidad en niños de 2 a 59 meses en dos zonas ecológicamente distintas del Perú”, de 193 niños con diagnóstico clínico y confirmación radiológica de neumonía, el 55% de las infecciones fueron virales, el 21% bacterianas y el 12% co-infección viral y bacteriana. Los agentes más frecuentemente identificados fueron virus sincicial respiratorio (38,3% del total y 69,8% entre las neumonías virales) y *S. pneumoniae* (18,6% del total y 90% de las neumonías bacterianas) (49).

ICA. Chávez, M (2011). En su investigación “Caracterización clínica de una población pediátrica con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad”, indicó que el 43% de los niños presentaron NAC y los más afectados fueron los menores de 2 años (62%). Las características clínicas más prevalentes fueron la tos productiva, hiporexia, murmullo vesicular y los infiltrados pulmonares. Los padres fumadores y el bajo peso al nacer fueron los factores de riesgo que más prevalecieron en este estudio (50).

LIMA. Sillau, J (2012). En su estudio “Factores de riesgo de neumonías en niños menores de 5 años”, el 50% de las muertes se producen en niños menores de 6 meses, siendo los factores responsables: Inmadurez inmunológica, bajo peso al

nacer, nacimientos prematuros, destete prematuro; y en los factores de riesgos ambientales más frecuentes fueron: exposición al humo y al tabaco, contaminación doméstica, exposición al frío y la humedad; concluyendo que las muertes por neumonía aumentan considerablemente durante los meses de invierno (51).

CHICLAYO. Vera, O (2012). En su estudio “Evaluación del Estado Nutricional en pacientes con neumonía menores de cinco años atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo”, siendo la muestra un total de 52 pacientes, reportó que 65,4% son de sexo masculino, 32,7% tenía entre 13 a 24 meses de edad, 38,5% no recibió lactancia materna exclusiva, y 53,2% presento delgadez severa al ingreso. Concluyendo en que el estado nutricional está íntimamente relacionado con neumonía y con mayor grado de severidad de los síntomas (52).

LIMA. Canelo, D (2014). En su trabajo de investigación “Perfil Clínico y epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad de pacientes hospitalizados por el servicio de emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño”, el 90.9 % de los casos de neumonía se presentó en niños menores de 5 años, con una edad promedio de 1.99 ± 2.54 años, predominando el sexo masculino con el 54.8%, siendo más frecuente durante los meses de invierno (33.6 %) y otoño (27.5 %). El 61.2 % fueron eutróficos. El 65.4 % de los pacientes había recibido vacunación contra H. Influenzae y el 44.7 % contra neumococo. El 52.1 % del de

los pacientes había recibido al menos una dosis de antibiótico previo a su ingreso al estudio (54).

AMBITO LOCAL:

Solo se ha encontrado la siguiente investigación:

NUEVO CHIMBOTE. Ángeles, A (2012). En su estudio “Prácticas Preventivas de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 2 años y Factores Sociales Maternos” cuya muestra estuvo constituida por 50 madres, un 80% presentaron adecuadas prácticas preventivas de Infecciones Respiratorias Agudas, 80% de las madres tienen entre 20 y 35 años, el 90% procedían de la Costa, 58% tienen grado de instrucción secundaria y el 74% tiene 2 a 3 hijos. Concluyendo que existe asociación significativa entre las prácticas preventivas con los factores sociales maternos: grado de instrucción y número de hijos; mientras que no existe asociación estadística con los factores sociales maternos: edad y procedencia (55).

La infección respiratoria es la afección más común en los seres humanos y se le atribuyen alrededor de 4 millones de las muertes ocurridas en la infancia, de las cuales 1,9 millones suceden en los menores de cinco años. La gran mayoría de estas muertes atribuibles a la infección respiratoria Aguda son causadas por neumonía; el resto, por bronquiolitis (56).

Dentro de las infecciones respiratorias agudas del tracto respiratorio inferior, la neumonía tiene gran connotación por su incidencia, gravedad potencial y elevada mortalidad, por el consumo de recursos que implica y los cambios epidemiológicos de los microorganismos causantes, junto a la creciente resistencia bacteriana a los antimicrobianos (57).

En Perú cada año incrementa la tasa de madres adolescentes, aumentando la deserción escolar para asumir nuevas responsabilidades tales como el cuidado del niño y en algunos casos trabajar para cubrir sus necesidades, las cuales no siempre son satisfechas por el nivel de pobreza que presentan, favoreciendo el grado de desnutrición siendo de mayor riesgo los niños menores de cinco años, estos antecedentes maternos sumados con déficit de conocimientos respecto a la neumonía, conlleva a una mayor probabilidad de que el niño presente un episodio de neumonía (bid).

Por su parte el mismo estado de salud del niño menor de cinco años y sus antecedentes biológicos expone al niño a padecer de esta infección, por ejemplo un niño pretérmino o con bajo peso al nacer, o que haya recibido lactancia artificial, con vacunas incompletas, y que constantemente este expuesto a algún tipo de factor de riesgo ambiental como al humo (57).

La neumonía ocasiona en niños menores de cinco años alta morbilidad, mortalidad y letalidad en los países en vías de desarrollo. Las razones por las cuales

se presenta esto son las diferencias en la población menor de 5 años, prevalencia de agentes infecciosos, factores socioeconómicos, acceso y calidad de los servicios de salud, y condiciones ambientales y nutricionales. Es muy posible, además, que la verdadera mortalidad causada por neumonía esté subestimada, por fallecimientos en el hogar, sin diagnóstico médico (57).

La alta incidencia de enfermedades respiratorias agudas en niños menores de 5 años en Chimbote, y conocer que la neumonía es la primera causa de mortalidad infantil en el Perú, es por lo que nos motivó en la realización de este estudio de investigación con el objeto de conocer los antecedentes que influyen en la aparición de esta enfermedad y así poder adoptar medidas de promoción y prevención de salud para mejorar la calidad de vida de la población infantil. También durante nuestras prácticas pre profesionales en los servicios de pediatría en el Hospital de Apoyo La Caleta y el Hospital Eleazar Guzmán Barrón es que, surge el interés por querer conocer aquellos antecedentes maternos y del niño menor de cinco años relacionado a la neumonía, ya que esta enfermedad es una de las principales causas de hospitalización, y ocasiona una alteración de la dinámica familiar por el estrés que presentan sus padres por la salud de su niña (o).

Siendo el propósito plantear y ejecutar alternativas de solución que ayuden por lo menos a una parte de nuestra población, y esperamos que se puedan extender para mejorar la salud infantil en nuestra localidad.

Por todo lo anteriormente expuesto se formula el siguiente problema:

¿Cuáles son los Antecedentes Maternos y del Niño menor de 5 años relacionado a la Neumonía. Hospital La Caleta. Chimbote, 2015.

1.1. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Conocer los Antecedentes Maternos y del Niño menor de 5 años relacionado a la Neumonía. Hospital La Caleta. Chimbote, 2015.

Objetivos Específicos:

- ❖ Identificar los antecedentes maternos y del niño menor de 5 años. Hospital La Caleta. Chimbote, 2015.

- ❖ Identificar el tipo de neumonía del niño menor de 5 años. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2015.

- ❖ Determinar los antecedentes maternos y del niño menor de 5 años relacionado al tipo de Neumonía. Hospital La Caleta. Chimbote, 2015.

1.2. HIPÓTESIS:

Implícita

El presente trabajo de investigación es importante porque nos permite conocer diversos factores de riesgo que influyen en la incidencia o reincidencia de la neumonía en niños menores de 5 años, el mismo que permitirá plantear nuevas estrategias que contribuyan a modificar este problema. En la carrera profesional de enfermería los resultados permitirán ampliar sus conocimientos y trabajar con un enfoque preventivo – promocional de esta enfermedad.

Es importante porque brinda un aporte social. Para tomar acciones en salud nos basamos en datos de investigaciones realizados en otros lugares, con este estudio se dispondrá de datos locales y de la realidad de nuestra población que contribuirá para tomar acciones que ayuden a disminuir la prevalencia de neumonía.

Los beneficiarios de este trabajo serán los niños menores de cinco años y sus familias, así como la comunidad en general y el estado pues una población más saludable repercute en menor inversión en salud y más apoyo a otra dependencia como educación.

Esta investigación permitirá al profesional de enfermería enriquecerse de datos actuales y reales en la población en relación a los antecedentes que influyen en la población infantil menor de 5 años, el cual servirá de base y sustento para futuros Programas preventivos, proyectos y otros estudios a fin de mejorar la salud infantil.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el Enfoque de Riesgo el cual conforme a su definición como categoría por la OMS es el método clínico-epidemiológico de abordaje del riesgo y la condición de riesgo individual o colectiva, mediante el cual los servicios de salud pública planifican y ejecutan las acciones pertinente para modificarlos o eliminarlos en las personas, familias y comunidades (58).

El **enfoque de riesgo** es un método que se emplea para medir la necesidad por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran, es un enfoque no igualitario; discrimina a favor de quienes tienen necesidad de atención (Ibíd.).

El concepto de riesgo está indisolublemente vinculado a un daño específico. Por lo tanto deberá definirse claramente cuál es el daño al que se hace referencia (mortalidad infantil, neonatal, perinatal, bajo peso al nacer, morbilidad materna, etc.). En función de ese daño se analizaran cuáles son los factores que se asocian, es importante destacar que el concepto de riesgo es probabilístico (59).

Riesgo, implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de

vida, la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se produzca. Se ha constatado, por ejemplo, que el riesgo de tener un accidente es distinto para individuos y grupos de individuos de una población determinada (59).

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño - prevención primaria; modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación prevención secundaria. La prevención primordial se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la prevención terciaria se dirige a quienes ya presentan una enfermedad e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación (Ibíd.).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas (60).

El concepto de riesgo se relacionó particularmente con los resultados conducentes a la morbilidad y la mortalidad. Un factor de riesgo puede ser un eslabón en la cadena que lleva a la enfermedad o daño, como también puede ser un indicador de la presencia de ese eslabón, La utilidad de estos factores es que son observables o identificables antes de que se produzca el hecho que predicen (60).

Por otro lado, el enfoque de riesgo conduce a la identificación de los factores protectores, entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, de las conductas conducentes a él, por lo que disminuye la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño (61).

Es importante destacar que la situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro período. Esto se debe a que logros del desarrollo personal como son la adquisición de capacidades biológicas, psicológicas y recursos sociales influirán tanto como las condiciones del entorno de acuerdo al grado en que sean protectoras, peligrosas, incapacitantes, capacitantes. Su interacción con las potencialidades y destrezas personales determinará en buena medida la vulnerabilidad del individuo o grupo. Por lo tanto, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación a los procesos de maduración, las condiciones de protección y los recursos personales para efectuar ajustes o integraciones transformadoras de la situación (Ibíd.).

Además, los daños biológicos o psicosociales que un individuo experimente, pueden no hacerse evidentes en el momento mismo de las condiciones de riesgo: situaciones de la

niñez afectarán aspectos que se presentan en la fase juvenil o vulnerabilidades sufridas en el período adolescente pueden influir negativamente la fase adulta (62).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a fijar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas (ibíd.).

El enfoque de riesgo tiene los siguientes componentes: Riesgo, Factor (factor de riesgo o factor protector), Vulnerabilidad y Probabilidad (factor de daño o beneficio) (63).

Riesgo, es una medida que refleja la probabilidad que una o más características o factores contribuyan a que se produzca un hecho, daños o incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud. Se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (ibíd.).

También se define como el conjunto de condiciones anormales que pudieran producir un efecto dañino sobre el individuo o colectividad y generar daños de diferente magnitud en correspondencia con la exposición a uno o varios agentes. Es necesario tener bien claro que el riesgo es la situación o circunstancia anormal y la exposición prolongada al mismo es el factor de riesgo (63).

Factor, es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades. Para aludir a factores positivamente asociados con el riesgo de desarrollo de una enfermedad pero no suficiente para causarla, se utiliza la expresión “Factor de riesgo”, y cuando no conduce a un daño o enfermedad se denomina “Factor protector” (ibíd.).

Un **factor de riesgo** es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o un grupo de personas que se ve asociada con un incremento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido, en tanto que otros autores los definen como: “Característica o factor que se ha observado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. Un factor de riesgo no implica necesariamente una relación de causalidad”. Lo importante de los factores de riesgo es que se pueden observar e identificar antes de que ocurra el hecho (64).

La **edad materna**, determina características fisiológicas y psicológicas para cada etapa de la vida, así tenemos que la edad es un factor ligado a la vida de los niños, ya que las madres más jóvenes no siempre están identificadas con su rol y aún no están capacitadas para la crianza de su hijo, por ello determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo, y las madres adultas cuya edad cronológica refleja maduración emocional más estable, asumen su papel con suficiente satisfacción y aceptación participando en actividades que están dirigidas a lograr un óptimo estado de salud del niño, toman conciencia de sus responsabilidades que los permite adoptar mejores actitudes y decisiones firmes en la práctica preventiva de la salud de su hijo (65).

La **edad materna** en cierta forma guarda relación con el grado de tolerancia y responsabilidad en cuanto al cuidado del menor de 5 años y por ende la posibilidad de prevenir ciertas enfermedades; la madre cuya edad es mayor de 35 años presenta un cambio en su estado emocional debido a que ha esta edad empieza el descenso de algunas hormonas femeninas, por ello el cuidado que prestan estas a sus niños muchas veces es inadecuado por la irritabilidad que presentan, conllevándolas a tener escasa o nula atención respecto a la salud de sus niños, no detectando a tiempo signos de alarma de enfermedades que podrían causar la muerte como es el caso de la neumonía (ibid).

El **Ingreso económico**, es un factor determinante dentro del estado de salud del niño menor de cinco años, las ganancias del padre o madre de familia pueden influir de alguna manera en la salud del niño puesto que un ingreso adecuado podría proporcionar una mejor alimentación, mantener una buena calidad de vida que favorecería el estado de salud del niño (66).

El nivel socioeconómico familiar, puede influir en el padecimiento de neumonías en los menores de 5 años debido a las necesidades fisiológicas insatisfechas tales como: la alimentación que predispone al menor a padecer de desnutrición provocando en él un descenso de defensas inmunológicas exponiéndolo a enfermedades como la neumonía. Cabe indicar que, de acuerdo con el INEI, la línea de pobreza en nuestro país está en torno a los 260 soles mensuales por persona, por ello las necesidades nutricionales en el hogar se tornan un problema, más aun si hay niños de 6 meses de vida que empiezan con alimentación complementaria, padeciendo estos últimos de desnutrición, los cuales tienen mayor probabilidad de contraer infecciones respiratorias (ibíd.).

Una familia con un ingreso económico menor a la canasta básica hace uso de materiales tóxicos (leña, carbón, briqueta) para realizar actividades como cocinar, contaminando el ambiente del menor, a esto se suma las condiciones del hogar que muchas veces son hogares hacinados los cuales predisponen al niño de contraer infecciones respiratorias como la neumonía (67).

El **grado de instrucción** de la madre influye en la salud del niño, ya que al tener mejor escolaridad tienen mayor acceso a fuentes de información, amplía conocimientos, enriquece su cultura, modifica hábitos y creencias erróneas, mejorando su nivel de vida; aquellas con mayor nivel de educación lo llevan oportunamente a la consulta y siguen indicaciones terapéuticas, de modo que logrando mejorar la educación influiría en menor incidencia la patología (68).

El nivel de conocimiento materno es el factor que más influencia tiene sobre la morbimortalidad infantil, si es deficiente induce a tomar decisiones o conductas inapropiadas llevando a soluciones tardías, pudiendo conducir a serias complicaciones e incluso la muerte del menor (69).

La educación materna reduce los factores que ponen a los niños en riesgo de morir de neumonía, como por ejemplo la omisión de la vacunación contra el sarampión en los 12 primeros meses de vida, la mal nutrición y la insuficiencia ponderal al nacer (70).

Por lo tanto, el conocimiento es un aspecto vital en el ser humano, que sirve como base para seleccionar datos importantes que le permita a la madre tomar decisiones de manera consciente, responsable y oportuna así mismo las nuevas informaciones le ayudan a modificar el aspecto cognitivo lo que se refleja en un cambio de actitud, de esta forma la calidad de conocimientos puede convertirse en un elemento clave para la realización de prácticas sanitarias adecuadas (ibíd.).

El riesgo que tienen los niños de contraer neumonía es más elevado cuando viven en lugares poco ventilados y cuando sus familias utilizan cocinas tradicionales con combustible sólido, que generan humo y partículas finas nocivas. Los niños son más propensos a enfermarse por tener el sistema inmune inmaduro a esto se suma el hecho de vivir en zonas rurales, ya que muchas familias que viven en estos lugares no poseen todos los servicios básicos para vivir, algunos no cuentan con agua, desagüe, luz, o viven muy alejados de postas médicas o centros de salud (71).

La **residencia materna**, el vivir en zonas rurales trae consigo muchas veces el no tener servicios básicos, principalmente agua potable, por lo que las personas optan por comprar agua almacenadas de las que no se sabe si serán limpias y aptas para beber, más aun cuando la condiciones de limpieza en el hogar no son las adecuadas, estas aumentan la vulnerabilidad del niño a padecer de enfermedades respiratorias (72).

El Conocimiento sobre neumonía, también puede influir en incidencia de neumonía en el niño menor de 5 años puesto que el conocimiento sobre alguna enfermedad

específica podría dar al cuidador mayor seguridad y determinación sobre acciones favorecedoras de salud, a fin de actuar de la forma correcta y en el tiempo indicado para disminuir el riesgo a complicaciones, ante ello un mayor conocimiento de la madre o cuidador sobre neumonías se convierte en un factor protector del niño (73).

La edad del niño, a pesar de que los niños tienen un sistema celular inmunológico completo en el nacimiento y se detectan anticuerpos en mucosas tras el primer mes de vida en el 97% de la población normal, dicho sistema madura gradualmente durante el primer año de vida. Los recién nacidos tienen la función inmune B incompleta, deficiencias en la presentación antigénica por células dendríticas y una limitada proliferación de linfocitos T. Los valores de células T en bazo son 1000 veces más bajos que en adultos, poco después del nacimiento, lo que expone a los niños menores de 6 meses mayor riesgo a contraer alguna infección (74).

La edad gestacional, puede constituirse un factor de riesgo puesto que entre menos semanas de gestación tiene un bebé al momento de nacer, es mucho más “inmaduro” sus órganos y sistemas (respiración, control de su temperatura, digestión, metabolismo, mecanismos de defensa, sistema nervioso central, todos sus sentidos: Vista, tacto, gusto, oído y olfato). Esta inmadurez lo hace mucho más vulnerable a enfermedades de todo tipo. El RN pretérmino es más sensible a todos los agentes bacterianos y virales (75).

El peso al nacer, como antecedente del menor puede constituirse un factor de riesgo para la incidencia de enfermedades respiratoria como la neumonía, debido a que el RN con bajo peso no posee una reserva adecuada para suplir necesidades metabólicas para el desarrollo de sus sistemas, pudiendo estar en mayor riesgo de padecer alguna enfermedad infecciosa (76).

Lactancia, la leche materna juega un papel importante en el sistema inmunitario del niño en todas las edades, aunque es especialmente importante en el lactante menor porque su sistema inmunitario aún se entra en desarrollo, por ello a través de la lactancia materna el lactante recibe inmunidad pasiva porque contiene factores bioactivos que lo protegen de infecciones. Las tres proteínas que se encuentran en altas concentraciones en la leche materna y que tienen beneficios inmunológicos son: la inmunoglobulina A secretoria (anticuerpo IgA), la lactoferrina y la lisozima. La IgA previene que se adhieran las bacterias a las paredes de las vías respiratorias del bebé o a las vías gastrointestinales, impidiendo así infecciones (77).

Las vacunas, Según TREGNAGHI, sostiene que los niños pasan durante la infancia una serie de infecciones que se contagian de unos a otros. Algunas de ellas son generalmente leves e inevitables, como los catarros comunes, procesos respiratorios virales, diarrea, etc. En cambio, hay otras infecciones que pueden ser graves o tener complicaciones severas y que, pueden evitarse gracias a las vacunas. El niño vacunado adquiere inmunidad activa frente a los agentes infecciosos contenidos en las vacunas,

causando una respuesta de protección, por lo tanto un niño vacunado con vacunado presenta menor riesgo a enfermar (78).

El estado nutricional es considerado uno de los principales componentes para alcanzar una salud óptima y garantizar una buena calidad de vida, es el factor que más influye en el crecimiento y desarrollo del infante, por lo que al hacerse deficiente se produce un retardo y detención del crecimiento y la maduración del niño, provocando que este se enferme con mayor facilidad. Durante una desnutrición severa, hay mayor susceptibilidad del niño a contraer enfermedades infecto-contagiosas debido a su sistema inmunológico precario (79).

El **Sexo** masculino del niño es un factor de riesgo, puesto que ellos están más predispuestos a padecer de muchas infecciones siendo las respiratorias y gastrointestinales las más frecuentes, donde mientras más corta sea la edad al nacer mayor vulnerabilidad tiene el niño, ya que durante la etapa fetal el sexo femenino presenta mayor desarrollo de sus órganos, sumados con factores genéticos que poseen los de sexo masculino aumenta la probabilidad de riesgo (80).

Por su parte entre los factores ambientales que aumentan la susceptibilidad a enfermar de neumonía son: la contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa (leña o excrementos) como combustible para cocinar o calentar el hogar, el vivir en hogares hacinados, el mayor contacto interhumano que contribuye a la transmisión de infecciones mediante gotas de secreciones, la presencia de 3 o más niños menores de 5

años en la vivienda o la concurrencia a guarderías se asocia a un incremento de 2,5 veces en la mortalidad por neumonía y el consumo de tabaco por los padres (81).

La **Exposición al humo**, se considera un factor de riesgo en la incidencia de enfermedades respiratorias pues provoca la contaminación del aire dado que liberan elementos nocivos para la salud, tales como pequeñas partículas de hollín que se penetran profundamente en los pulmones. En viviendas mal ventiladas el humo puede producir concentraciones de pequeñas partículas 100 veces superiores a las aceptables. La exposición a la contaminación del aire de interior de la vivienda el riesgo de neumonía en la niñez. Más de la mitad de las defunciones de niños menores de cinco años causadas por infección aguda de las vías respiratorias inferiores se deben a la inhalación de partículas del aire contaminado por combustibles sólidos (ibíd.).

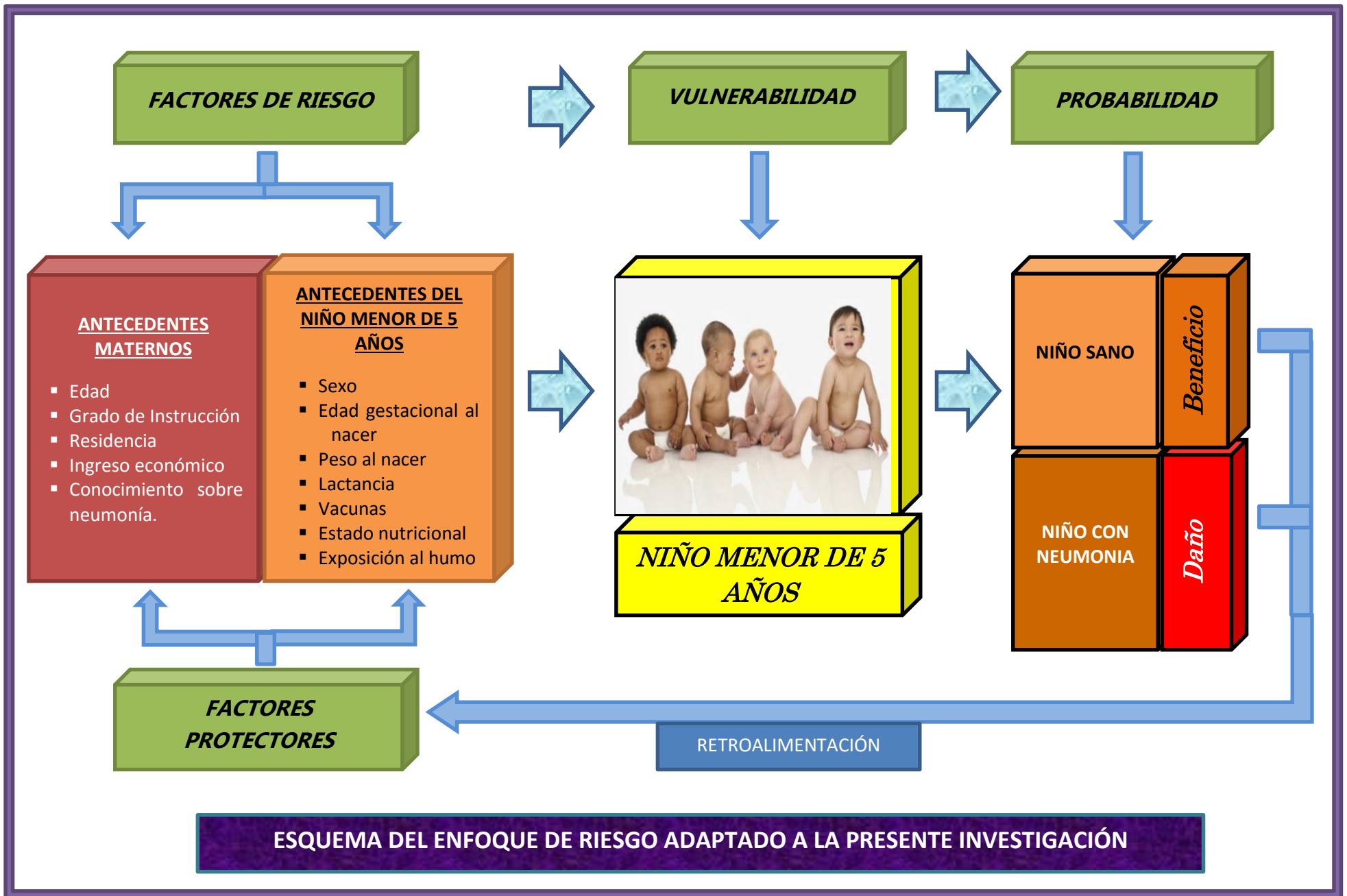
La **vulnerabilidad**, es la medida de la susceptibilidad o predisposición intrínseca o extrínseca de una persona o un grupo a sufrir un daño a su salud y tener dificultad para recuperarse de ello; siendo las mujeres y los niños el grupo más vulnerable, dependiendo de las condiciones socioeconómicas por las cuales atraviesan. Para efecto de la presente investigación se considera al neonato (82).

Probabilidad, es el componente resultado del enfoque de riesgo que se expresa en daño o beneficio (ibid).

Daño, es el resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide el riesgo. La prevención del daño centra su atención en reducir la vulnerabilidad e

identificar los factores de mayor riesgo y evaluarlos. En tal sentido la probabilidad de daño para efecto de nuestra investigación lo constituye el riesgo de que el niño padezca de Neumonía. Para evitar el daño tendríamos que conocer los diversos factores de riesgo: Materno y del niño menor de cinco años (82).

Beneficio está relacionado a características o factores que actúan como protectores. La probabilidad de beneficio para efectos de la investigación lo constituye el estado de salud del niño menor de cinco años (ibíd.).



III. METODOLÓGIA

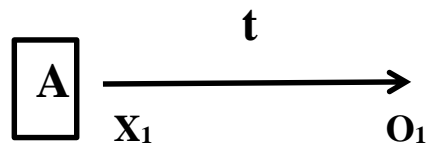
3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

- **DESCRIPTIVO:** porque describe las variables, antecedentes maternos y del niño menor de 5 años.
- **CORRELACIONAL:** porque verifica si existe una relación determinada entre los antecedentes maternos y del niño menor de 5 años con el tipo de neumonía.
- **TRANSVERSAL:** porque las variables se medirán una sola vez en un determinado periodo.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo correlacional, porque pretende establecer la relación existente entre los antecedentes maternos y del niño menor de 5 años con la neumonía. Es de corte transversal por que se obtuvo la información en un determinado momento.



- A : Madres y sus niños menores de 5 años con neumonía
X₁ : Antecedentes maternos y del niño menor de 5 años.
O₁ : Diagnóstico de neumonía.
T : Año 2015.

3.3. POBLACIÓN:

La población estuvo conformada por niños menores de cinco años que se encontraron hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital La Caleta con diagnóstico de Neumonía y sus madres durante los meses de Setiembre – Noviembre, N= 29.

a) Diseño muestral:

Estuvo conformado por todos los niños menores de cinco años con neumonía que estuvieron hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital La Caleta, durante los meses de Setiembre, Octubre y Noviembre del 2015, n = 29.

b) Unidad de análisis:

Madre y Niño menor de 5 años con neumonía que cumplan con los criterios de inclusión.

c) Universo muestral:

Todos los niños menores de 5 años con neumonía y sus madres que cumplan con los criterios de inclusión.

d) Criterio de inclusión:

- Niño menor de 5 años con diagnóstico confirmado de neumonía Hospitalizado en el servicio de Pediatría.
- Niños menores de 5 años sin alteraciones de retado mentales.

- Niños menores de 5 años y sus madres que acepten participar en el estudio.
- Madres que sepan o no, leer y escribir.

e) Principios Éticos:

Se dió cumplimiento a los principios éticos como la autonomía, Beneficencia, no maleficencia y justicia, respetando la integridad de las madres.

- 1. AUTONOMIA:** Este concepto se está abriendo paso en nuestro entorno cultural, con muchas implicaciones referentes a la capacidad de tomar decisiones de las personas.
- 2. BENEFICIENCIA Y NO MALEFICENCIA:** Es la búsqueda de bienestar de las personas que participan en la investigación, evitando acciones que puedan causar daño, disminuyendo los posibles aspectos adversos y maximizando los beneficios.
- 3. JUSTICIA:** Comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobiótica justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.

4. **INTEGRIDAD CIENTÍFICA:** es la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven en base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados.

5. **ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD:** privacidad de la identificación de la persona, garantizar que la información es accesible solamente para aquellos autorizados en la investigación.

6. **RESPONSABILIDAD:** el investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la decisión de su investigación implica para los participantes y para la sociedad en general.

3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

ANTECEDENTES MATERNOS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños (83).

❖ EDAD:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo de existencia de la madre en años desde su nacimiento hasta la actualidad (84).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: se medirá en escala ordinal.

- Menor de 19 años.
- De 20 a 35 años
- Mayor de 35 años.

❖ GRADO DE INSTRUCCIÓN:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Nivel de estudios más alto alcanzado por la madre, hasta la actualidad (85).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se medirá en escala nominal.

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior

❖ **RESIDENCIA:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Lugar o localidad donde habita permanentemente la madre del menor de 5 años (86).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: mediante la escala nominal.

- Urbano.
- Urbano Marginal
- Rural.

❖ **INGRESO ECONOMICO:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Ingresos económicos con los que cuenta una familia, incluye el sueldo, salario, de todos aquellos miembros que trabajan y perciben un sueldo (87).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante la escala nominal.

- Menos del mínimo vital.
- Mínimo vital.
- Más del mínimo vital.

❖ **CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Dominio de determinados conocimientos que tienen las madres con el propósito de desarrollar prácticas y estilos de vida saludable en la prevención de neumonía (88).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: mediante escala nominal.

- Bajo.
- Medio.
- Alto.

ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS.

❖ EDAD:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la actualidad (89).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante escala ordinal.

- Menor de 6 meses
- 6 meses a 2 años
- 2 a 5 años.

❖ SEXO:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas del niño menor de 5 años, que los definen como hombre o mujer (90).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante la escala nominal.

- Masculino.
- Femenino.

❖ **EDAD GESTACIONAL AL NACER:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Semanas comprendidas entre el primer día del último periodo menstrual y la fecha de nacimiento (91).

DEFINICION OPERACIONAL: Mediante escala nominal.

- Pretérmino.
- A término.
- Postérmino.

❖ **PESO AL NACER:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: primera medida del peso del producto de la concepción (feto o recién nacido), hecha después del nacimiento (92).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante escala nominal.

- De bajo peso.
- Normal.
- Macrosómico

❖ **LACTANCIA:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: es la alimentación con leche del seno materno, es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños (93).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: mediante la escala nominal.

- Lactancia Materna exclusiva.
- Lactancia mixta
- Lactancia artificial.

❖ **VACUNAS**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos (94).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: mediante la escala nominal.

- Completas.
- Incompletas

❖ **ESTADO NUTRICIONAL.**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes (95).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: mediante la escala nominal.

- Desnutrición
- Normal
- Sobrepeso

❖ **EXPOSICIÓN AL HUMO**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: inhalación de sustancias dañinas que pueden producir algún daño a la persona expuesta (96).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: mediante la escala nominal

- Leña
- Tabaco.
- Ninguno

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

TIPO DE NEUMONIA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones en niños menores de 5 años (97).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante escala nominal:

- Bacteriana.
- Viral.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos se obtuvieron a través de la técnica de la encuesta a las madres de hijos que cumplan con los criterios de inclusión. Se empleó los siguientes instrumentos:

a) Cuestionario sobre antecedentes maternos (ANEXO N° 01):

Consta de 5 ítems que responde a los Antecedentes Maternos: Edad, Grado de instrucción, Residencia, Ingresos Económicos y Conocimientos sobre Neumonía, este último se respondió a través del Cuestionario “Conocimientos sobre Neumonía” (Anexo 1-A), el cual consta de 10 interrogantes teniendo cada uno de ellos un puntaje de 2 puntos los que nos permitirán categorizarlo por puntajes en: bajo (0-8 puntos), medio (10 – 14 puntos) y alto (16 - 20 puntos).

b) Cuestionario sobre antecedentes del niño menor de 5 años con neumonía (ANEXO N° 02):

Comprende 8 ítems que responden a los Antecedentes del Niño menor de 5 años: Edad, sexo, edad gestacional al nacer, peso al nacer, lactancia, vacunas, estado nutricional y exposición al humo.

c) Tipo de Neumonía (Anexo N° 03):

Especifica el agente causal de la neumonía en el niño menor de 5 años clasificándolo en Bacteriana y Viral.

3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD:

Para medir la validez de los instrumentos se realizó a través de juicio de expertos y para medir la confiabilidad se utilizó el método de coeficiente de Alfa de Crombach y el coeficiente de Spearman Brown, obteniendo un valor de 0.85 en los Instrumentos sobre Antecedentes Maternos y del Niño menor de 5 años con neumonía y un valor de 0.82 el Cuestionario de Conocimientos sobre neumonía.

3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital La Caleta a través de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, luego se coordinó con la enfermera Jefe del Servicio de Pediatría. Se identificó a los niños con sus madres que cumplieron con los criterios de inclusión. Se le informó a la madre que los datos brindados serán anónimos y se le presentó la ficha de Consentimiento Informado (Anexo N° 04).

Una vez seleccionadas las participantes, los autores de esta investigación prosiguieron a entregar los cuestionarios de antecedentes maternos y del niño menor de cinco años, a fin de que las participantes seleccionen la respuesta correcta, terminada la encuesta se pasó a verificar que todos estén contestadas.

En el caso de madres analfabetas se pasó a leer los cuestionarios con un lenguaje sencillo y fácil de comprensión, a fin de que seleccione la respuesta correcta.

Finalmente se revisó las historias clínicas de los niños con el objetivo de identificar el tipo de neumonía con las que han sido diagnosticadas.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados mediante el software especializado en estadísticas y epidemiología EPIINFO, en los niveles descriptivos y analíticos.

- Nivel Descriptivo: Se considera tablas unidimensionales y bidimensionales, frecuencia simple y porcentual
- Nivel analítico: Se aplica la prueba estadísticas de independencia de criterios chií cuadrado (χ^2) con un 5% de la significancia y un 95% de confiabilidad.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01: ANTECEDENTES MATERNOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

ANTECEDENTES MATERNOS	<i>fi</i>	<i>Hi</i>
▪ EDAD		
Menor de 19 años	16	55.2
De 20 a 35 años	10	34.5
Mayor de 35 años	3	10.3
▪ GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	4	13.8
Primaria	21	72.4
Secundaria	2	6.9
Superior	2	6.9
▪ RESIDENCIA		
Rural	19	65.5
Urbano Marginal	7	24.1
Urbano	3	10.3
▪ INGRESO ECONÓMICO		
Menos del mínimo vital	17	65.5
Mínimo Vital	10	24.1
Más del mínimo vital	2	10.3
▪ CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA		
Bajo	17	58.6
Medio	10	34.5
Alto	2	6.9
TOTAL	29	100.0

Fuente: Madres de niños menores de 5 años con neumonía. Servicio Pediatría.
H.L.C.

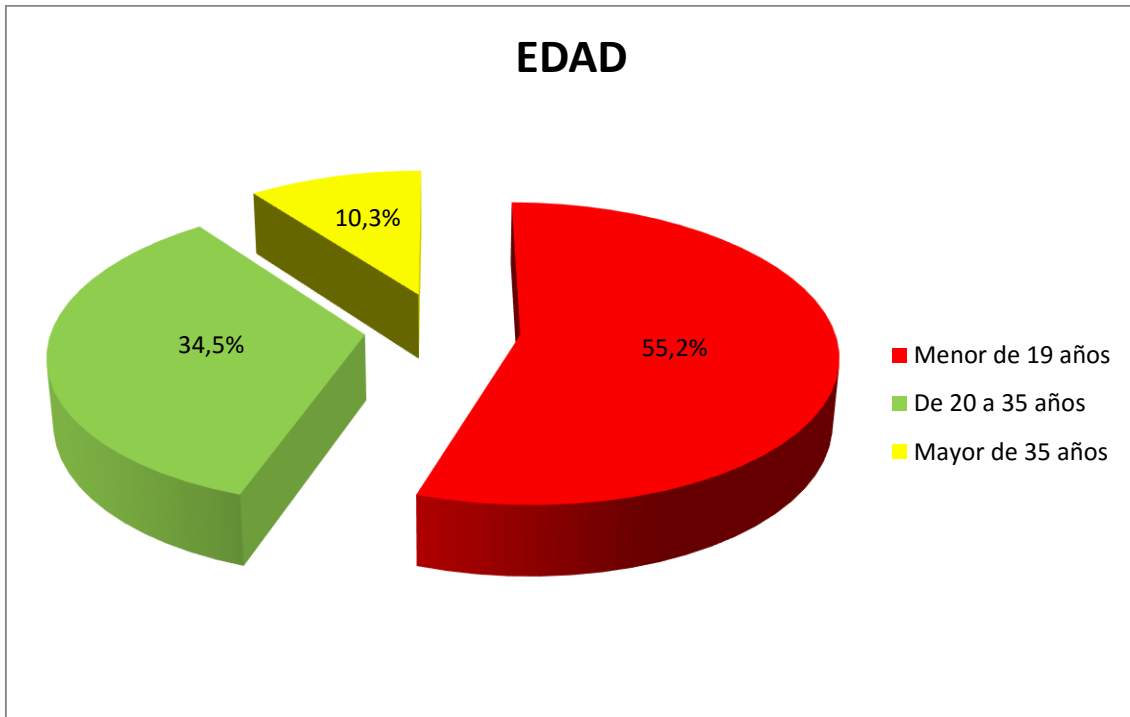


GRÁFICO N° 01: ANTECEDENTES MATERNOS: EDAD. HOSPITAL LA CALETA.
CHIMBOTE, 2015.

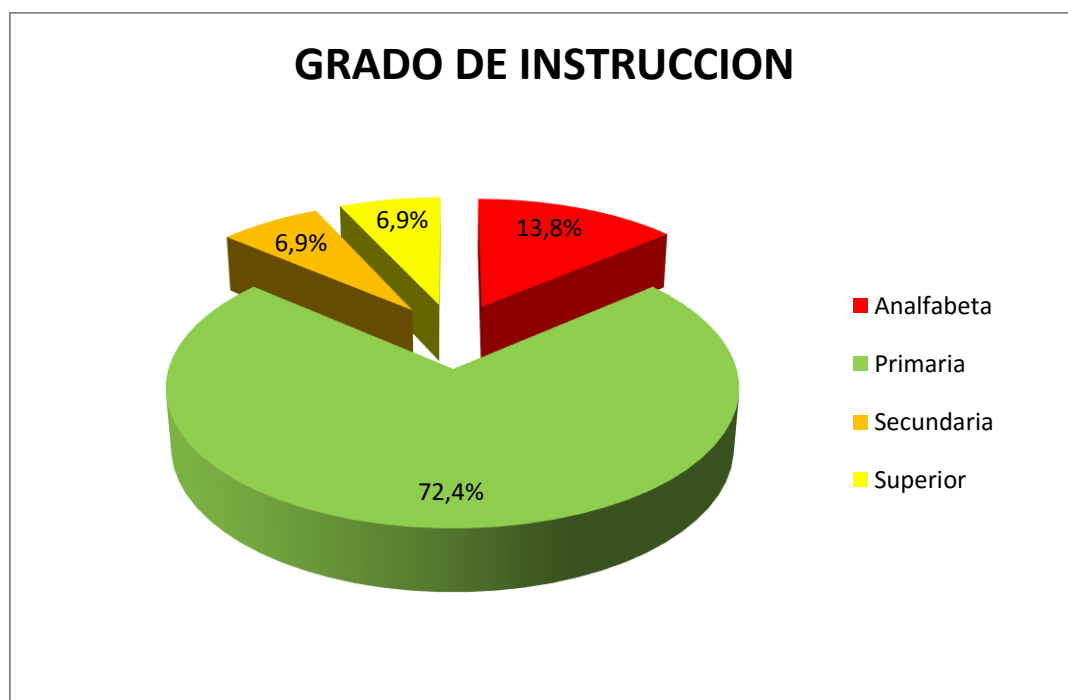


GRÁFICO N° 02: ANTECEDENTES MATERNOS: GRADO DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

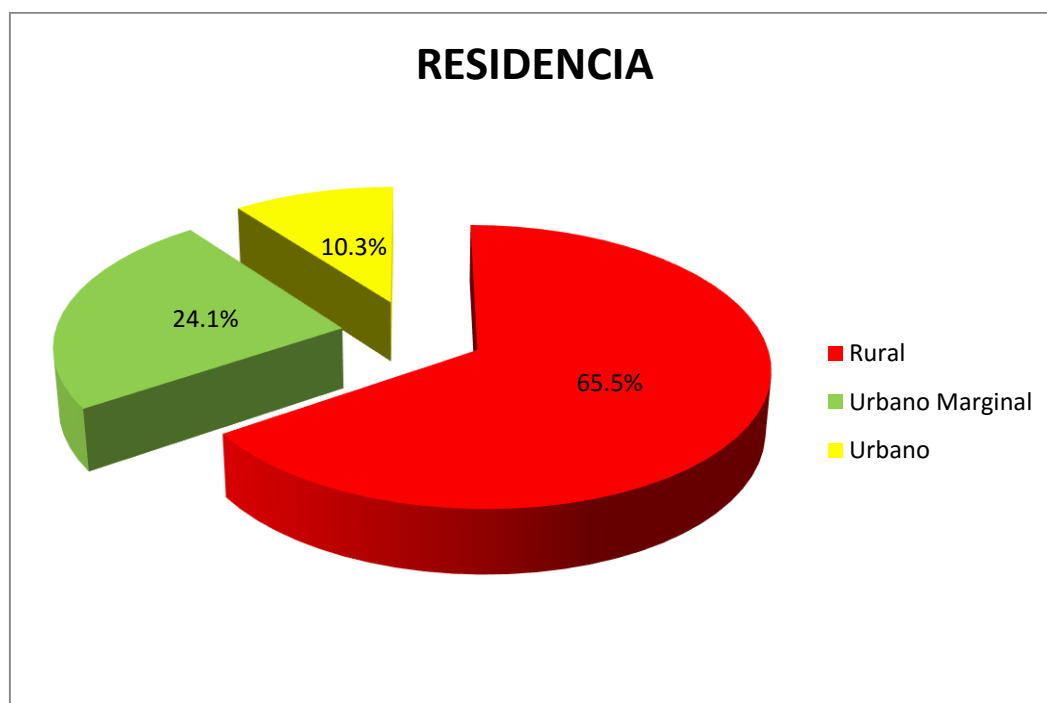


GRÁFICO N° 03: ANTECEDENTES MATERNOS: RESIDENCIA.
HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

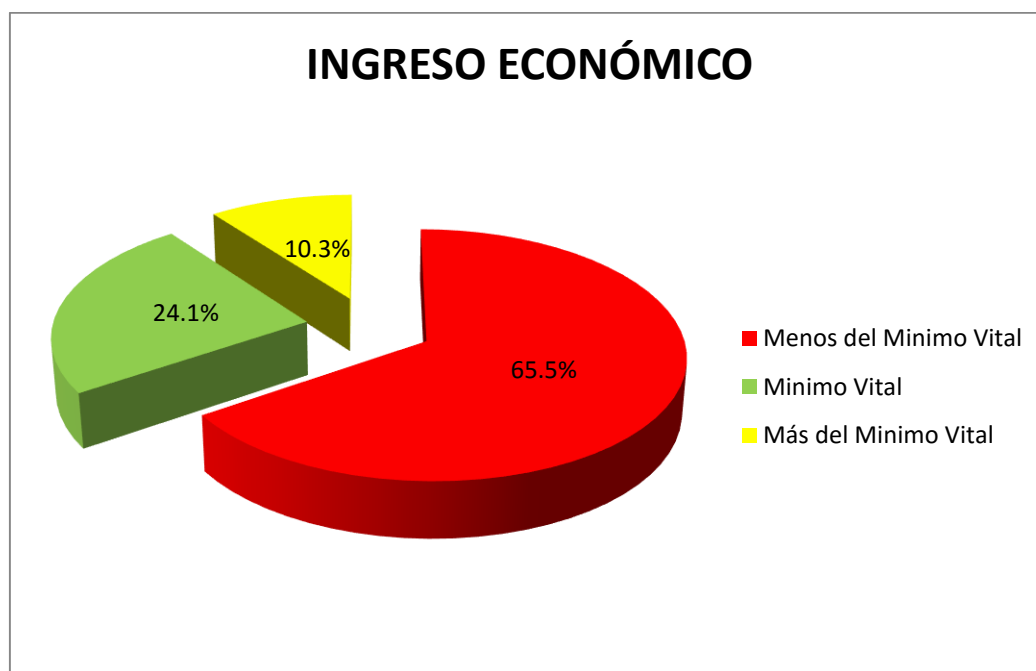


GRÁFICO N° 04: ANTECEDENTES MATERNOS: INGRESO ECONÓMICO. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

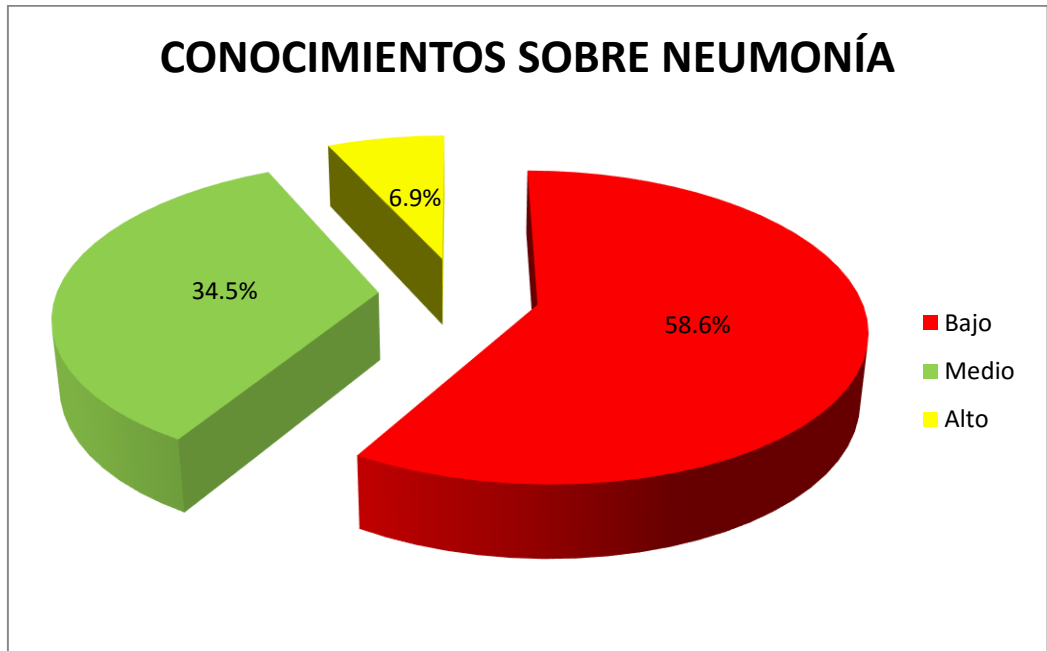


GRÁFICO N° 05: ANTECEDENTES MATERNOS: CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

TABLA N° 02: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS
RELACIONADO A LA NEUMONIA. HOSPITAL LA
CALETA. CHIMBOTE, 2015.

ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	<i>Fi</i>	<i>Hi</i>
▪ EDAD		
Menor de 6 meses	16	55.2
De 6 meses a 2 años	11	37.9
De 2 años a 5 años	2	6.9
▪ SEXO		
Masculino	20	69.0
Femenino	9	31.0
▪ EDAD GESTACIONAL AL NACER		
Pretérmino	10	34.5
A termino	17	58.6
Postérmino	2	6.9
▪ PESO AL NACER		
Bajo peso	8	27.6
Normal	17	58.6
Macrosómico	4	13.8
▪ LACTANCIA		
Artificial	2	6.9
Mixta	10	34.5
Exclusiva	17	58.6
▪ VACUNAS		
Incompletas	19	65.5
Completas	10	34.5
▪ ESTADO NUTRICIONAL		
Desnutrición	15	51.7
Normal	14	48.3
▪ EXPOSICIÓN AL HUMO		
Leña	20	69.0
Tabaco	2	6.9
Ninguna	7	24.1
TOTAL	29	100.0

Fuente: Madres de niños menor de 5 años con neumonía. Servicio de Pediatría, H.L.C.

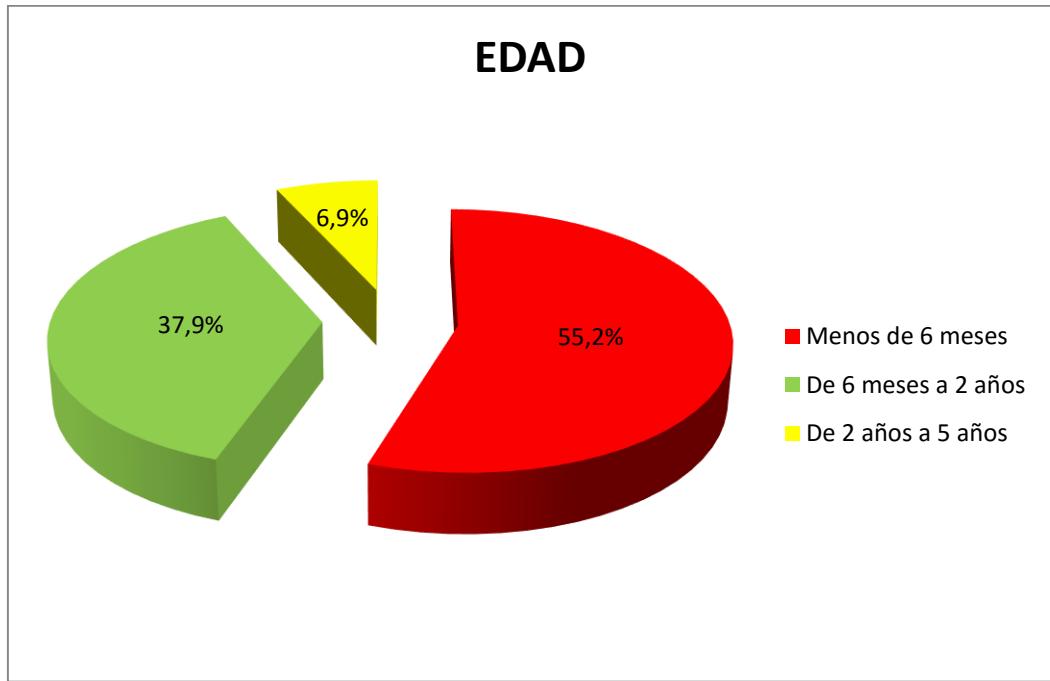


GRÁFICO N° 06: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:
EDAD. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

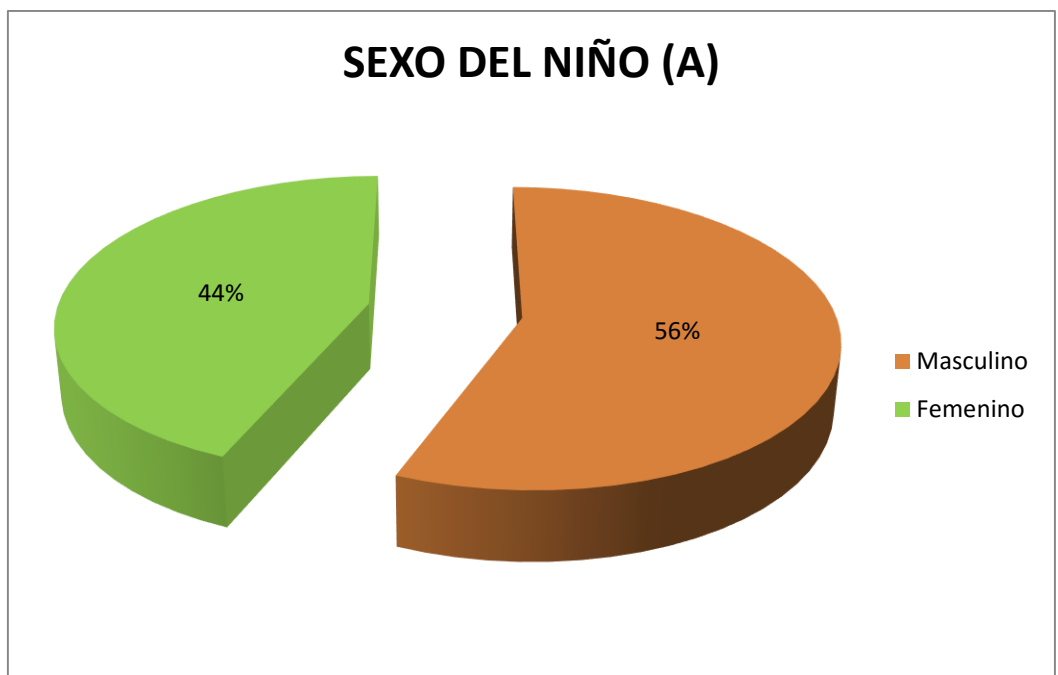


GRÁFICO N° 07: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:

SEXO. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

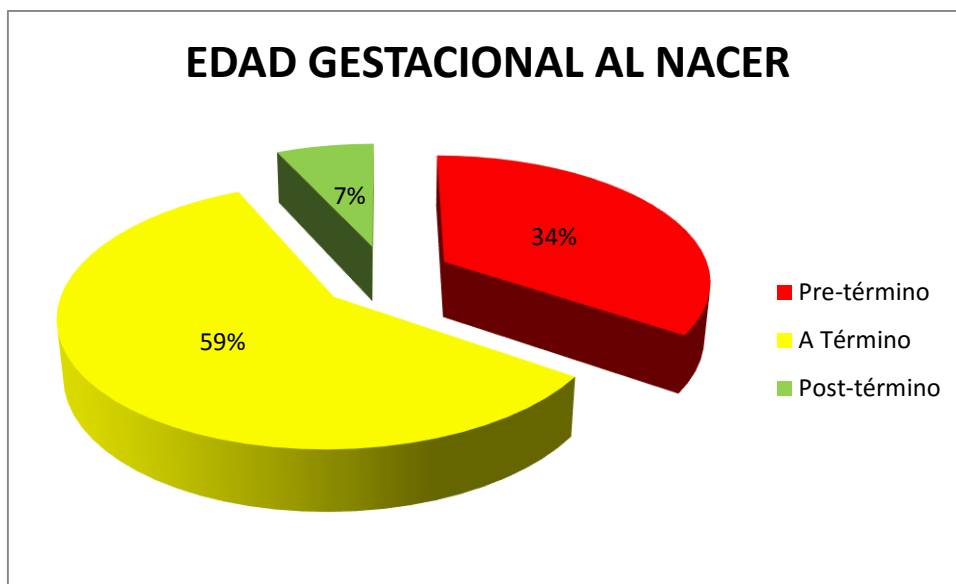


GRÁFICO N° 08: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:
EDAD GESTACIONAL AL NACER. HOSPITAL LA
CALETA. CHIMBOTE, 2015.

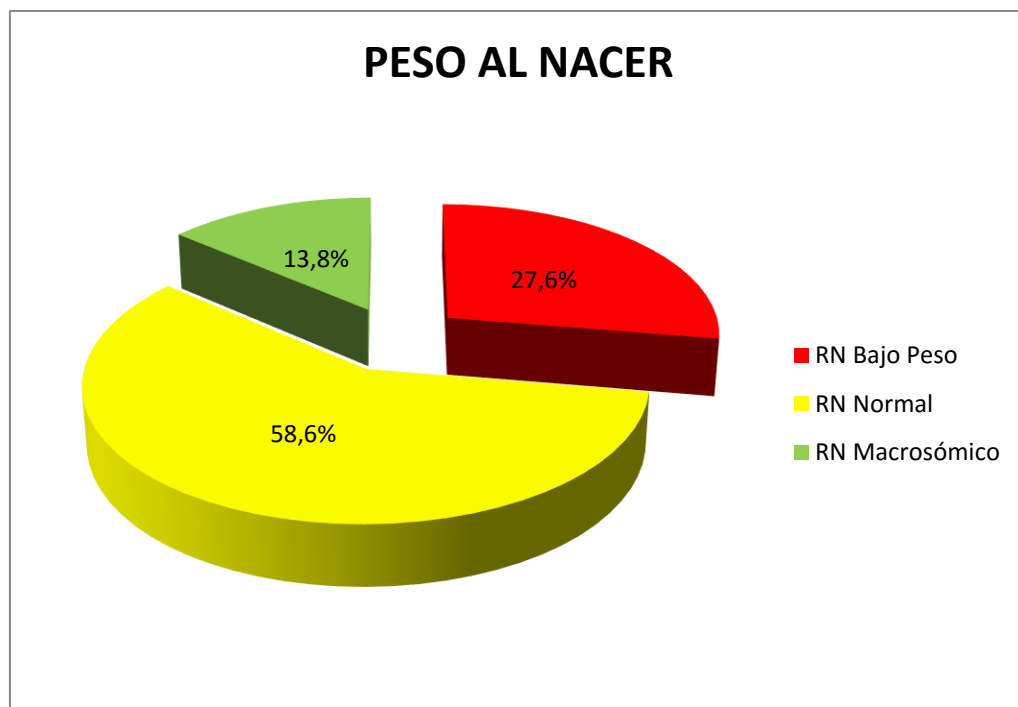


GRÁFICO N° 09: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:
PESO AL NACER. HOSPITAL LA CALETA.
CHIMBOTE, 2015.

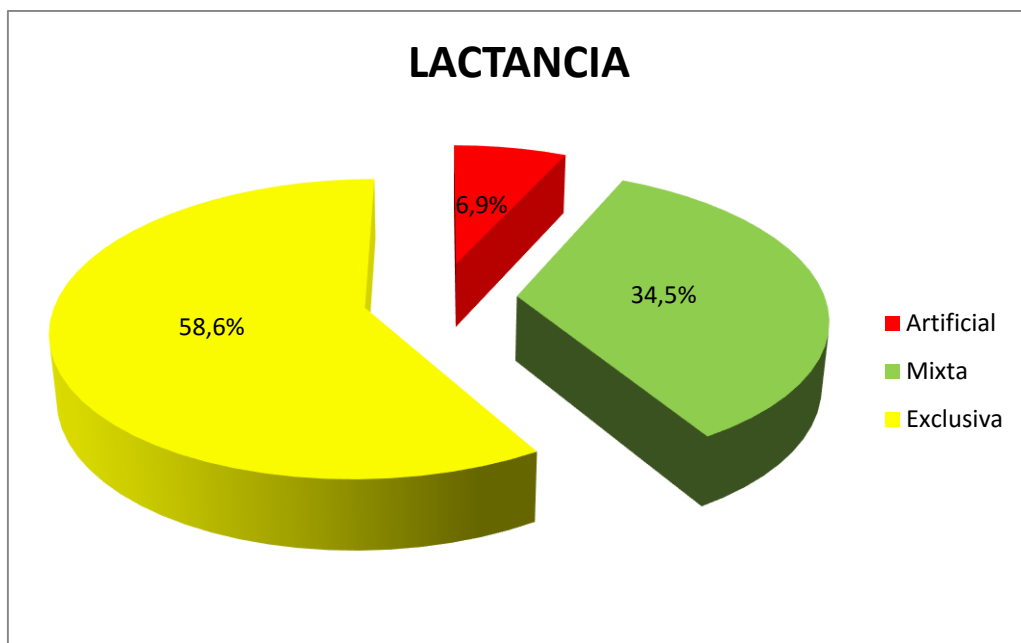


GRÁFICO N° 10: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:
LACTANCIA. HOSPITAL LA CALETA.
CHIMBOTE, 2015.

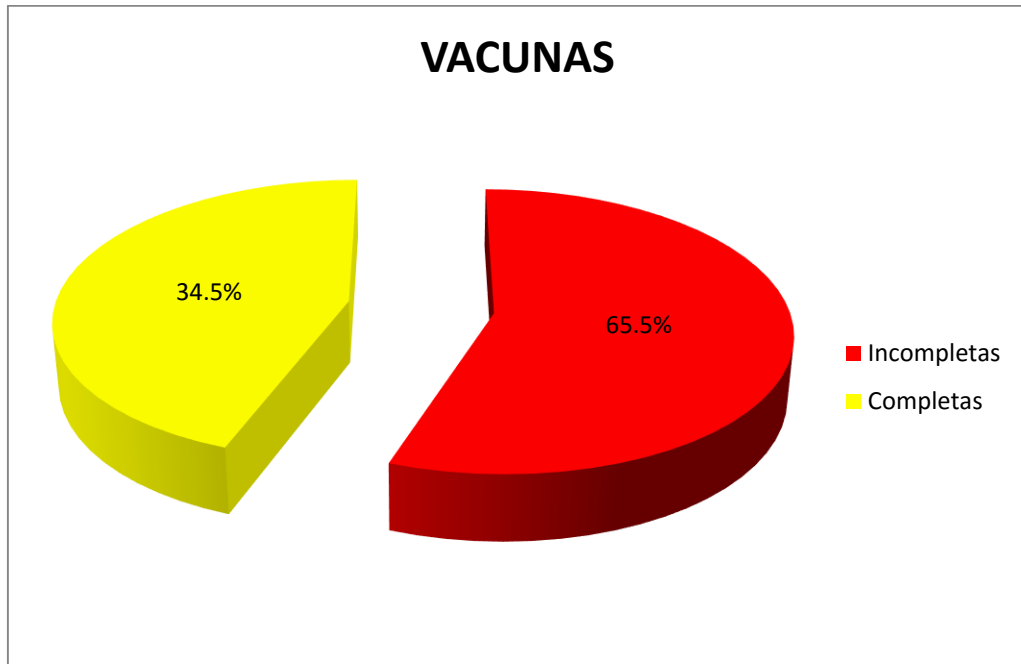


GRÁFICO N° 11: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:
VACUNAS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE,
2015.

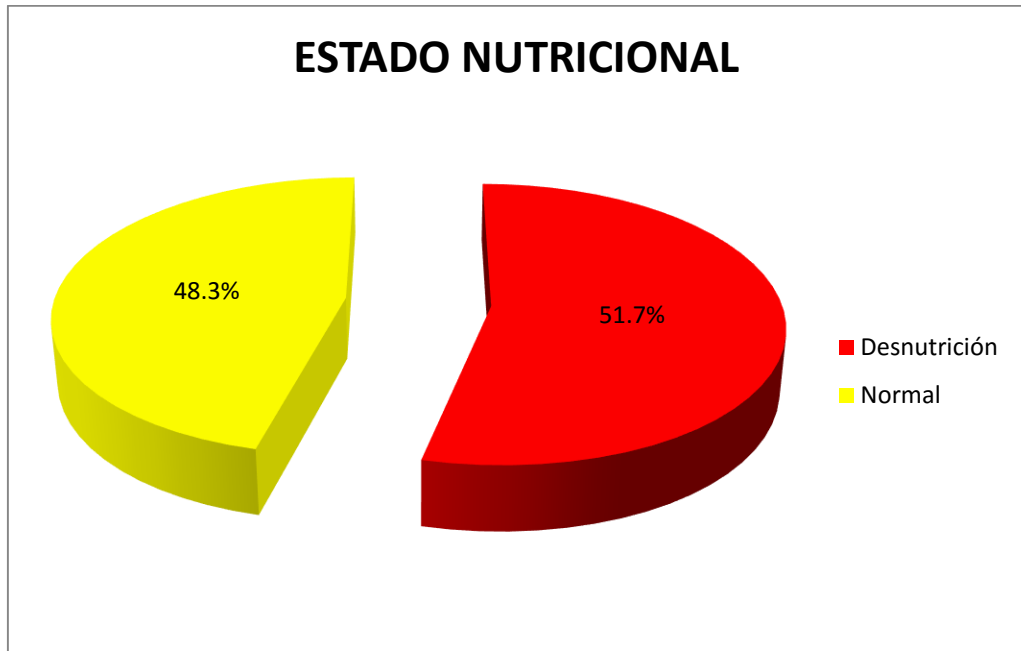


GRÁFICO N° 12: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:
ESTADO NUTRICIONAL. HOSPITAL LA CALETA.
CHIMBOTE, 2015.



GRÁFICO N° 13: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:
EXPOSICIÓN AL HUMO. HOSPITAL LA CALETA.
CHIMBOTE, 2015.

TABLA N° 03: TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS.
HOSPITAL DE LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

TIPO DE NEUMONÍA	<i>f_i</i>	<i>H_i</i>
Bacteriana	27	93.1
Viral	2	6.9
TOTAL	29	100.0

Fuente: Historias Clínicas de niños menores de 5 años con neumonía. Servicio de Pediatría, H.L.C.

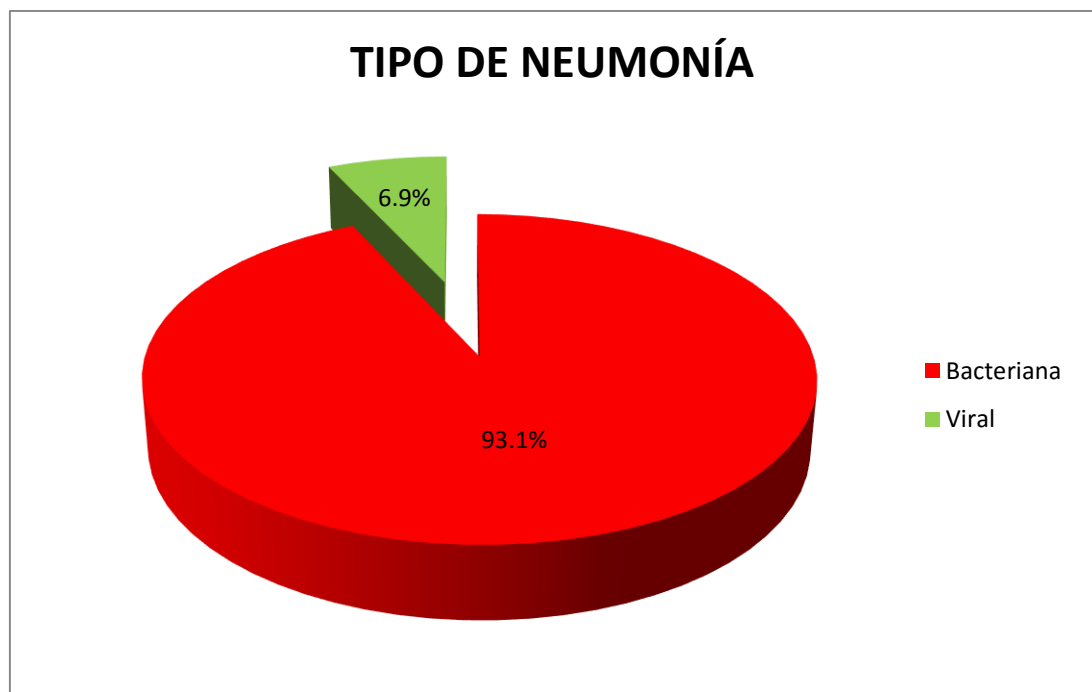


GRÁFICO N° 14: TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS.

HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

TABLA N° 04: ANTECEDENTES MATERNOS RELACIONADO AL TIPO NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

ANTECEDENTES MATERNOS	TIPO DE NEUMONÍA					
	BACTERIANA		VIRAL		TOTAL	
	<i>fi</i>	<i>hi</i>	<i>fi</i>	<i>hi</i>	<i>fi</i>	<i>Hi</i>
EDAD						
Menor de 19 años	16	100.0	0	0.0	16	55.2
De 20 a 35 años	8	80.0	2	20.0	10	34.5
Mayor de 35 años	3	100.0	0	0.0	3	10.3
<i>e</i>	$x^2 = 4.0$	<i>gl</i> = 2	<i>p</i> = 0.13	> 0.05	(N.S.)	
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Analfabeta	3	75.0	1	25.0	4	13.8
Primaria	21	100.0	0	0.0	21	72.4
Secundaria	1	50.0	1	50.0	2	6.9
Superior	2	100.0	0	0.0	2	6.9
<i>e</i>	$x^2 = 11.8$	<i>gl</i> = 3	<i>p</i> = 0.023	< 0.05	(SIG.)	
RESIDENCIA						
Rural	19	100.0	0	0.0	19	65.5
Urbano Marginal	5	71.4	2	28.6	7	24.1
Urbano	3	100.0	0	0.0	3	10.3
<i>e</i>	$x^2 = 6.46$	<i>gl</i> = 2	<i>p</i> = 0.034	< 0.05	(SIG.)	
INGRESO ECONÓMICO						
Menos del mínimo vital	19	100.0	0	0.0	19	65.5
Mínimo Vital	5	71.4	2	28.6	7	24.1
Más del Mínimo Vital	3	100.0	0	0.0	3	10.3
<i>e</i>	$x^2 = 6.46$	<i>gl</i> = 2	<i>p</i> = 0.034	< 0.05	(SIG.)	
CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA						
Bajo	17	100.0	0	0.0	17	58.6
Medio	9	90.0	1	10.0	10	34.5
Alto	1	50.0	1	50.0	2	6.9
<i>e</i>	$x^2 = 10.78$	<i>gl</i> = 2	<i>p</i> = 0.027	< 0.05	(SIG.)	
TOTAL	27	100.0	2	100.0	29	100.0

Fuente: Madres de niños menores de 5 años. Servicio de Pediatría, HLC.

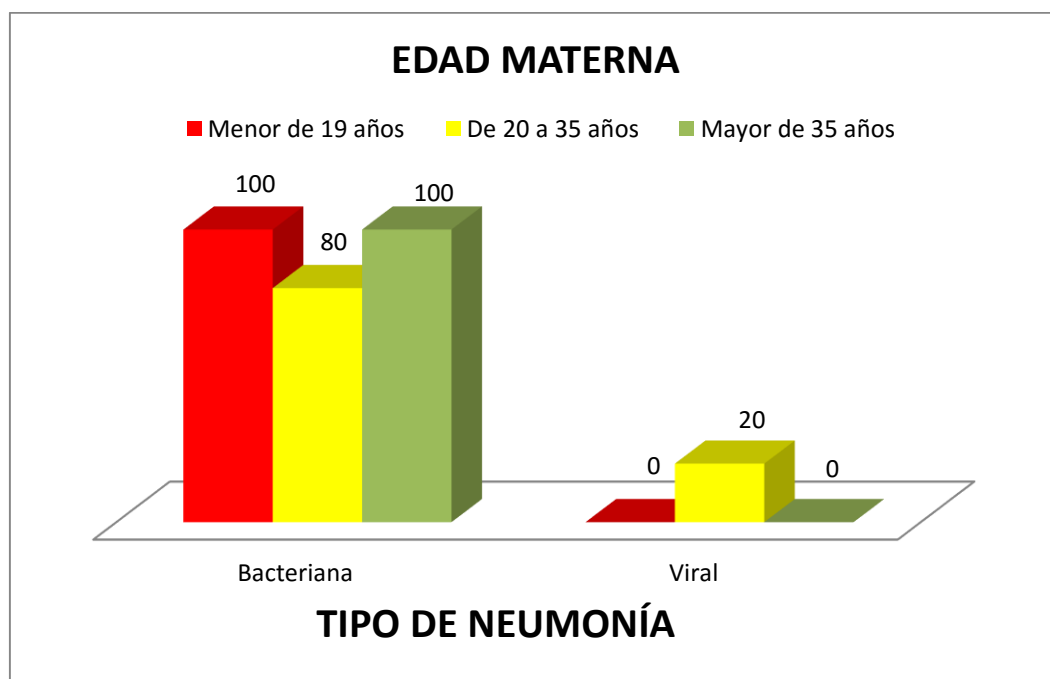


GRÁFICO N° 15: EDAD MATERNA RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

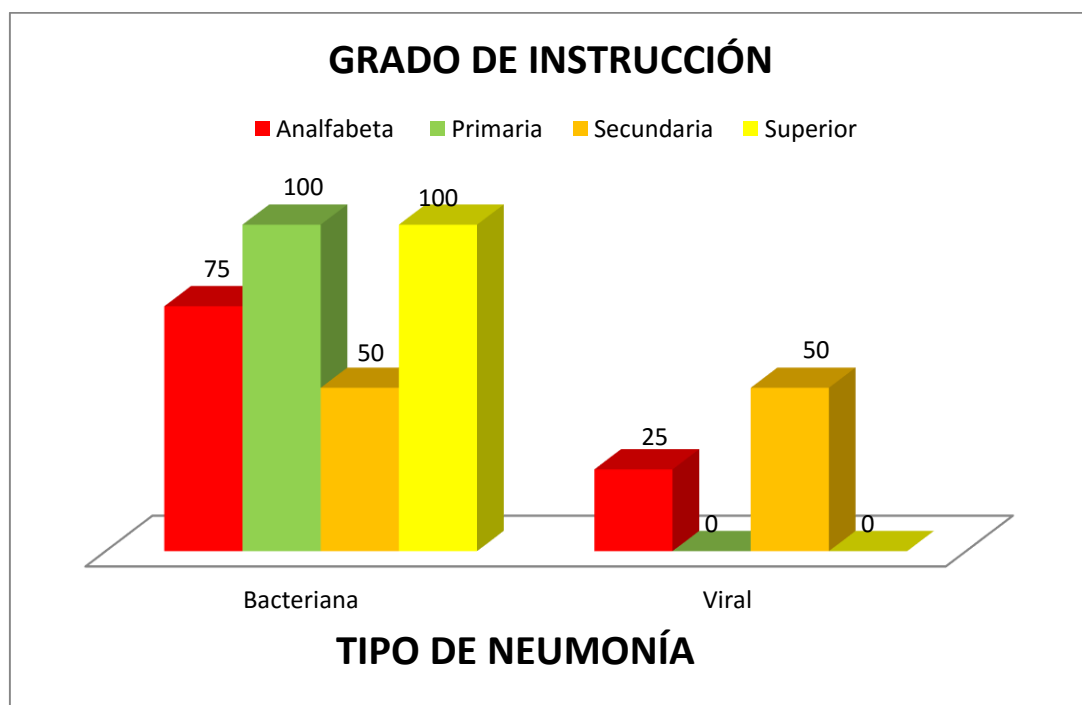


GRÁFICO N° 16: GRADO DE INSTRUCCIÓN MATERNA RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

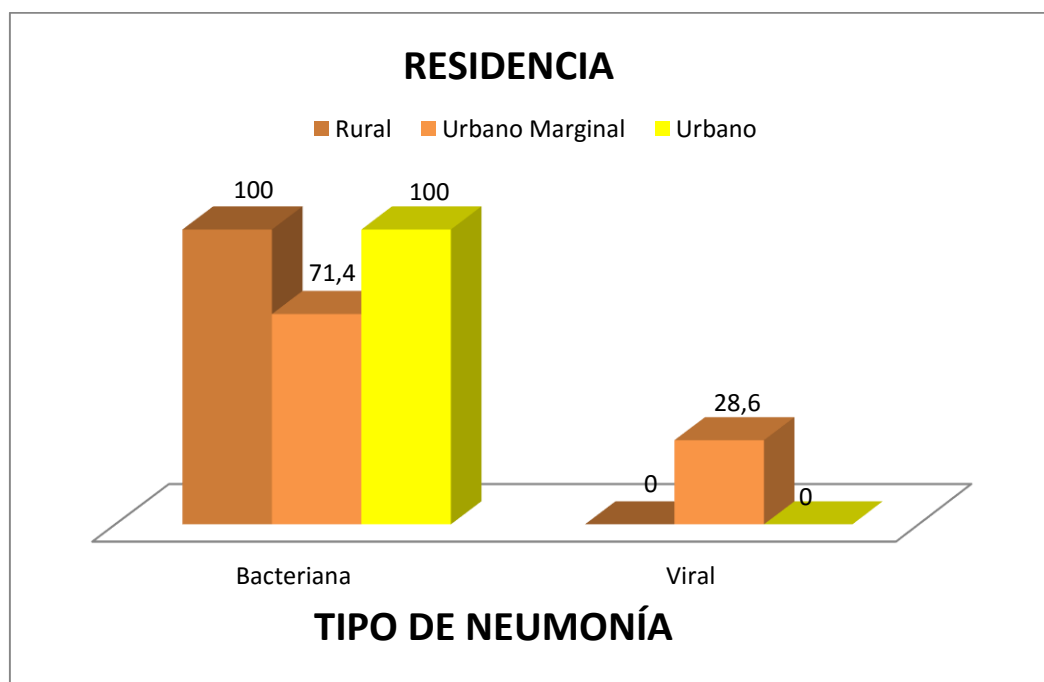


GRÁFICO N° 17: RESIDENCIA MATERNA RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

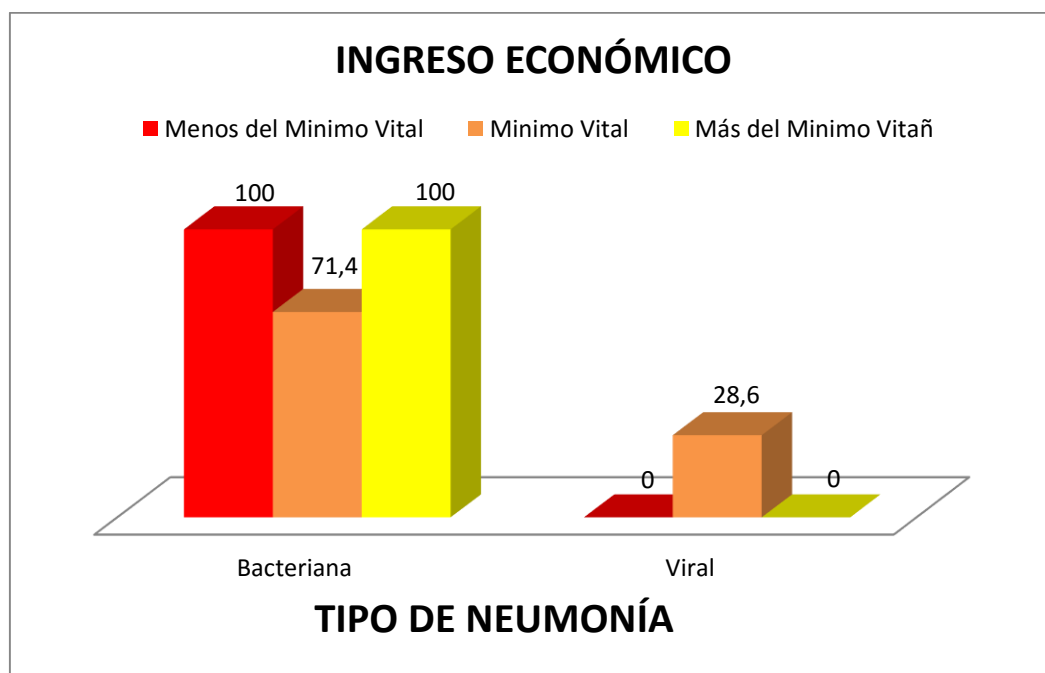


GRÁFICO N° 18: INGRESO ECONÓMICO RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

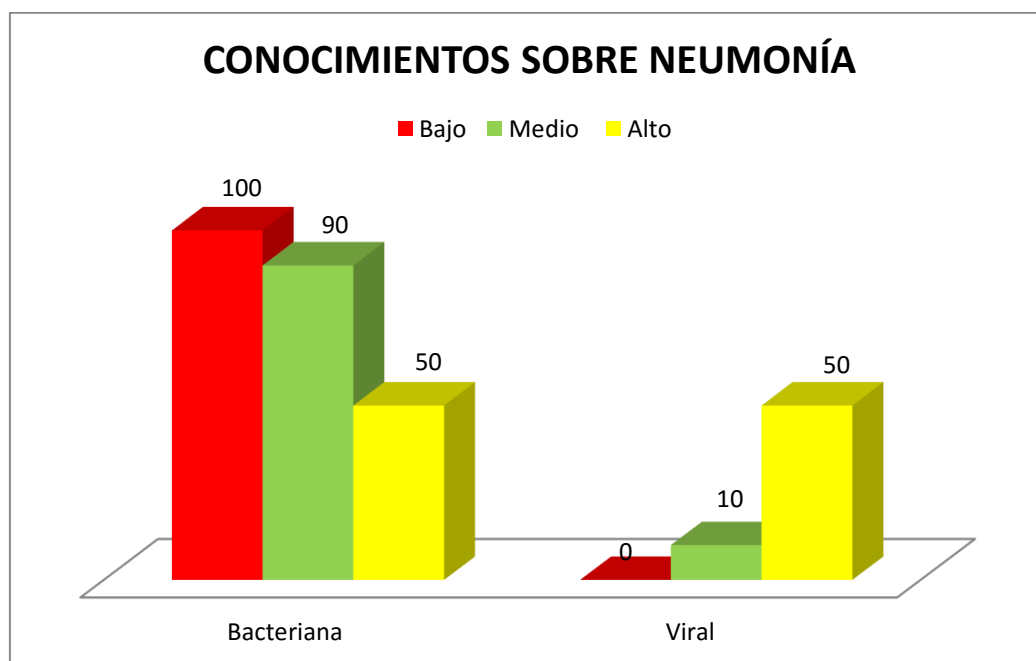


GRÁFICO N° 19: CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

TABLA N° 05: ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	TIPO DE NEUMONÍA					
	BACTERIAN A		VIRAL		TOTAL	
	<i>fi</i>	<i>hi</i>	<i>fi</i>	<i>hi</i>	<i>Fi</i>	<i>Hi</i>
EDAD						
Menor de 6 meses	15	93.8	1	6.3	16	55.2
De 6 meses a 2 años	11	100.0	0	0.0	11	37.9
De 2 años a 5 años	1	50.0	1	50.0	2	6.9
	$\chi^2 = 16.1$	$gl = 2$	$p = 0.037$	< 0.05	(SIG.)	
SEXO						
Masculino	20	100.0	0	0.0	20	69.0
Femenino	7	77.8	2	22.2	9	31.0
	$\chi^2 = 5$	$gl = 1$	$p = 0.029$	< 0.05	(SIG.)	
EDAD GESTACIONAL AL NACER						
Pretérmino	10	100.0	0	0.0	10	34.5
A termino	15	88.2	2	11.8	17	58.6
Postérmino	2	100.0	0	0.0	2	6.9
	$\chi^2 = 1.43$	$gl = 2$	$p = 0.469$	> 0.05	(N.S.)	
PESO AL NACER						
Bajo peso	8	100.0	0	0.0	8	27.6
Normal	15	88.2	2	11.8	17	58.6
Macrosómico	4	100.0	0	0.0	4	13.8
	$\chi^2 = 1.54$	$gl = 2$	$p = 0.469$	> 0.05	(N.S.)	
LACTANCIA						
Artificial	1	50.0	1	50.0	2	6.9
Mixta	10	100.0	0	0.0	10	34.5
Exclusiva	16	94.1	1	5.9	17	58.6
	$\chi^2 = 9.95$	$gl = 2$	$p = 0.038$	< 0.05	(SIG.)	
VACUNAS						
Incompletas	19	100.0	0	0.0	19	65.5
Completas	8	80.0	2	20.0	10	34.5
	$\chi^2 = 3.98$	$gl = 1$	$p = 0.043$	< 0.05	(SIG.)	

ESTADO NUTRICIONAL						
Desnutrición	15	100.0	0	0.0	15	51.7
Normal	12	85.7	2	14.3	14	48.3
$\chi^2 = 2.14$ gl = 1 p = 0.129 > 0.05 (N.S.)						
EXPOSICIÓN AL HUMO						
Leña	20	100.0	0	0.0	20	69.0
Tabaco	2	100.0	0	0.0	2	6.9
Ninguno	5	71.4	2	28.6	7	24.1
$\chi^2 = 6.47$ gl = 2 p = 0.034 < 0.05 (SIG.)						
TOTAL	27	100.0	2	100.0	29	100.0

Fuente: Madres de niños menores de 5 años con neumonía. Servicio de Pediatría, H.L.C.

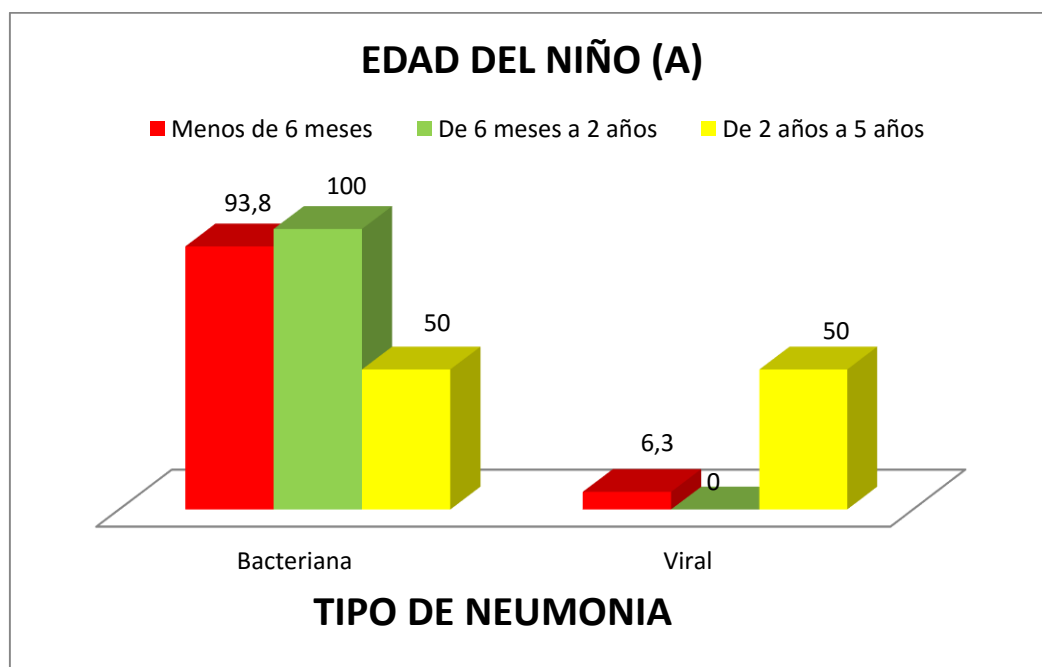


GRÁFICO N° 20: EDAD DEL NIÑO RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

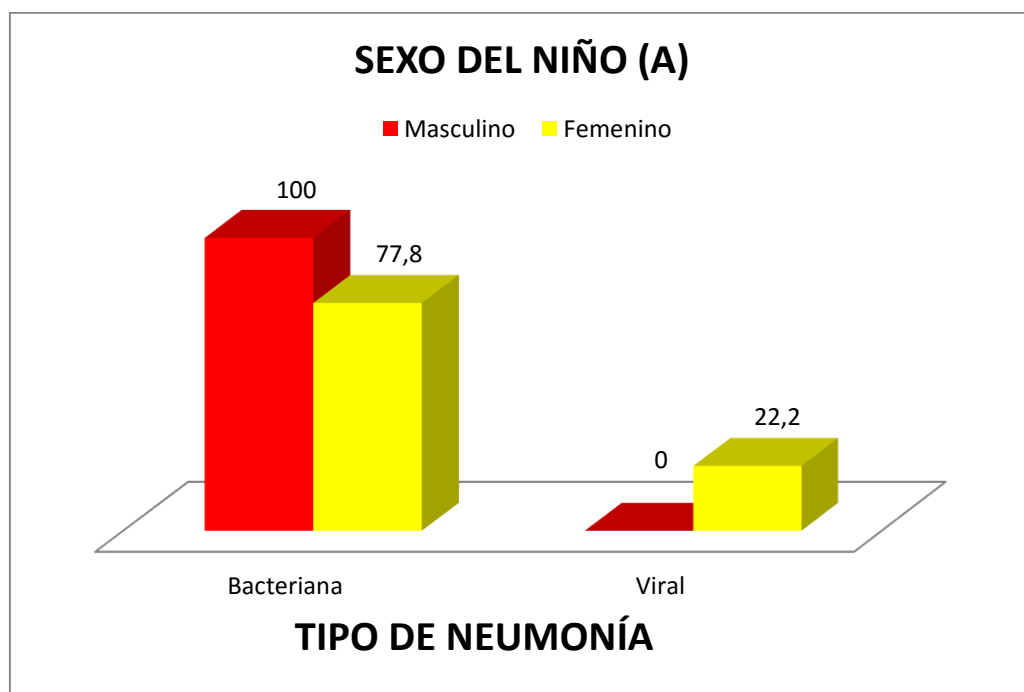


GRÁFICO N° 21: SEXO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

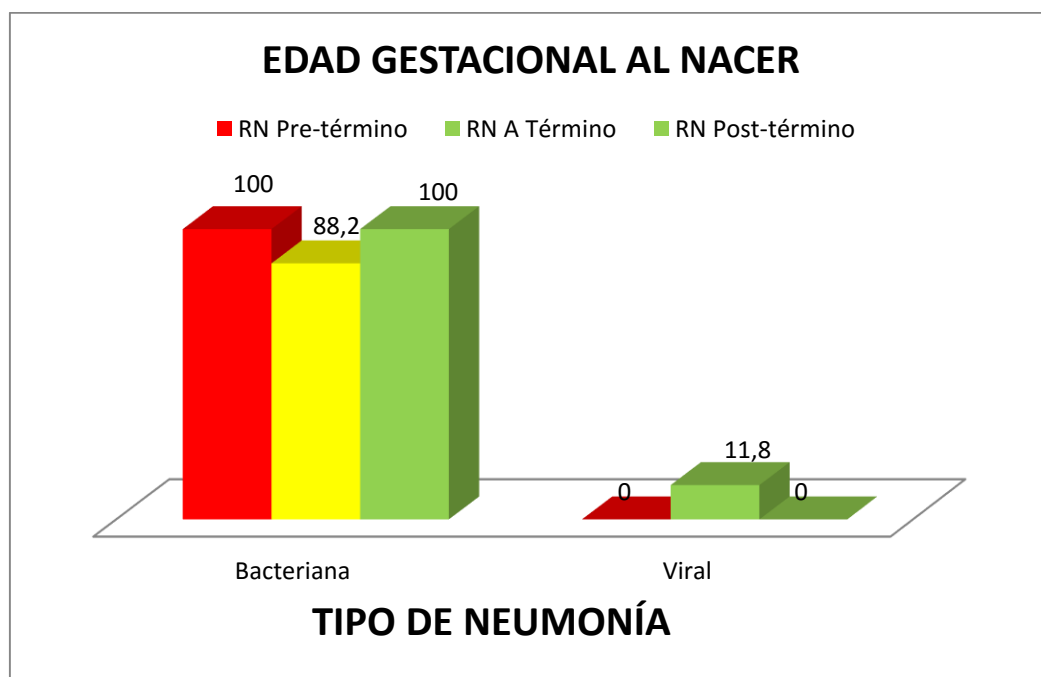


GRÁFICO N° 22: EDAD GESTACIONAL AL NACER DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

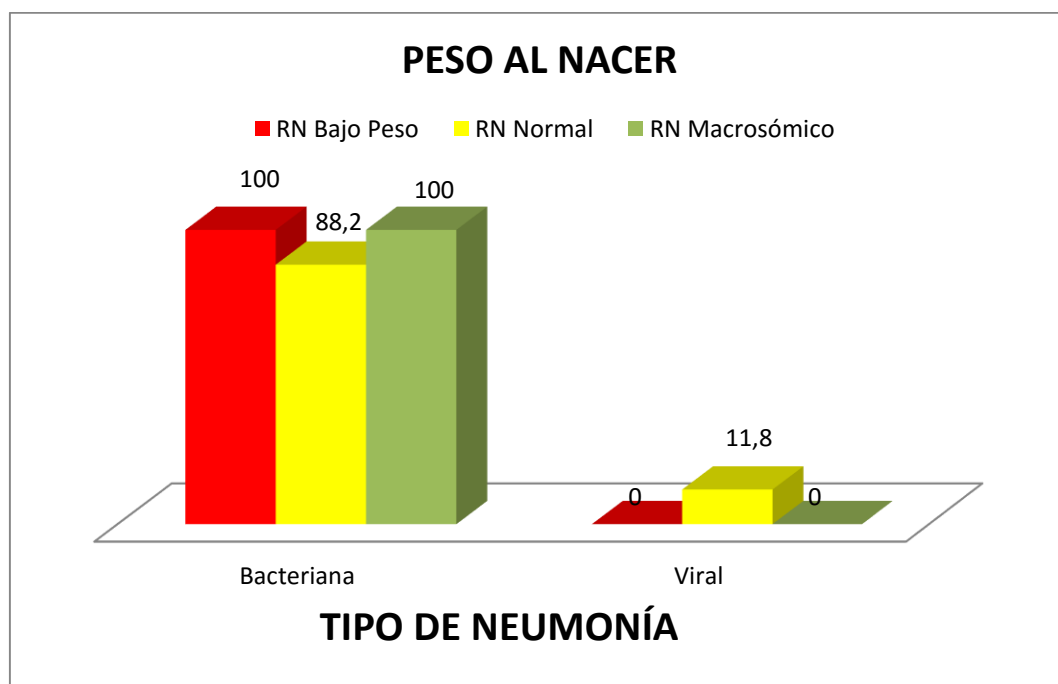


GRÁFICO N° 23: PESO AL NACER DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

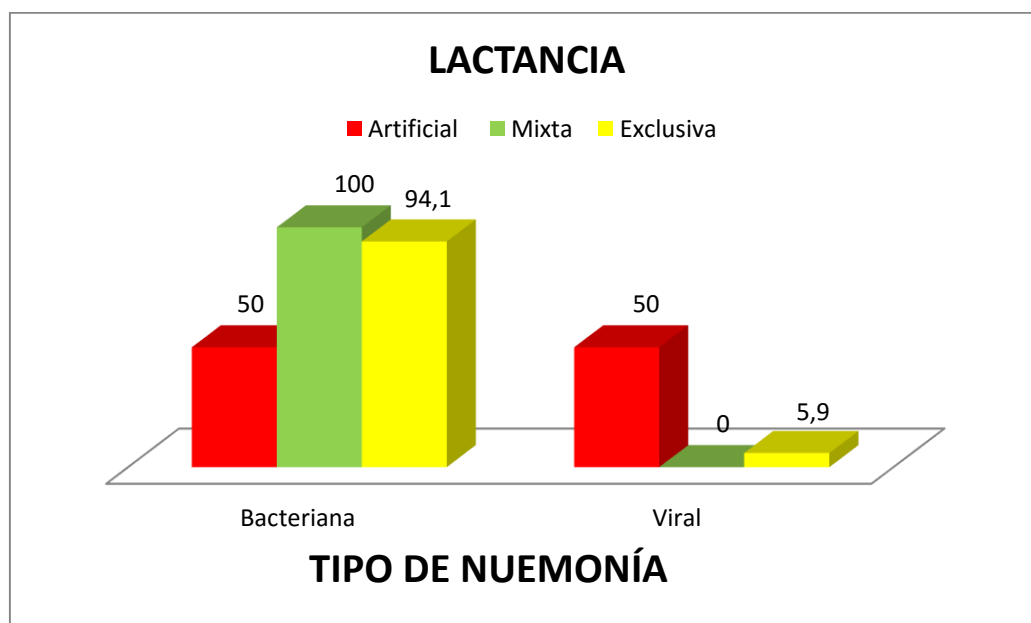


GRÁFICO N° 24: LACTANCIA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

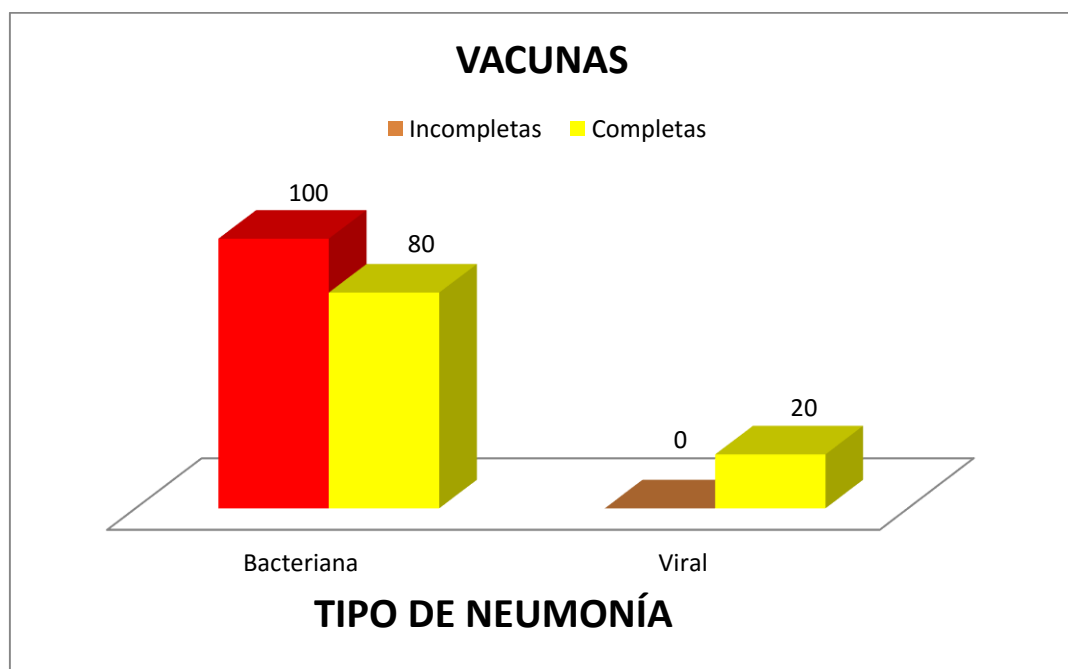


GRÁFICO N° 25: VACUNAS DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

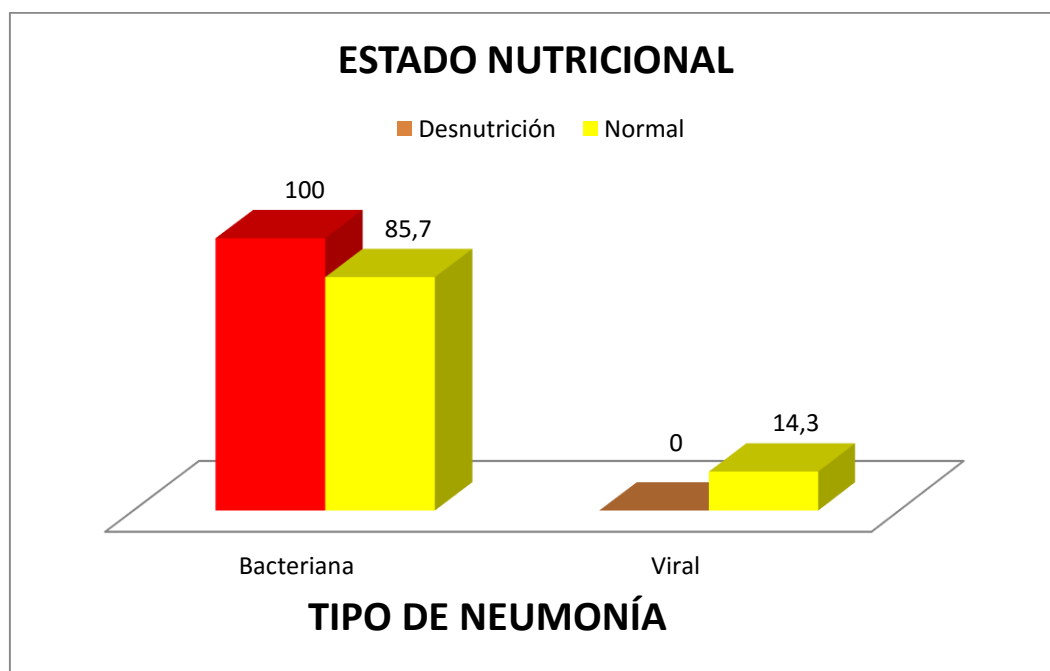


GRÁFICO N° 26: ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

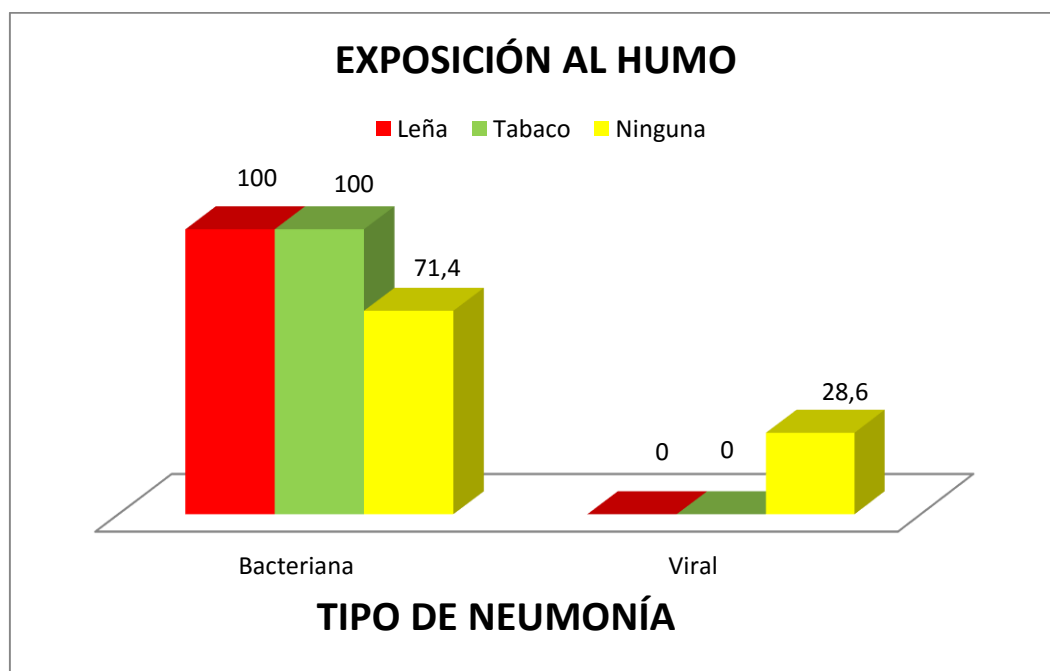


GRÁFICO N° 27: EXPOSICIÓN AL HUMO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO AL TIPO DE NEUMONÍA. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2015.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La **TABLA N° 1**, sobre los antecedentes maternos. Hospital La Caleta, encontramos que el 55,2 % de las madres son menores de 19 años, 72,4 % tienen grado de instrucción primaria, 65.5 % residen en zona rural, 65,5 % poseen ingreso económico menos del mínimo vital, 58. 6 % presentan conocimiento bajo sobre la neumonía.

Los resultados obtenidos concuerdan con GUEVARA, R, quien encontró que 60% de las madres con niños hospitalizados de neumonía son menores de 19 años, en su mayoría proceden de residencia rural, el nivel de ingreso económico es menor del mínimo vital, siendo de 90 dólares un 51.1 %; seguido del 26,7% que posee de 200 a 399 dólares; mientras que el 20% nos indica que es de 100 a 199 dólares y solo el 2,2% posee 400 dólares, pero difiere en el nivel de instrucción encontrando que 62,2% tienen una instrucción primaria; 31,1% instrucción secundaria y 4,4% instrucción superior, acerca del conocimiento que tienen las madres sobre la neumonía y a que partes afecta esta enfermedad el 76,6% responde que afecta a los pulmones y el 13,3% indican que ataca a las extremidades tanto superiores como inferiores y el 11,1% afecta a la cabeza (98).

Los resultados guardan relación con la investigación de HONORIO, C, encontró como factores de riesgo para neumonía en niños menores de cinco es el grado de instrucción de nivel secundaria con un 72% (99).

Los resultados también concuerdan con, AVEIGA, J, en su estudio encontró que la escolaridad materna es uno de los factores de riesgo muy importante para desarrollar neumonía, no existiendo una marcada diferencia entre el nivel de educación primaria (43.8%) y secundaria (47.7%) pero si con el nivel de educación superior (8.6%) haciendo referencia que una madre con mayor conocimiento educativo sabe qué hacer ante un proceso respiratorio y disminuir su incidencia de niños con neumonía (100).

Los resultados difieren con ALVIS, N. Y GUZMÁN, F, donde que el 95% de la madres de niños menores de cinco años con diagnóstico de neumonía tienen un ingreso mensual promedio de US\$ 110,00 considera mayor al mínimo vital (101).

Los resultados también difieren con los de CRUZ, C, Y DORTA, R, en donde el 58.5% de las madres tenían un nivel preuniversitario o universitario y el 33.7% había concluido la secundaria básica, a su vez encontró que hay mayor incidencia de neumonías en el menor de 5 años en zonas urbanas en relación a los que viven en sitios rurales. Explica el autor que este hecho está relacionado con varios factores de los cuales se destacan el incremento de la transmisión

cruzada debido a la aglomeración en las ciudades y la mayor contaminación atmosférica, donde además el proceso de socialización del niño rebasa más tempranamente los límites de la familia, incorporándose a grupos humanos más amplios (círculos infantiles, escuelas) que facilitan el contagio por patógenos respiratorios (102).

PÉREZ, E, califica la baja escolaridad materna o de la persona al cuidado del niño como un factor de riesgo para enfermar de neumonía, algunos autores no establecen relación entre la escolaridad materna y la prevalencia de la neumonía, ya que refieren que la escolaridad materna no tiene nada que ver con la experiencia de cuidado adecuado del niño, si bien es cierto el tener un grado de instrucción elevado no es cien por ciento seguro de que el niño no enfermara, se conoce que por el adecuado adiestramiento que se tiene se va actuar de la manera correcta evitando complicaciones que pondrían en peligro la vida del niño, aunque esto va depender mucho de las características del sistema educacional, y las exigencias de la sociedad con cada uno de sus ciudadanos para elevar el nivel cultural de su población (ibid).

Los resultados de nuestra investigación difieren con TORRES, E, quien en su estudio encontró como antecedentes maternos de niños con diagnóstico de neumonía, que un 19% de las madres son menores de edad, el 81% son mayores de edad, no hubo diferencia estadística entre las madres del área rural y urbana (103).

Los resultados se asemejan con QUILLI, I, y OEDOÑEZ, M, donde encontraron que el ingreso económico está en el rango de menos de 100\$ con un porcentaje de 39,8%, un porcentaje de 1,7% se ubica en el rango de más de 500\$. Esto representa que la mayoría de las familias no alcanzan los recursos necesarios para cubrir la canasta básica familiar. Esta situación de bajo ingreso imposibilita la adquisición de alimentos necesarios para una nutrición adecuada, siendo un factor de riesgo que conlleva a la adquisición de enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años (104).

Los resultados guardan relación con los de ROMO, E, en su investigación donde encontró que los principales factores de riesgo para la neumonía en niños menores de cinco años son su situación geográfica, el 45,1% pertenecen al sector urbano, el 54,8% al sector rural y el 38.7% de las madres carece de instrucción académica (105).

En la **TABLA N° 2**, En los antecedentes del niño menor de cinco años se observa que el 55.2 % son menores de 6 meses, el 69 % son de sexo masculino, el 58.6 % fueron RN a término, el 58.6 % nacieron con peso normal, el 58.6 % reciben o recibieron lactancia exclusiva, el 65.5 % presentan vacunas incompletas, el 51.7% presentan desnutrición y el 69% de los niños están expuesto al humo de leña.

Los resultados encontrados difieren con la investigación de HONORIO, C, respecto a la edad, los niños que más se enfermaron son los menores de 2 años con 60,6%, en cuanto a las vacunas que ha recibido el niño encontró que el 89% han recibido en forma completa. SCHEREIBER, M, puede inferir que la mayoría de las madres acuden a vacunar a sus niños pero no identifican a la vacunación como un factor importante para prevenir la neumonía. Así mismo el 49% de los niños recibió lactancia mixta. El autor afirma que la lactancia materna es una medida preventiva muy importante pues se ha observado que el niño alimentado con lactancia materna exclusiva se encuentra protegido contra las enfermedades y tiene más resistencia a las mismas que un niño que ha recibido lactancia mixta o leche artificial (106).

Los resultados concuerdan con, AVEIGA, J, en su estudio encontró que la mayor incidencia de las neumonías se encuentra entre los 12 meses de vida hasta los 36 meses, el 53.9% son de sexo masculino. En cuanto al peso el 70.3% de los pacientes en el momento de su nacimiento presentaron un adecuado peso al nacer, y el 53.9% recibió lactancia materna menos de seis convirtiéndose en un importante factor de riesgo en comparación al 44,5% que si recibió lactancia materna, con una lactancia artificial el niño no recibe proteínas, vitamina, y minerales de fácil absorción, y sobre todo no se beneficia de inmunoglobulinas que la leche materna si le aporta y que le ayudarían a protegerse de infecciones respiratorias (107).

Los resultados difieren con los de CRUZ, C, Y DORTA, R, en su estudio clínico epidemiológico de las neumonías comprobó que la edad que mayor predominio presentan lo enfermos de neumonía están entre uno y cuatro años (56.0%), el 61.6 % residen en zonas urbanas y el 38% tuvo como antecedentes exposición al humo de leña, el 4 % presento desnutrición proteico-energética. El impacto de la mortalidad por neumonía en pacientes desnutridos ha sido objeto de análisis recientemente, donde incluso el déficit antropométrico más leve y las deficiencias cualitativas de micronutrientes, se asocian a una mayor incidencia de neumonía y riesgo de muerte (108).

Los resultados de la presente investigación se asemejan con TORRES, E, en su estudio de neumonía en niños menores de 5 años, reportó que el 54 % de los niños eran menores de 1 año de edad, y el 64.8 % de sexo masculino. En relación al estado nutricional, 16 % presentaron algún grado de desnutrición, 90% de los pacientes recibieron alimentación del seno materno y por ultimo 89% tenían esquema de inmunizaciones completas, datos que difieren con los de nuestra investigación (109).

Los resultados concuerdan con LESTE, T, quien informó que el grupo menor de un año fue el más afectado con neumonía con un 42.89%, predominando el sexo masculino con un 24,47%, el autor sostiene que la prevalencia del grupo menor de un año se debió a que durante esta etapa el organismo no cuentan con el desarrollo completo de su sistema respiratorio, ni

con los anticuerpos necesarios para poder combatir estas infecciones, BELLINZONA, G, plantea que estos menores padecen con mayor frecuencia de IRA y éstas disminuyen significativamente con el incremento de la edad. Respecto a la nutrición del niño el 52.29% presentaron malnutrición moderada seguida por los que tiene un peso normal con un 44,62%. FUENTES, Z, menciona que los niños desnutridos son vulnerables a las neumonías porque la desnutrición adelgaza la membrana pulmonar facilitando la entrada de bacterias y debilita el sistema inmunitario del niño, detectándose respuestas linfocíticas in vitro defectuosas (110).

MOURA, C y BARRETO, P, comentan que dentro de los factores de riesgo de las Neumonías se encuentra la malnutrición y se asocia a una mayor morbimortalidad (ibíd.).

Los resultados de nuestra investigación difieren con los reportados por HONORIO, C, quien encontró que el 81.21 % de los niños se expone al humo de cigarrillos. Estos niños convertidos en fumadores pasivos fueron más vulnerables a contraer una infección respiratoria; coincidiendo con GIACHETTO, G; YEHUDA, B y TRUJILLO, F, quienes opinan que el humo de cigarro contiene sustancias tóxicas que afectan el mecanismo de depuración mucociliar y la actividad de macrófagos, aumentando la producción de mucus y favoreciendo la aparición de las neumonías (111).

Los resultados difieren con QUILLI, I, y OEDOÑEZ, M, donde encontraron que el 58.5% son niños de 1 año 7 meses a menores de 5 años, en relación a la exposición de humo de tabaco el 97.5% de los niños no estuvo expuesto a humo de tabaco por lo que no sería un factor de riesgo para los niños para la obtención de enfermedades respiratorias según esta investigación, lo que difiere de nuestra investigación donde la exposición al humo de tabaco y leña ocupa un alto porcentaje (112).

Los resultados concuerdan con TORRES, A, quien en su estudio encontró que son factores de riesgo para enfermedades respiratorias la corta edad con 78.67 %, el sexo masculino 65.33%, desnutrición 24%, lactancia inadecuada 73%, exposición al humo de cigarro 54.66%, no considerando el bajo peso al nacer con un 9,33% un factor de riesgo para enfermedades respiratorias (113).

Los resultados obtenidos difieren con los de BRAVO, P y OLATE, M, quienes en su estudio encontraron que el diagnóstico de neumonía recurrente ocurrió antes del año en 30%, el 47% entre uno y cuatro años y 23% en el grupo de niños mayores de cuatro años (114).

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados por CEDILLO, D, y PAIDA, C, que encontró en su investigación sobre los determinantes que influye en la neumonía en niños menores de cinco años que el 18,8% son de sexo masculino y preescolares entre las edades de 25 a 36 meses de edad; el

31.3% recibió una lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad; mientras que el 22,5% no recibió una lactancia exclusiva, el 36.3% de niños/as tienen desnutrición, el 11.3% se encuentran con una desnutrición grave, el 1.3% poseen sobrepeso y obesidad; y el 50% poseen un estado nutricional dentro de lo normal (115).

Los resultados guardan relación con los de ROMO, E, en donde presentan desnutrición moderada; que es otro factor de riesgo para neumonía, considerando que los niños desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente, de preferencia a nivel celular, consecuentemente, las infecciones son más graves que en niños con un estado nutricional adecuado. Lo expuesto tiene relación directa con la alimentación, la leche materna protege contra las infecciones respiratorias agudas a través de ciertos mecanismos, incluyendo sustancias antivirales, antibacterianas, células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmunológico de los infantes; no sucede lo mismo con los niños que recibieron lecha artificial sola o junto a la leche materna, que representan el 13.5% y los que fueron sometidos al destete prematuro antes de los seis meses, que alcanzan el 14.2%. En los países en desarrollo los bebés alimentados a pecho presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de la vida. Después del sexto mes, cuando deben introducirse los alimentos sólidos, comienzan a aparecer los problemas económicos y como resultado de ellos la desnutrición (116).

Los resultados también concuerdan con los de ROMERO, E y HUAMAN, C, quienes encontraron que los antecedentes de los niños con neumonía fueron pacientes de sexo masculino (65,4%) y de sexo femenino (34,6%), el antecedente de recibir lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, alcanzó el 61,5%. Además, el 50% recibió inmunización de acuerdo a la edad y según calendario establecido por el MINSA. Coincidiendo con lo reportado por MEDINA, M, en su estudio 2010 en Lima-Perú, que la infección respiratoria se debe a una serie de factores entre los que cabe destacar la desnutrición por deterioro del sistema inmunológico; o por un sistema inmune ineficaz, como es en el caso de no haber recibido lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses. Además, son factores de riesgo para desarrollar un cuadro de neumonía. Por lo tanto, están demostradas las ventajas de la lactancia materna para el niño, pues garantiza un adecuado aporte nutritivo durante el primer año de vida y confiere protección contra un elevado número de infecciones. Por tanto el estado nutricional del niño es un factor primordial en la presentación, el curso y severidad de la neumonía en el niño, así lo demuestran los resultados obtenidos en este estudio; donde la desnutrición alcanza un 58.3% (117).

Nuestros resultados coinciden con lo reportado con MARRERO, G, en su estudio en Cuba 2002 – 2004, quien menciona que la desnutrición calórica, causa un gran deterioro del sistema inmunológico. Un niño desnutrido no puede defenderse frente a la agresión de microorganismo, todo lo cual indica que la

malnutrición tiene consecuencias nefastas en la respuesta del organismo ante las enfermedades. Así también muestran similitud con las conclusiones de RODRIGUEZ, P, y MESQUITA, M., que hallaron evidencia estadística que la mortalidad de los pacientes con NAC se incrementa a medida que aumenta el grado de desnutrición (117).

En la **TABLA N° 03**, En el tipo de neumonía en el niños menor de 5 años. Hospital La Caleta, 2015; se observa que el 93.1% es por causa bacteriana y el 6.9 % es viral.

Los resultados difieren con los encontrados por GIUFRIDA, J, en su estudio en donde los agentes etiológicos responsables de las IRAS fueron clasificados como: infecciones virales, bacterianas y mixtas (infección viral más bacteriana). Los agentes etiológicos aislados con mayor frecuencia fueron los virus, los cuales constituyeron el 53,49% del total de agentes infecciosos, seguido por las infecciones mixtas con 27,91% ; y el último lugar fue ocupado por las infecciones bacterianas 18,60% (118).

Los resultados coinciden con los de FIGUERAS, N, en su estudio en donde los agentes etiológicos bacterianos de la neumonía aguda constituyeron la principal causa con 54% en los primeros 5 años de vida exceptuando el periodo neonatal (119).

Los resultados se asemejan a los de HORTAL y RUVINSKY, en su estudio en donde indican que los cuadros de neumonía adquirida en la comunidad se asocian a causas bacterianas, con predominio de Streptococcus pneumoniae en un 54%, seguido por Haemophilus influenzae. Esta infección puede estar favorecida por la falta de inmunidad en niños desnutridos, aquellos que viven en condiciones ambientales pobres y aquellos que han recibido poca o ninguna atención de salud previa (120).

En la **TABLA N° 4**, En los antecedentes maternos relacionado al tipo de neumonía. Hospital La Caleta. Observamos que:

En relación a la **edad materna**, el 100 % de las madres menores de 19 años y mayores de 35 años sus niños presentaron neumonía bacteriana y el 20% de madres de 20 a 35 años sus niños presentaron neumonía viral. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En el **grado de Instrucción**, el 100% de las madres con grado de instrucción primaria y secundaria sus niños presentaron neumonía bacteriana y el 50% de las madres con nivel de instrucción secundaria sus niños presentaron neumonía viral. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación a la **residencia**, tenemos que el 100% de las madres que viven en zonas rurales y urbanas sus niños presentaron neumonía bacteriana y el

28% de las madres que viven en zonas urbanas marginales sus niños presentaron neumonía viral. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación con el **ingreso económico**, el 100% de las madres que tiene un ingreso económico menos de mínimo vital presentaron niños con neumonía bacteriana al igual que las que tiene ingresos del mínimo vital, solo el 28,6% que reciben el mínimo vital presentaron niños con neumonía viral. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación al **conocimiento sobre neumonía**, el 100% de madres con nivel de conocimiento bajo sus niños presentaron neumonía bacteriana y el 50 % con nivel de conocimiento alto presento niños con neumonía viral. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En la **Tabla N° 5**, En los antecedentes del niño menor de 5 años relacionados a la neumonía, respecto a la **edad** encontramos que el 100% de los niños de 6 meses a 2 años presentaron neumonía bacteriana y el 50 % de los niños de 2 a 5 años presentaron neumonía viral. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación al **sexo**, el 100% de los niños de sexo masculino presentaron neumonía bacteriana y 22,2 % de las niñas de sexo femenino neumonía viral.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación a la **edad gestacional**, el 100% de los niños que nacieron pretérmino y postérmino presentaron neumonía bacteriana, el 11,8 % de los niños que nacieron a término presentaron neumonía viral. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación al **peso al nacer**, el 100% de los niños que nacieron con bajo peso presentaron neumonía bacteriana y el 11,8% de los que nacieron con peso normal presentaron neumonía viral. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación a la **lactancia**, el 100% de niños que tuvieron o tienen lactancia mixta presentaron neumonía bacteriana y el 50% de niños con lactancia artificial presentaron neumonía viral. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación a las **vacunas**, el 100% de niños que tienen sus vacunas completas no presentaron ningún caso de neumonía, más el 20 % de niños con vacunas incompletas presentaron neumonía viral. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación al **estado nutricional**, el 100% de niños con desnutrición presentaron neumonía bacteriana y el 14,3% de los niños con estado nutricional

normal presentaron neumonía viral. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación al **tipo de exposición de humo**, el 100% de niños expuestos al humo de leña y al tabaco presentaron neumonía bacteriana y el 28.6 % que no estuvieron expuestos a ningún tipo de humo presentaron neumonía viral. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- En los antecedentes maternos con niños con neumonía tenemos que el 55,2% son menores de 19 años, 72,4 % como grado de instrucción primaria, 65,5% residen en zonas rural, 65.5 % tienen ingresos menos del mínimo vital, 58,6 % con conocimiento bajo sobre neumonía.
- En los antecedentes del niños menor de cinco años encontramos que el 55,2% son menores de 6 meses, 69% de sexo masculino, 58,6 % fueron RN a término, 58.6% RN de peso normal, 58,6% tienen o tuvieron lactancia exclusiva, el 65,5% tienen vacunas incompletas, el 51,7 tienen desnutrición y el 69% han sido expuestos al humo de leña.
- El tipo de neumonía que prevaleció en los niños menores de cinco años fue la bacteriana con un 93,1% sobre la viral con un 6,9%.
- En los antecedentes maternos, si existe relación estadística significativa entre el grado de instrucción, residencia, ingreso económico y conocimiento sobre neumonía con el tipo de neumonía y no existe relación estadística significativa entre la edad materna y el tipo de neumonía.
- En los antecedentes del niño menor de cinco: Si existe relación estadística significativa entre la edad, sexo, lactancia, vacunas y tipo de exposición al humo, con el tipo de neumonía. No existe relación estadística significativa entre la edad gestacional al nacer, el peso al nacer y el estado nutricional con el tipo de neumonía

5.2. RECOMENDACIONES

1. Que se realice investigaciones similares al presente estudio en donde se involucren otros tipos de variables como: material de la vivienda, número de hijos de la madre, si el niño asiste a la guardería.
2. Que la enfermera (o), implemente y mejore los programas de prevención contra las Infecciones respiratorias, innovando nuevas técnicas de aprendizaje y estrategia de enseñanza para lograr un mejor aprendizaje en los padres de familia o cuidadores.
3. Que los establecimientos de salud consideren este estudio de investigación; para programar intervenciones de enfermería y ejecutar actividades de promoción y prevención en la salud infantil.
4. Educar a la población en general principalmente las madres para mejorar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de neumonía (lactancia materna exclusiva, inmunización, nutrición).
5. Que el equipo de salud fomente la participación de los líderes comunales como promotores y agentes de salud comunal en actividades de educación sanitaria para que contribuyan a la sensibilización de la población y la prevención de neumonía en menores de cinco años.

6. Que los estudiantes de enfermería como futuros profesionales de salud tomen conciencia de la importante labor educativa en la promoción de la salud y prevención e la neumonía, por lo que es indispensable su preparación continúa en el transcurso de su vida profesional.
7. El enfermero (a) cuando realice su SERUM conozca la situación de salud de la comunidad, para ello deberá elaborar un diagnóstico situacional a fin de conocer los principales factores de riesgo que se encuentran sometidos los niños para padecer de neumonía, así mismo realicen un plan de intervención.
8. En el trabajo de enfermería comunitaria realizar el seguimiento tanto del estado nutricional y de inmunización, puesto que son factores de riesgo para neumonía.

VI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Hernández, J (2013). Neumonía en OMS. Cali, Colombia. Fecha de acceso: 11 de enero del 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
2. Huamán, H (2014). Es la neumonía mortal. Copyright © 2015 "Salud y bienestar". Brasil. Fecha de acceso: 25 de enero del 2015. Disponible en: <http://lasaludi.info/es-la-neumonia-mortal.html>
3. Fernández, J (2010). Neumonía. © 2015 Unidad Edit. Información General S.L.U. Fecha de acceso 10 de enero del 2015. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/respiratorias/neumonia>
4. Giménez, S (2011). Síntomas de alarma y complicaciones de la neumonía. © Medicina 21 - Ediciones Farmavet. Canadá. Fecha de acceso: 11/01/15. Disponible en: <http://www.medicina21.com/doc.php?apartat=Paciente&id=1457>
5. Sillau, A (2000). Neumonía en niños menores de cinco años. Ginebra, Romandía. Fecha de acceso 25/01/15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_ni%C3%B1os.htm

6. Villanueva, K (2013). Día Mundial De la Neumonía. OPS / OMS. México. Fecha de acceso 24/01/15. Disponible en: Disponible en: [http://ss.pue.gob.mx/index.php/puebla-sana-port/2014-02-13-210012/articulos/item/2384 -día-mundial-de-la-neumonía](http://ss.pue.gob.mx/index.php/puebla-sana-port/2014-02-13-210012/articulos/item/2384-día-mundial-de-la-neumonía)
7. Punaro, K (2011). Neumonía, enfermedad silenciosa y mortal. Fecha de acceso: 25/01/15. Disponible en: <http://www.lacuarta.com/noticias/cronica/2011/04/63-102405-9-neumonia-enfermedad-silenciosa-y-mortal.shtml>
8. Andina, L (2010). Neumonía puede ser mortal en pocas horas si no hay atención médica. Lima, Perú Fecha de acceso: 26/01/15. Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2010-09-26-neumonia-puede-ser-mortal-en-pocas-horas-si-no-hay-atencion-medica-noticia_298133.html
9. Sillau, A (2000). Neumonía en niños menores de cinco años. Ginebra, Romandía. Fecha de acceso 25/01/15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_ni%C3%B1os.htm
10. Zimmer, S (2014). Neumonía. Buenos Aires, República Argentina. Fecha de acceso 25/01/15. Disponible en: <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=252>

11. Martín, A (2011). Etiología y Diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. Asociación Española de Pediatría. España.
12. Juárez, K (2013). Criterios de Hospitalización por Neumonía Adquirida en la Comunidad en Niños Menores de Cinco Años. Hospital Teófilo Dávila. Cuenca. Ecuador.
13. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (s/f). Definiciones y Conceptos en Estadísticas Vitales. Fecha de acceso: 22/09/15. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/definiciones.htm>
14. Choré, P (2012). Madres adolescentes. Fecha de acceso: 04/10/15. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/las-madres-adolescentes/las-madres-adolescentes.shtml#ixzz3nVQ1OxG1>
15. Muños, J (s/f). Embarazo en adolescencia. Fecha de acceso: 04/10/15. Disponible en: <http://embarzoadolescent.blogspot.pe/2009/07/consecuencias-en-la-madre-desde-el.html>
16. Sillau, A (2000). Neumonía en niños menores de cinco años. Ginebra, Romandía. Fecha de acceso 25/01/15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_ni%C3%B1os.htm

17. Gavidia, T (2009). Impactos ambientales sobre la salud respiratoria de los niños. Santiago, Chile. Fecha de acceso 25/01/15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482009000200006#
18. Sillau, A (2000). Neumonía en niños menores de cinco años. Ginebra, Romandía. Fecha de acceso 25/01/15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_ni%C3%B1os.htm
19. Vegas, M (2011). Neumonía muerte infantil. Lima, Perú. Fecha de acceso 24/01/15. Disponible en: <http://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/805/0>
20. Úbeda, I (2011). Neumonía adquirida en la comunidad - Protocolos del GVR. España. Fecha de acceso 26/01/15. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/protocolo-neumonia-2011.pdf>
21. Tamayo, C (2011). Mortalidad por neumonía en menores de 5 años. Hospital Docente Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba.
22. Sánchez, N (2010). Infecciones Respiratoria Agudas. La Habana. Cuba. Copyright ©Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. Fecha de acceso: 23/01/15. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv0196.htm

23. Selva, R (2013). Mortalidad por neumonía. España. Fecha de acceso: 25/01/15.
Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2072-92942013000100006&script=sci_arttext
24. Álvarez, M (2003). Neumonía Adquirida en la Comunidad. Chile. Fecha de acceso 23/01/15. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v20s1/art10.pdf>
25. Martín, A (2001). Etiología y Diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. Asociación española de Pediatría. España
26. Bernztein, B (2009). Neumonía de la comunidad en niños. Buenos Aires, Argentina. Fecha de acceso: 24/01/15. Disponible en :
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000200002&script=sci_arttext
27. Álvarez, M (2003). Neumonía Adquirida en la Comunidad. Chile. Fecha de acceso 23/01/15. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v20s1/art10.pdf>
28. Sánchez, I. (2010). Infecciones respiratorias Agudas. Perú. Fecha de acceso: 23/09/2015. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/infrespag.html>.

29. Sánchez, M (2012). Disminución de la neumonía. MINSA. Chimbote, Perú. Fecha de acceso 24/01/15. Disponible en: <http://www.chimbotenlinea.com/salud/26/06/2013/segun-minsa-la-tasa-de-mortalidad-por-neumonia-disminuyo-en-207-puntos>
30. Romero, K. 2013. Nuevos casos de Neumonía. Chimbote, Perú. Fecha de acceso 25/01/15. Disponible en: <http://www.rsdonlinea.com/noticias/todas-las-noticias/12437-nuevo-chimbote-se-elevan-los-casos-de-neumonia-y-enfermedades-respiratorias#>
31. García, P. (2003). Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en niños hospitalizados en Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay.
32. Bravo, P. (2004). Características Clínicas, epidemiológica y factores asociados al diagnóstico de neumonía. Santiago, Chile.
33. Higuera, A (2005). Costos económicos de las neumonías en niños menores de 2 años de edad en Bogotá, Colombia.
34. Hernández, N. (2005). Factores de riesgo Asociados a Neumonía en niñas y niños menores de 5 años fumadores pasivos Instituto Nacional de Salud del Niño, Nicaragua.

35. Drakeb, I. (2008). Neumonía de la comunidad en niños: impacto sanitario y costos del tratamiento en el primer nivel de atención público de la Argentina. Buenos Aires, Argentina.
36. Rivero, S (2010). Frecuencia de factores de riesgo asociados a la infección. Hospital de la Región, Cuba.
37. Romo, E (2010). Factores de Riesgo de Neumonía en Niños Menores de Cinco Años. Quito, Ecuador.
38. Verduguez, J (2010). Conducta de Infecciones Respiratorias Agudas con/sin Neumonías en menores de 5 años del Centro de Salud "San Benito". Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.
39. Vásquez, M. (2011). Factores sociales presentes en niños y niñas menores de cinco años con diagnóstico de neumonía, de la comunidad el Hospital Nacional Angélica Vidal de Najarro de San Bartolo, Nicaragua.
40. Otazu, F (2012). Percepción sobre las infecciones respiratorias Agudas que poseen las madres de niños menores de 5 Años que consultan en el Hospital distrital de Horqueta. Paraguay.

41. Aveiga, J (2013). Factores de riesgo de neumonía grave en niños menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del hospital provincial general de Iatacunga en el período abril a julio 2013. Ecuador.
42. Araujo, C. (2013), Conocimientos, actitudes y prácticas frente a Signos de alarma en infecciones respiratorias agudas, (neumonía) de las madres de los niños menores de 5 años que acudieron al hospital Pedro Vicente Maldonado en el período enero 2011- Noviembre 2011. Ecuador.
43. Valcárcel, M. (2001) Factores y etiología bacteriana de las neumonías en pacientes pediátricos del hospital Regional del Cusco. Perú.
44. Reategui, Y (2002) Factores de riesgo asociado a neumopatía aguda en pacientes pediátricos en el Hospital Regional De Loreto Y Hospital Apoyo Iquitos. Perú.
45. Cárdenas, M. (2008) Estado nutricional y riesgo de muerte por neumonía del lactante menor hospitalizado. Arequipa, Perú
46. Carrasco, J (2009) Determinantes socioculturales asociados a la neumonía en Puno, Perú: estudio cualitativo. Puno, Perú

47. Martínez, R. (2010). Factores de riesgo para mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad en niños hospitalizados menores de cinco años. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú
48. Terrones, M. (2010), Características clínico-epidemiológicas de pacientes menores de 5 años con neumonía complicada en el Instituto Nacional de Salud del Niño del 2005 al 2009. Cusco, Perú.
49. Padilla J. (2010) Perfil etiológico de la neumonía adquirida en la comunidad en niños de 2 a 59 meses en dos zonas ecológicamente distintas del Perú. Puno, Perú.
50. Chávez, M. (2011). Caracterización clínica de una población pediátrica con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad. Ica, Perú.
51. Sillau J, (2012), Factores de riesgo de neumonías en niños menores de 5 años. Lima, Perú
52. Vera, O (2012). Evaluación del Estado Nutricional en pacientes con neumonía menores de cinco años atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo – Perú.
53. Morales, O. (2012). Factores de riesgo en niños menores de tres años en un Hospital del MINSA. Trujillo, Perú.

54. Canelo, D. (2014) Perfil Clínico y epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad de pacientes hospitalizados por el servicio de emergencia del instituto nacional de salud del niño. Marzo 2013 A Febrero 2014. Lima, Perú.
55. Ángeles, A (2012). Prácticas Preventivas de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 2 años y Factores Sociales Maternos. Nuevo Chimbote - Perú.
56. Toledo, M (2012). Neumonía adquirida en la comunidad en niños y adolescentes. La Habana, Cuba. Fecha de acceso 24/01/15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000400014&script=sci_arttext
57. Backet, M. (1995). Riesgo en la asistencia sanitaria. Fecha de acceso 15/10/11. Perú. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/boletines%20y%20novedades/ediciones%20del%20clap/clap%201264.pdf
58. Díaz, A. (2005). El enfoque de riesgo y la atención materna infantil. Tecnología perinatal. Uruguay
59. Sarue, G. (2001). Enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Fecha de acceso 15/10/15. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10071/Enfoque-Riesgo.html>

60. Rodríguez, O. (2003). Fundamentos de principios y práctica para la comunicación de riesgo en el campo de la salud. Chile. Fecha de acceso: 16/10/15. Disponible en : http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo
61. Schwarc, R. (2007). Concepto de riesgo y el cuidado de la salud. Uruguay. Publicación científica.
62. Stephen, B. (2011). Enfoque de riesgo. Fecha de acceso 13/1/15. Disponible en: <file:///C:/Users/ADM/Downloads/Manual%20sobre%20el%20enfoque%20de%20riesgo%20en%20la%20atencion%20maternoinfantil.pdf>
63. Alarcon, J.(2008). Riesgo – vulnerabilidad. Fecha de acceso 11/10/15. Disponible en: <http://es.slideshare.net/jimmyfavian/concepto-de-riesgo-2012309>
64. Alvares, A. (2005). Factores de riesgo. Fecha de acceso 26/01/15. Colombia. Disponible en: <http://saludocupacional.univalle.edu.co/factoresderiesgocupacionales.htm>
65. Wagstaff, A (2004). Salud Infantil: Consecuencias de la Pobreza. Fecha de acceso: 22/09/15. Disponible en: <http://www.bago.com/bagoarg/biblio/pediatweb389.htm>

66. Beltrán, M (2008). 86% de familias peruanas vive con menos de 1000 soles mensuales. Editorial Bajo la Lupa. Fecha de acceso: 22/09/15. Disponible en: http://bajolalupa.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2659%3A86-de-familias-peruanas-vive-con-menos-de-1000-soles-mensuales&catid=319%3Aalerta-peru&Itemid=162
67. Del Valle, V (2010). Pobreza infantil. Fecha de acceso: 22/09/15. Disponible en: <http://www.humanium.org/es/pobreza-infantil/>
68. Villapando, J. (2009). Ciencia y Conducta Humana. España: Orbis S.A.
69. Dirección General de Epidemiología (DGE). (2013). Indicadores Regionales de Salud. Ministerio de Salud: c2013. Fecha de acceso 1 de octubre del 2015. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/asis_indbas.php.
70. Campbell, H. (2003). Escuchar y conversar con las madres. Noticias sobre IRA (OPS, Washington, DC).
71. González, G. Cuba. (2002). Factores de riesgo de la mortalidad infantil. Cubana Med Gen Integral.

72. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. (2004). Los niños, la población y el desarrollo. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. New York.
73. Llauraso, M (2010). Conocimiento sobre infecciones. Fecha de acceso: 11/11/2015.
Disponibile en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v35n1/original1.pdf>
74. Hassett D, (2000). Sistema inmune del niño y protectores maternales. Londres.
Fecha de acceso: 18/ 11/2015. Disponible en:
<http://epidemiologiamolecular.com/inmunoneonatologia/>
75. Hernández, R. (2012). Nacimiento prematuro. Chile. Fecha de acceso 15/11/15.
Disponibile en : <http://www.buenasalud.org/ver.php?v=toi0usxa>
76. Rios, J. (2006). Importancia del peso al nacimiento. Chile. Fecha de acceso:
17/11/15. Disponible en:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/birthweight.html>
77. Jackson KM (2006). Lactancia materna. Brasil. Fecha de acceso 15/11/2015.
Disponibile en: <http://infogen.org.mx/el-sistema-inmune-del-recien-nacido-y-la-importancia-de-la-leche-materna/>
78. Tregnaghi, Y. (2001). Importancia de las vacunas. (Colombia). Fecha de acceso
17/11/15. Disponible en: <http://eps.comeva.com.co/publicaciones.php?id=42815>

79. Ministerio de Salud del Perú (2010). “Resultados del Sistema de información del Estado Nutricional 2009 al 3er trimestre 2011”. Fecha de acceso: 19/11/15
Disponibile en URL: www.ins.gob.pe
80. Beas, E (2010). Infecciones Pediátricas. 1^{ra} ed. Chiclayo, Perú.
81. Mariños, A. (2004). Factores ambientales. Peru. Fecha de acceso: 20/11/2015.
Disponibile en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/es/>
82. Sanches, N.v(2010). Enfoque de riesgo. Peru. Fecha de acceso 17/11/2015.
Disponibile en:
<http://epidemiologiaunpa4todenfermeria.blogspot.pe/2012/06/enfoque-de-riesgo-nayeli-sanchez.html>
83. Campbell H. (2003). Es indispensable conocer la actitud de la población local.
Noticias sobre IRA (OPS, Washington, DC).
84. Cercado, B. (2014). Concepto de Edad. Lima, Perú. Fecha de acceso 24/01/15.
Disponibile en: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>

85. Idescat, M. (2001). Nivel de Instrucción. Fecha de acceso 25/01/15. Madrid, España. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=es>
86. Aguirre, C. (2014). Residencia. Lima, Perú. Fecha de acceso 24/01/15. Disponible en: <http://definicion.de/procedencia>
87. Vargas, L. (2014). Ingreso familiar. Lima, Perú. Fecha de acceso 24/01/15. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/economia/ingreso-familiar.php>
88. Palacios, J. (2014). Nivel de conocimiento. Lima, Perú. Fecha de acceso 25/01/15. Disponible en: <http://www.gsi.dit.upm.es/~gfer/ssii/rcsi/rcsisu8.html>
89. WIKIPEDIA. (2014). Edad. Fecha de acceso 26/01/15. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Edad>
90. Monserrant, B. (2014). Diferencia entre sexo y género. Fecha de acceso 26/01/15. España. Disponible en: <http://feminismo.about.com/od/conceptos/fl/Diferencia-entre-sexo-y-geacutenero-y-otros-conceptos.htm>
91. Alvarado, J. (1995). “Manual de neonatología”, 1º ed. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

92. Sierra, M. (2005). Definición de términos. Lima, Perú. Fecha de acceso 26/01/15.
Disponible en:
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/definiciondeterminos.pdf>
93. Arredondo, A (2010). Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico. Salud Mental. Lima, Perú.
94. Hernández, J (2013). Organización Mundial De La Salud. Vacunas. Fecha de acceso 13 de julio del 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
95. Bueno, M; Sarría, A (1995). Exploración general de la nutrición. Tratado de exploración clínica en pediatría. Barcelona. Fecha de acceso 13 de julio del 2015.
Disponible en:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:k4qrkI18mzYJ:www.alimentacionynutricion.org/es/index.php%3Fmod%3Dcontent_detail%26id%3D114+%&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=mx
96. Gilliland F (2001). Efectos del tabaco. Canadá.. Fecha de acceso 13 de julio.
Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-de-la-exposicion-al-humo-de-tabaco-en-la-salud>

97. Bermúdez, A (2015). Organización Mundial de la Salud, 1996. Neumonía (documento FRH / WHD / 96.27. España. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
98. Guevara, R. (2010). Factores de riesgo para hospitalizar a niños menores de cinco años. Ecuador.
99. Honorio, C. (2002). Factores de riesgo para la neumonía en niños menores de cinco años. Perú. Fecha de acceso 11/11/15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/honorio_qc/t_completo.pdf
100. Aveija, J. (2013). Factores de riesgo de neumonía grave en niños menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Provincial General de Latacunga en el período abril a julio. Ecuador. Fecha de acceso 11/11/15. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5874/1/Walter%20Jonatan%20Aveiga%20Flores.pdf>
101. Alvin, N; Guzmán, F. (2005). Costos económicos de las neumonías en niños menores de 2 años de edad. Colombia. Fecha de acceso: 12/11/13. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a05v17n3.pdf>
102. Cruz, Y; Dorta, R. (2012). Caracterización clínico epidemiológica de la neumonía en niños hospitalizados. Fecha de acceso: 12/11/15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100017

103. Torres, E. (2006). Factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas complicadas en una población de pacientes. Colombia. Fecha de acceso 11/11/15. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31745/1/torressobrevilla.pdf>
104. Quilli, Y. y Ordoñez, M. (2014). Factores de riesgo en enfermedades respiratorias en niños/as menores de 5 años tomando como base la clasificación del AIEPI. Ecuador. Fecha de acceso 10/11/15. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21236/1/TESIS.pdf>
105. Romo, E. (2001). Factores de riesgo de neumonía en niños menores de cinco años ingresados en el hospital provincial puyo. Ecuador. Fecha de acceso 15/11/15. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/189/94T00059.pdf?sequence=1>
106. Honorio, C. (2002). Factores de riesgo para la neumonía en niños menores de cinco años. Perú. Fecha de acceso 11/11/15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/honorio_qc/t_completo.pdf
107. Avejía, J. (2013). Factores de riesgo de neumonía grave en niños menores de 5 años ingresados en el servicio de pediatría del hospital provincial general de Latacunga en el período abril a julio. Ecuador. Fecha de acceso 11/11/15. Disponible en:

<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5874/1/Walter%20Jonatan%20Aveiga%20Flores.pdf>

108. Cruz, Y. Dorta, R. (2012). Caracterización clínico epidemiológica de la neumonía en niños hospitalizados. Fecha de acceso: 12/11/15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100017
109. Torres, E. (2006). Factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias agudas complicadas en una población de pacientes. Colombia. Fecha de acceso 11/11/15. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31745/1/torressobrevilla.pdf>
110. Leste, T. (2006). Infecciones respiratorias agudas bajas en menores de cinco años de Hatu-Builico, Timor Leste. Cuba. Fecha de acceso: 11/11/15. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no124/pdf/n124ori13.pdf>
111. Honorio, C. (2002). Factores de riesgo para la neumonía en niños menores de cinco años. Perú. Fecha de acceso 11/11/15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/honorio_qc/t_completo.pdf
112. Quilli, Y. y Ordoñez, M. (2014). Factores de riesgo en enfermedades respiratorias en niños/as menores de 5 años tomando como base la clasificación del AIEPI. Ecuador. Fecha de acceso 10/11/15. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21236/1/TESIS.pdf>

113. Torres, A. (2012). Factores de riesgo asociadas a las infecciones respiratorias complicadas en la infancia. Ecuador. Fecha de acceso: 13/11/15. Disponible en: <file:///C:/Users/ADM/Downloads/Co-CM121-17.pdf>
114. Bravo, O. y Olate, M. (2004). Características clínicas, epidemiológicas y factores asociados al diagnóstico de neumonía recurrente en niños, experiencia de doce años. Chile. Fecha de acceso: 15/11/15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500004&script=sci_arttext
115. Cedillo, D. (2013). Determinantes sociales que influyen en la neumonía en niños menores de 5 años. Ecuador. Fecha de acceso: 16/11/15. Disponible: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21440/1/TESIS.pdf>
116. Romo, E. (2001). Factores de riesgo de neumonía en niños menores de cinco años ingresados en el hospital provincial puyo. Ecuador. Fecha de acceso 15/11/15. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/189/94T00059.pdf?sequence=1>
117. Romero, E. (2007). Evaluación del Estado Nutricional en pacientes con neumonia menores de cinco años atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Perú. Fecha de acceso: 16/11/15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v6n2_2013/pdf/a07v6n2.pdf

118. Giuffrida, J. (2001). Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria sistémica a la infección respiratoria aguda. España. Fecha de acceso: 16/11/15. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14261/TESIS%20DOCTORAL%202011%20MARIA%20GIUFFRIDA.pdf?sequence=1>
119. Figueras, N. (2011). Estudio clínico epidemiológico neumonía aguda comunitaria no complicada en el niño. España. Fecha de acceso: 13/11/15. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4622/cfn1de1.pdf?sequence=1>
120. Hortal, M. (2011). Determinación de factores, frecuencia y tratamiento de la Neumonía en niños menores 5 años. Perú. Fecha de acceso: 15/11/15. Disponible en: <http://www.alipso.com/monografias/plantesisfactoresneumonia/>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E.A.P ENFERMERIA



ANEXO N ° 01

CUESTIONARIO ANTECEDENTES MATERNOS

Autores: Crisanto Barzola Jhon Alexander, Marreros Capillo Yury Natali

A continuación le presentamos un instrumento que servirá para conocer los Antecedentes Maternos y del Niño menor de 5 años relacionado a la Neumonía, con el objetivo de realizar nuestro trabajo de investigación. Por el cual le pedimos su participación y sinceridad al responder las preguntas. Para ello leerá cada pregunta, con sus respectivas alternativas, usted debe contestar la correcta. El presente es anónimo.

A) ANTECEDENTES MATERNOS:

1. EDAD:

- a) Menor de 19 años
- b) De 20 a 35 años
- c) Mayor de 35 años

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

3. RESIDENCIA:

- a) Urbano
- b) Urbano Marginal
- c) Rural

4. INGRESO ECONÓMICO:

- a) Menos del mínimo vital
- b) Mínimo vital
- c) Más del mínimo vital.

5. CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA:

- a) Bajo
- b) Medio
- c) Alto.

ANEXO N ° 01 - A

CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS SOBRE NEUMONÍA

Autores: Crisanto Barzola Jhon Alexander, Marreros capillo Yury Natali

A continuación le presentamos un instrumento que servirá para conocer el nivel de conocimientos en relación a la neumonía en los niños menores de 5 años. Por el cual le pedimos su participación y sinceridad al responder las preguntas que se muestran a continuación. El presente es anónimo.

1. La neumonía es una:
 - a) Infección de la garganta.
 - b) Enfermedad pulmonar muy peligrosa.
 - c) Enfermedad que no requiere atención inmediata.

2. Ud. considera que su niño tiene fiebre cuando mide la temperatura con:
 - a) El termómetro y está por encima de 37,5°C
 - b) El termómetro y está por encima de 38° C
 - c) El termómetro y está por debajo de 37 ° C
 - d) No sabe usar el termómetro y siente al niño caliente.

3. Un niño con neumonía usualmente presenta:
 - e) Vómitos, fiebre y debilidad.
 - f) Fiebre, dolor abdominal y piel azul.
 - g) Tos, fiebre y respiración rápida.

4. Se previene la neumonía en niños:
 - a) Bañándole con agua tibia.
 - b) Teniendo sus vacunas completas.
 - c) Lavándose las manos solo antes de comer.

5. Los ambientes de su vivienda tienen que permanecer:
 - a) Cerrados
 - b) Moderadamente ventilado
 - c) Ventilado con corrientes de aire.

6. Si alguien fuma en casa Ud.:
 - a) Abre las ventanas o puertas.
 - b) No permite fumar dentro de casa.
 - c) No hace nada, porque el fumar no afecta a la salud del niño.

7. Los factores de riesgo de la neumonía en niños son:
 - a) Nacimiento prematuro
 - b) Desnutrición
 - c) Vacunas incompletas
 - d) Todas las anteriores

8. Si su niño presenta fiebre y dificultad para respirar usted:
 - a) Lo automedica
 - b) Lo lleva al centro de salud más cercano
 - c) Utiliza remedios caseros.

9. Si en su casa hay un familiar con una enfermedad respiratoria:
 - a) Evita el contacto del niño con este familiar
 - b) Fomenta el uso de mascarilla y lavado de manos
 - c) Sugiere al familiar tomar un medicamento.

10. Se detectan algunos riesgos de que el niño pueda contraer neumonía cuando:
 - a) El niño acude continuamente a su control de crecimiento y desarrollo.
 - b) El niño acude a la guardería o jardín.
 - c) Ninguna de las anteriores.

PUNTUACION

CONOCIMIENTO SOBRE NEUMONIA	PUNTUACION
BAJO	0 - 8
MEDIO	10 - 14
ALTO	16 - 20

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E.A.P ENFERMERIA



ANEXO N ° 02

**CUESTIONARIO ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS CON
NEUMONIA**

Autores: Crisanto Barzola Jhon Alexander, Marreros Capillo Yury Natali

A continuación le presentamos un instrumento que servirá para conocer los Antecedentes del Niño menor de 5 años relacionado a la Neumonía, con el objetivo de realizar nuestro trabajo de investigación. Por el cual le pedimos su participación y sinceridad al responder las preguntas. Para ello leerá cada pregunta, con sus respectivas alternativas, usted debe contestar la correcta. El presente es anónimo.

B) ANTECEDENTES DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:

6. EDAD:

- a) Menor de 6 meses
- b) De 6 meses a 2 años
- c) Mayor de 2 años a 5 años

7. SEXO:

- a) Masculino
- b) Femenino

8. EDAD GESTACIONAL DE NACIMIENTO:

- a) RN. Pretérmino
- b) RN. A término
- c) RN. Postérmino

9. PESO AL NACER:

- a) RN. De bajo peso
- b) RN. Normal
- c) RN. Macrosomico

10. LACTANCIA MATERNA

- a) Exclusiva
- b) Mixta
- c) Artificial

11. VACUNAS

- a) Completas.
- b) Incompletas.

12. ESTADONUTRICIONAL

- a) Normal
- b) Anormal

13. TIPO DE EXPOSICION AL HUMO

- a) Leña.
- b) Tabaco.
- c) Ninguno

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E.A.P ENFERMERIA



ANEXO N ° 03

FICHA DE CONTENIDO

Tipo de neumonía:

- a) Bacteriana
- b) Viral

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es ANTECEDENTES MATERNOS Y DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS RELACIONADO A LA NEUMONIA. HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2015, el propósito de este estudio es Conocer los Antecedentes Maternos y Del Niño menor de 5 años relacionado a la Neumonía. El presente proyecto investigación está siendo conducida por JHON CRISANTO BARZOLA Y YURY MARREROS CAPILLO con la asesoría de la profesora Dra. CARMEN SERRANO VALDERRAMA de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista y test, la que tomará 15 minutos de mi tiempo. Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador: MARREROS CAPILLO, Yury / CRISANTO BARZOLA, Jhon

Institución: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA Teléfono: 945056547 / 295118

Nombre del asesor: Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

Institución: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....
Firma del participante y fecha

.....
Nombre del participante DNI:

.....
Firma del investigador y fecha

.....
Firma del investigador y fecha