UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Medicina

TÍTULO

FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERÍODO DICIEMBRE 2015 – MAYO 2016

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR:

Hugo Germán Japón Gualán

DIRECTOR:

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Esp.

LOJA – ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Esp.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada: **FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERÍODO DICIEMBRE 2015 – MAYO 2016,** de autoría del Sr. Hugo Germán Japón Gualán, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Loja, 5 de agosto del 2016

Atentamente,

.....

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Hugo Germán Japón Gualán,** declaro ser autor del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Hugo Germán Japón Gualán.

Firma: .....

Cédula: 1105223067

Fecha: Loja, 21 de septiembre de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, **Hugo Germán Japón Gualán**, declaro ser autor de la tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERÍODO DICIEMBRE 2015 – MAYO 2016,** como requisito previo a la obtención del título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 21 días del mes de septiembre del 2017, firma el autor.

Firma: .....

Autor: Hugo Germán Japón Gualán.
Cédula: 1105223067.
Dirección: Barrio Colinas Lojanas. Av. Benjamín Carrión y Ventanas.
E-mail: hugito_cnav1991@hotmail.com.
Teléfono: 2110129. **Celular:** 0986980930.

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Esp.
Tribunal de Grado: Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.
Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.
Dra. Nuvia Eyleen Ludeña Misquero, Esp.

DEDICATORIA

El sendero de nuestra vida es iluminado por nuestro Padre Celestial, quien me ha brindado la vida a través de mis padres, los cuales me enseñaron que las grandes recompensas llegan con los magnos esfuerzos de la vida.

A mis hermanos y amigos por el apoyo incondicional durante esta ardua tarea de conseguir tan prestigioso objetivo de servir a los demás, bajo el título de médico.

Hugo

AGRADECIMIENTO

Al término de esta tesis, agradezco a Dios por haberme dado la vida, a las autoridades de la Universidad Nacional de Loja por abrirme sus puertas para seguir caminando hacia el éxito, a los docentes de la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana, por sus sabias enseñanzas durante mi formación como profesional.

A la Dra. Sandra Mejía quien guío mi proyecto para su respectiva evaluación.

De forma especial a mi Director de Tesis Doctor Hugo Cueva, quien me impartió sus conocimientos y entusiasmo para seguir adelante y culminar con éxito el desarrollo de la misma.

El Autor

ÍNDICE

CARÁTULA……..... i
CERTIFICACIÓN……..... ii
AUTORÍA……..... iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN…… iv
DEDICATORIA……..... v
AGRADECIMIENTO…… vi
ÍNDICE……... vii
ÍNDICE DE CUADROS…… ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS……..... x
1. TÍTULO……..... 1
2. RESUMEN……..... 2
SUMMARY……. 3
3. INTRODUCCIÓN……..... 4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA……..... 6
4.1 Factores de Riesgo para Infecciones Respiratorias Altas…….. 6
4.1.1 Factores Demográficos……..... 6
4.1.1.1 Edad……..... 6
4.1.1.2 Género……..... 6
4.1.2 Factores Socioeconómicos…… 6
4.1.2.1 Ingreso Familiar……..... 6
4.1.2.2 Educación de los Padres…… 6
4.1.3 Factores Ambientales…… 7
4.1.3.1 Exposición al Humo…….. 7
4.1.3.2 Exposición al Frío y la Humedad……. 7
4.1.4 Factores Nutricionales……... 7
4.2 Infecciones Respiratorias Altas…… 8
4.2.1 Definición…… 8
4.3 Resfriado Común…….. 8
4.3.1 Definición…… 8
4.3.2 Etiología……. 8
4.3.3 Cuadro Clínico…… 9

4.3.4 Diagnóstico……... 10
4.3.5 Tratamiento…….. 10
4.3.6 Recomendaciones para Padres……... 11
4.4 Faringoamigdalitis…….. 12
4.4.1 Definición……. 12
4.4.2 Etiología…… 13
4.4.3 Cuadro Clínico……. 13
4.4.3.1 Infección Viral……... 14
4.4.3.2 Infección Bacteriana……. 14
4.4.4 Diagnóstico…… 15
4.4.4.1 Pruebas de Detección Antigénica Rápidas…… 16
4.4.4.2 Cultivo de Garganta…….. 16
4.4.4.3 Valor de la Determinación de Anticuerpos…….. 16
4.4.5 Tratamiento……... 17
5. MATERIALES Y MÉTODOS……..... 19
6. RESULTADOS…….. 22
7. DISCUSIÓN……... 25
8. CONCLUSIONES……..... 27
9. RECOMENDACIONES…… 28
10. BIBLIOGRAFÍA……...…… 29
11. ANEXOS…….. 32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Infecciones respiratorias altas recurrentes según género…… **22**

Tabla N° 2. Factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes……. **23**

Tabla N° 3. Relación de los factores de riesgo con las infecciones respiratorias altas... **24**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Infecciones respiratorias altas recurrentes según género…… **22**

Gráfico N° 2. Factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes……. **23**

Gráfico N° 3. Relación de los factores de riesgo con las infecciones respiratorias altas... **24**

1. TÍTULO

FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERÍODO DICIEMBRE 2015 – MAYO 2016.

2. RESUMEN

Las Infecciones Respiratorias Altas (IR altas) son un complejo sindromático de entidades clínicas, con diversidad epidemiológica y causal que dificulta su control y vigilancia, constituyéndose en la consulta pediátrica más frecuente. (Ciria et al., 2012) El objetivo de esta investigación fue determinar y analizar los factores de riesgo y su relación con las infecciones respiratorias altas en preescolares del Barrio Colinas Lojanas. Se utilizó una muestra de 60 niños quienes cumplieron con los criterios de inclusión, la información se procesó mediante la aplicación de una encuesta al representante del niño, obteniéndose los siguientes resultados: En el género masculino se encontró un 72% (n=23) de resfriado común y un 28% (n=9) de faringoamigdalitis. En cuanto al género femenino se evidenció resfriado común en un 71% (n=28) y un 29% (n=9) de faringoamigdalitis. En lo concerniente a los factores de riesgo desencadenantes para el desarrollo de infecciones respiratorias altas se encontró principalmente el polvo con un 85% (n=51), los cambios climáticos con el 73% (n=44), y la presencia de humo de tabaco en el hogar con el 67% (n=40), llegando a la conclusión de que la patología más frecuente es el resfriado común cuyo factor de riesgo principal es el polvo.

Palabras Claves: Infecciones respiratorias altas; Preescolares; Factores de riesgo.

SUMMARY

High respiratory infections (go high) are a complex sindromatico of clinical entities, with epidemiological and causal diversity that makes it difficult to control and surveillance, becoming the most frequent pediatric consultation. (Ciria et al., 2012) The objective of this research was to determine and analyze the risk factors and its relationship with high respiratory infections in preschool children of the Lojanas hills neighborhood. We used a sample of 60 children who met the inclusion criteria, the information was processed through the application of a survey representative of the child, obtained the following results: Male found 72% (n = 23) of common cold and 28% (n = 9) of sore throat. Female gender was evident common cold in a 71% (n = 28) and 29% (n = 9) of sore throat. With regard to risk factors triggering the development of infections respiratory high was found mainly dust with 85% (n = 51), climatic changes with 73% (n = 44), and the presence of tobacco smoke in the home with 67% (n = 40), coming to the conclusion that the most frequent pathology is the common cold whose main risk factor is dust.

Key words: Infections respiratory high; Preschool; Risk factors.

3. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Altas (IR altas) cada año afectan principalmente a recién nacidos, preescolares, escolares, jóvenes y adultos quienes difícilmente pueden escaparse de la rápida propagación de la enfermedad.

Están presentes durante todo el año, y se incrementan de manera significativa en los meses de invierno, con alta morbilidad y baja mortalidad. Estas afecciones conjuntamente con las enfermedades diarreicas agudas y la malnutrición, encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados. (Aguirre et al., 2014)

Las estimaciones muestran que las IRA representan entre 30 y 50% de las visitas de los niños a los establecimientos de salud y entre 20 y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Específicamente en Chile, se ha observado que las IRA concentran más de 67% de las consultas de menores de seis años en atención primaria, en tanto que a nivel de servicios de urgencia se ha constatado que, del total de consultas pediátricas, los diagnósticos más frecuentemente consignados corresponden a IR alta y síndrome bronquial obstructivo (SBO). (Barría & Calvo, 2008)

En Ecuador las Infecciones Respiratorias ocupan el primer lugar de consulta médica pediátrica sobre todo en menores de 5 años, se estima que 3 de cada 5 consultas por enfermedades infecciosas corresponden a padecimientos respiratorios agudos y de estos el 80% afectan las vías aéreas superiores. (Poma, 2010)

En la ciudad de Loja las infecciones de las vías respiratorias altas constituyen la primera causa de morbilidad en niños con una tasa del 9%. (Alvarado, 2013)

Estas infecciones se relacionan con factores del medio intra y extra domiciliario, sociales, culturales y del estilo de vida de los integrantes de la familia. Entre los factores de riesgo se incluye el hábito de fumar de los padres, y especialmente de la madre, porque suele asociarse con una mayor prevalencia de síntomas respiratorios en lactantes y niños pequeños. (Álvarez et al., 2008)

Uno de los factores de riesgo demográfico es el sexo y la edad donde la mortalidad se concentra en la infancia donde los varones suelen ser más afectados, ya que influye: la inmadurez inmunológica, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y destete temprano. En

los factores de riesgo socio-económicos tenemos el bajo ingreso familiar, la educación de los padres y el lugar de residencia que son factores primordiales en el desarrollo de las infecciones respiratorias agudas debido a la extrema pobreza y a la falta de educación. Los factores de riesgo ambientales más frecuentes en las infecciones respiratorias agudas son: el hacinamiento, la exposición al humo, y la contaminación del aire. Entre los factores nutricionales influye: el bajo peso al nacer, la desnutrición, la privación de la lactancia materna y la deficiencia de vitaminas que hace que el niño tenga un desarrollo inmunológico disminuido, debido a las bajas defensas que posee su organismo. (Guevara, 2008)

Es por ello que la investigación titulada: Factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes en preescolares del Barrio Colinas Lojanas de la provincia de Loja, período diciembre 2015 – mayo 2016, es importante para prevenir futuras infecciones respiratorias altas en preescolares, y de esta manera disminuir la morbilidad de estas enfermedades en la consulta pediátrica.

Entre los objetivos planteados se determinó las principales infecciones respiratorias altas, y además se analizó y relacionó los factores de riesgo responsables de dichas infecciones en los preescolares.

En los resultados obtenidos se evidenció un 72% (n=23) de resfriado común y un 28% (n=9) de faringoamigdalitis en el género masculino. En cuanto al género femenino se encontró resfriado común en un 71% (n=28) y un 29% (n=9) de faringoamigdalitis. En lo concerniente a los factores de riesgo desencadenantes para el desarrollo de infecciones respiratorias altas se encontró principalmente el polvo con un 85% (n=51), los cambios climáticos con el 73% (n=44), y la presencia de humo de tabaco en el hogar con el 67% (n=40), siendo la patología más frecuente el resfriado común cuyo factor de riesgo principal es el polvo.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Factores de riesgo para las infecciones respiratorias altas

4.1.1 Factores demográficos.

4.1.1.1 Género: Los varones parecen ser más afectados por las IR altas (Infecciones Respiratorias Altas) que las mujeres.

Un estudio científico de la Universidad de Cambridge (Reino Unido) afirma que los hombres pueden ser más susceptibles que las mujeres a las infecciones por factores evolutivos, como la conducta, y por diferencias hormonales.

4.1.1.2 Edad: El sistema inmune se desarrolla progresivamente desde recién nacido hasta el fin del período escolar, igualmente el sistema respiratorio inicia su funcionamiento en el momento del nacimiento y durante la etapa escolar se encuentra aún en desarrollo y maduración. Es así como durante los primeros 5 años de vida los niños son más susceptibles a presentar infecciones de tipo respiratorio entre 3 y 6 al año, que pueden aumentar al ingresar a la vida escolar.

4.1.2 Factores socioeconómicos.

4.1.2.1 Ingreso familiar: las Infecciones Respiratorias Agudas están asociadas a factores socioeconómicos, es la diferencia amplia entre países por la falta de acceso a bienes de consumo, a micronutrientes que determinan la falta o carencia de inmunoglobulinas que vuelven a los niños vulnerables para la adquisición de Infecciones por inmunosupresión.

4.1.2.2 Educación de los padres: la menor educación en las madres se asocia con un incremento en el riesgo y en la morbilidad por IR altas. Una madre que cuenta con educación, estará en capacidad de atender a su hijo en forma apropiada y tener conocimiento básico sobre el manejo adecuado de los alimentos, las normas de higiene correctas y las enfermedades que usualmente pueden afectar a los niños. De tal manera que las madres que no completan la educación primaria no estarán en capacidad de evitar enfermedades a sus hijos, especialmente de tipo respiratorio así como es probable que tampoco puedan identificar signos de complicaciones.

4.1.3 Factores ambientales.

4.1.3.1 Exposición al humo: la contaminación del aire intradomiciliario con humo o gases debido a la combustión en el hogar de madera, leña, carbón, otros residuos vegetales o excrementos de animales se ha supuesto que aumentan la incidencia de IRA alta. El hábito de fumar de algún miembro del hogar convierte al niño en fumador pasivo y lo predispone a la presencia de IR altas y alergias respiratorias, por las alteraciones que se producen en la superficie de la mucosa pulmonar, igualmente la presencia de partículas de polvo producto de fábricas (cemento, carbón, ladrillo etc.), calles sin pavimentar, olor a basura y humo producto de quemas cerca del hogar y combustibles utilizados para cocinar.

4.1.3.2 Exposición al frío y a la humedad: se sabe comúnmente que el frío puede acarrear infecciones respiratorias. En Ecuador la presencia de infecciones respiratorias agudas-graves está dentro de lo esperado para la estación lluviosa, con tendencia a la disminución, como en los años anteriores en la estación seca, según datos de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud.

4.1.4 Factores nutricionales

Los factores nutricionales que pueden influir en el riesgo de IR altas, incluyen bajo peso al nacer, estado nutricional, lactancia materna y niveles bajos de vitamina A y otros micronutrientes. La lactancia materna puede proteger contra las Infecciones Respiratorias Agudas mediante un cierto número de mecanismos, incluyendo sustancias antivirales y antibacterianas, las células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes. (Rivera, Zhingre, & Montaleza, 2014)

Antes del nacimiento el sistema inmunitario del feto es bastante inactivo, porque no ha estado expuesto a gérmenes extraños, sin embargo, recibe alguna protección de los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta en las últimas 10 semanas de embarazo. Aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección que la misma aporta contra las IR altas. Igualmente, los niños con enfermedades asociadas o desnutrición, presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las infecciones. (Prieto Herrera María Eulalia, 2000)

4.2 Infecciones respiratorias altas

4.2.1 Definición

Son las infecciones que afectan la nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senos paranasales. Debe recordarse que la mucosa del tracto respiratorio superior es continua por lo que una infección en cualquiera de sus sectores puede propagarse hacia sus sectores inferiores. (Macedo & Mateos, 2006)

4.3 Resfriado común

4.3.1 Definición

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamado también «catarro común», «resfrío», «rinofaringitis» o «nasofaringitis», aunque en algunos casos estos términos resultan inapropiados pues no siempre el resfriado común compromete la faringe; mal llamada “gripa”, constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores.

Representa 23 millones de días laborales perdidos en los Estados Unidos y cinco billones de dólares costo por año. (Cherry, 2006)

4.3.2 Etiología

Los virus más implicados son: rhinovirus, adenovirus, coronavirus, parainfluenza, sincitial respiratorio; influenza A y algunos echovirus como Coxsackie A.

Sobresalen los siguientes aspectos:

- Es una enfermedad universal.
- Los resfriados son más frecuentes en los trópicos en épocas lluviosas.
- Más frecuente en los preescolares.
- Se presentan, con tres a nueve resfriados por año, uno cada seis semanas
- Se incrementa a 12 episodios/año en guarderías y en programas de educación preescolar.
- Es necesario el contacto personal estrecho entre los niños para la transmisión de los virus.

- En la población infantil los niños tienden a padecer más resfriados que las niñas
- El periodo de incubación habitual de los resfriados es de dos a cinco días.
- El resfriado común es más contagioso entre el tercer y quinto día que es también cuando es más sintomático.
- La mayor parte de los virus que el individuo infectado expulsa al ambiente es a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación por secreciones nasales. (Turner, 2008)

4.3.3 Cuadro clínico

Después de un período de incubación que varía de dos a cinco días, aparecen los síntomas predominantes del resfriado común como rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Otros síntomas son: tos, odinofagia, cefalea y malestar general; la fiebre varía en intensidad y frecuencia; puede haber sintomatología en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular. Se caracteriza por diferentes grados de manifestaciones, dependiendo de la edad del paciente. En los menores de tres meses la coriza es el único síntoma y la fiebre es rara o discreta. En los lactantes mayores de tres meses, quienes generalmente tienen fiebre, irritabilidad y en cuanto más pequeño es el niño más manifiesta es la obstrucción nasal que interfiere con la alimentación o el sueño. (Bernal, 2011)

En los niños mayores al igual que en los adultos, el inicio de la enfermedad se caracteriza, en 80% de las veces, por la presencia de malestar general, cefalea, odinofagia, disfagia, tos, irritación nasal y escurrimiento nasal posterior. La mayoría de los niños con resfriado común padece de tos debido a que hay receptores del reflejo de la tos a nivel de fosas nasales, laringe, tráquea y bronquios; también se ha explicado como un reflejo debido al goteo post nasal o un factor desencadenante del fenómeno de hiperreactividad bronquial. Posteriormente a los signos de localización, más o menos a los tres días, las secreciones nasales se vuelven espesas y de aspecto mucopurulento, debido a la presencia de epitelio descamado y de leucocitos polimorfonucleares, esto no indica sobreinfección bacteriana. (Harker, 2010)

La enfermedad dura de siete días a dos semanas, puede persistir tos decreciente y secreción nasal. Al examen físico existe inflamación y edema de la mucosa nasal y faríngea sin exudado o nódulos linfáticos faríngeos, y con signos de extensión a otros

niveles del aparato respiratorio como las cuerdas vocales (disfonía) y los bronquios (tos húmeda). (Isaacs, 2011)

El resfriado común en niños es de buen pronóstico, un pequeño porcentaje de éstos sufre complicaciones como otitis media, sinusitis, adenoiditis bacteriana, síndrome sibilante o neumonías.

La presencia de dolor de oído intenso o permanente, la persistencia de secreción nasal purulenta asociada a la reaparición o intensificación de la fiebre, son indicios clínicos de que hay complicaciones. (Behrman et al., 2012)

4.3.4 Diagnóstico

El antecedente epidemiológico actual contribuye a establecer el diagnóstico. Pero el cuadro clínico, que es característico y autolimitado, es la base del diagnóstico. El diagnóstico específico y los exámenes auxiliares son innecesarios por lo autolimitado de la enfermedad, solo se emplearía con fines epidemiológicos. A propósito del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que algunas enfermedades pueden empezar como resfriado común, entre ellas sarampión, tosferina, a los síntomas iniciales siguen rápidamente los síntomas propios de cada enfermedad. (Benguigui, 2008)

4.3.5 Tratamiento

No se cuenta todavía con un tratamiento específico, eficaz para el resfriado común, por lo cual, básicamente se procura aliviar los síntomas. Aun cuando hay cientos de tratamientos contra el resfriado, pocos ofrecen algún beneficio al paciente pediátrico y muchos pueden ser nocivos. No hay medicamentos específicos antivirales disponibles para erradicar los virus que causan los resfriados. (Alvarez, 2010)

Las recomendaciones actuales están basadas en la aplicación de medidas sencillas:

- Aliviar la obstrucción nasal.
- Controlar la fiebre.
- Continuar una alimentación normal.
- Ofrecer líquidos con frecuencia.
- Detectar complicaciones.

- El alivio de los síntomas nasales y de la obstrucción nasal en los lactantes es fundamental, la limpieza adecuada de las secreciones y el lavado con suero salino cada vez que sea necesario es suficiente y no tiene ningún riesgo.
- Los analgésicos y antipiréticos están indicados en aquellos niños con fiebre, malestar general, cefaleas, mialgias, odinofagias, otalgias siendo más seguro el acetaminofén, a razón de 10 a 15 mg/kg., cada cuatro a seis horas durante los primeros tres días de la infección. El ácido acetilsalicílico no se recomienda en niños con síntomas respiratorios porque lo relacionan con el síndrome de Reye asociado a infecciones respiratorias por influenza.
- Recordar que la tos es un mecanismo reflejo de defensa por lo cual resulta contraproducente emplear antitusígenos.
- Con respecto de los descongestionantes locales del grupo de los simpaticomiméticos (oximetazolina) el mayor riesgo está en su efecto de rebote, otro efecto que no debe olvidarse es la posibilidad de hipertensión arterial, sobre todo cuando se sobredosifica. Otros efectos secundarios de los antihistamínicos son irritabilidad y somnolencia. La principal razón para no recomendar este tipo de medicamentos es que sus efectos secundarios pueden ser más perjudiciales que el verdadero alivio que pueda brindar su administración. (Gadomski & Horton, 2009)

4.3.6 Recomendaciones para padres

En la mayoría de los casos están indicadas medidas no medicamentosas para aliviar el resfriado común, consistentes en las siguientes recomendaciones:

- Conservar una adecuada hidratación con líquidos orales frecuentes.
- Alimentación normal a tolerancia con alimentos nutritivos y calóricos.
- Fomentar la lactancia materna en caso de lactantes.
- Reposo relativo.
- Aliviar la congestión nasal con solución salina a chorros, con cuatro onzas de agua más media cucharadita cafetera de sal.
- Aliviar la tos e irritación con sustancias que produzcan saliva, es de considerar el uso de bebidas con miel, limón y agua caliente.
- Detectar y vigilar la aparición de complicaciones (frecuencia respiratoria aumentada en reposo con nariz destapada, persistencia de la fiebre después de dos a

tres intentos de bajarla, dolor de oído, petequias de reciente aparición, antecedentes de convulsión febril.

- Tratar de disminuir los factores coadyuvantes que en un momento dado aumentan la incidencia de la enfermedad como son el hacinamiento, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo.
- Es importante recordar que el resfriado común es una enfermedad autolimitada, de pronóstico bueno, por lo cual más que recetar cualquier medicamento, debe explicársele adecuadamente a la familia el curso usual de la enfermedad y que cualquier alteración en la secuencia habitual tanto en la duración como en la intensidad de los síntomas, sirva para detectar posibles complicaciones. (Gove, 2009)

4.4 Faringoamigdalitis

4.4.1 Definición

La faringoamigdalitis es una inflamación de las estructuras mucosas y submucosas de la garganta. La faringe es la cavidad común de los tractos respiratorio y digestivo. Está compuesta por la nasofaringe que contiene las amígdalas faríngeas (adenoides), en su pared posterior las amígdalas tubáricas, detrás del orificio de la trompa auditiva la orofaringe que contiene las amígdalas palatinas en su parte baja, y en el tercio posterior de la lengua las amígdalas linguales que vienen a constituir el anillo amigdalar de Waldeyer. (Goeringer & Vidic, 2010)

Algunos autores incluyen dentro de sus consideraciones acerca del «anillo» elementos linfoides relativamente menores, como las «bandas faríngeas laterales», «granulaciones faríngeas» y el tejido linfoide del paladar blando y el ventrículo laríngeo. Estas estructuras tienen una predisposición aumentada a la inflamación e infección por su abundante contenido de tejido linfoide y además una característica especial en la infancia como órgano de crecimiento y en su papel inmunológico. (Wenig et al., 2011)

En cuanto a su patrón de crecimiento, entre las edades de cuatro a 10 años, alcanza su máximo tamaño, lo cual es importante tener claro en pediatría y no considerar unas amígdalas grandes o un tejido adenoideo crecido como un crecimiento patológico que justifique tratamiento con antibióticos o conducta quirúrgica. En cuanto a su papel inmunológico a este nivel se produce IgA secretora que reacciona a infecciones y ante

agresiones alérgicas, produciendo aumento de tamaño que tampoco requiere dicho tratamiento. (Feldman, 2012)

4.4.2 Etiología

Los virus respiratorios son los principales agentes causales. De estos, los adenovirus del tipo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7a, 9, 14 y 15, son los agentes aislados con mayor frecuencia. Los organismos bacterianos también son responsables de un número significativo de episodios de faringoamigdalitis aguda por la abundancia de organismos presentes en la cavidad oral sana y el tracto respiratorio superior.

El organismo bacteriano más comúnmente aislado en los cultivos de garganta es el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EbhGA), en 90% de los casos. Este organismo ha sido objeto de mucha atención por su capacidad para producir fiebre reumática, una enfermedad sistémica que afecta las articulaciones, el corazón y algunas veces la piel, el sistema nervioso central y los tejidos subcutáneos.

Si se dejan sin tratamiento, las infecciones por estreptococo del grupo A también pueden causar glomerulonefritis postestreptocócica (hematuria macroscópica, hipertensión, edema, e insuficiencia renal), complicaciones supurativas y estado de portador. (Denny, 2011)

Otros organismos encontrados en cultivos de pacientes con faringoamigdalitis incluyen S. aureus, H. influenzae, N meningitidis y M. catarrhalis, pero su verdadero papel es discutido.

Anaerobios tales como las especies de Bacteroides se han convertido en causa cada vez más reportada de faringoamigdalitis aguda en adolescentes en quienes los cultivos son negativos para estreptococos del grupo A. (Brook et al., 2010)

4.4.3 Cuadro clínico

El síndrome clínico clásico se presenta en los niños de cinco a 12 años de edad, con un período de incubación de 12 horas a cuatro días de fiebre alta de inicio súbito, odinofagia, con amígdalas de aspecto exudativo, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal, adinamia, adenomegalias dolorosas en el cuello y lesiones petequiales en el paladar blando y un eritema en papel de lija de tipo «escarlatina» que compromete tórax anterior y pliegues

dando el signo de Pastia. La presencia de tos, rinorrea, conjuntivitis, mialgias, malestar y diarrea está en contra del diagnóstico clínico de amigdalofaringitis aguda por estreptococo beta hemolítico (pero no lo excluye completamente desde que se observen otros signos característicos de ésta).

Las infecciones virales usualmente duran de cinco a siete días, en cambio las estreptocócicas se prolongan algo más, y los síntomas son más dramáticos y sobresalientes. (Trujillo, et al 2009)

4.4.3.1 Infección viral

El eritema no exudativo de la faringe con lesiones vesiculares o ulcerativas, sugiere causa viral. Sin embargo, la mononucleosis infecciosa se presenta con exudados en las amígdalas, linfadenopatías generalizadas, malestar y esplenomegalia. Esta enfermedad debe sospecharse en adultos jóvenes que están siendo tratados por una faringoamigdalitis aguda que es resistente a los antibióticos. Los pacientes inmunocomprometidos con agranulocitosis tienen una morbilidad aumentada. No se dispone de pruebas virales tan fácilmente como de aquellas para la infección por estreptococos, y por ahora estas son costosas. Las pruebas serológicas para mononucleosis infecciosa incluyen una prueba rápida de lámina (Monospot®), la cual puede ser negativa en niños, y la prueba de anticuerpos heterófilos. Los títulos de 1/56 o mayores en este último son diagnósticos de mononucleosis infecciosa. (Deninson, 2011)

4.4.3.1.1 Herpangina: es un tipo infrecuente de faringitis causada por el virus Coxsackie y se diferencia por la presencia de pequeñas vesículas en paladar blando, la úvula y pilares anteriores de faringe. Las lesiones se abren para convertirse en pequeñas úlceras blancas. Se observa principalmente en niños, en quienes puede manifestarse como una enfermedad febril severa.

4.4.3.2 Infección bacteriana

El diagnóstico clínico de la amigdalofaringitis por EbhGA, es difícil de hacer porque comparte el mismo cuadro clínico con las de origen viral o de causa desconocida. No hay ningún signo o síntoma que sea patognomónico de faringoamigdalitis EbhGA. La regla de oro, consiste en la identificación del estreptococo beta hemolítico del grupo A en el exudado de garganta. La prueba rápida detecta el antígeno A y el cultivo en agar sangre

aísla la bacteria. La prueba rápida tiene una especificidad mayor de 95% y una sensibilidad mayor de 90%. Por esta razón, si el método rápido es negativo, debe hacerse un cultivo para descartar un resultado falso negativo. Los cultivos falsos negativos son estimados en cerca de 10%.

La presencia de más de 10% de linfocitos atípicos, puede ser signo de mononucleosis infecciosa. La verdadera infección por EbhGA se define como el aislamiento del microorganismo más un aumento en los títulos de anticuerpos antiexoenzimas estreptocócicas. Esto incluye antiestreptolisina O (ASLO), anti DNAasa B, y antihialuronidasa. (Trujillo & Pérez, 2009)

Los estudios clínicos demuestran que cerca de la mitad de los cultivos de secreción faríngea no están asociados con un aumento en anticuerpos antiexoenzimas estreptocócicas, por lo tanto, representan aislamiento de organismos de portadores. La tasa de portadores varía de un lugar a otro y de un tiempo a otro. En general, aproximadamente 10% de los niños presentan estreptococos beta hemolítico del grupo A en sus gargantas en un momento dado. El estado de portador puede persistir por meses, particularmente después de una infección activa, de esta manera simula una infección «crónica». Estos portadores representan un pequeño riesgo tanto para ellos mismos como para otros. (Zalzal & Cotton, 2010)

4.4.4 Diagnóstico

La decisión más importante y práctica ante una faringitis es conocer si está causada por EbhGA o es debida a otros microorganismos, los virus más frecuentemente. El diagnóstico etiológico de faringitis por EbhGA, debe ser confirmado mediante pruebas antigénicas rápidas (PAR) y/o cultivo antes de iniciar el tratamiento.

Lamentablemente ni las PAR ni el cultivo pueden diferenciar pacientes con faringitis estreptocócica de aquellos que padecen una infección viral y que son portadores de EbhGA. Las faringitis estreptocócicas son muy raras en niños menores de dos años e insólitas en los menores de 18 meses y la mayoría son probablemente portadores de EbhGA padeciendo una infección vírica del tracto respiratorio superior. Salvo si presentan un proceso clínico compatible con estreptococos, no parece obligada una pesquisa rutinaria analítica de este microorganismo, sólo en casos muy individualizados, ni el mismo tipo de

alerta y atención que en niños mayores en los que la infección es más prevalente y con otras repercusiones.

4.4.4.1 Pruebas de detección antigénica rápidas (PAR): permiten la extracción e identificación del carbohidrato de la pared celular de EbhGA de muestras obtenidas tras escobillado de amígdalas y faringe posterior. En niños mayores de tres años bien seleccionados por clínica probable de origen estreptocócico aumenta la fiabilidad de la prueba y la proporción de los que están verdaderamente infectados, permitiendo instaurar un tratamiento antibiótico sin demora. Siguiendo esta premisa selectiva de pacientes, técnicas de inmunoanálisis óptico (IAO) tienen una sensibilidad y especificidad más altas que el inmunoanálisis enzimático y prácticamente equiparables al cultivo de garganta. Mejora también la sensibilidad si la técnica del escobillado es correcta para disponer de un mayor tamaño de la muestra ya que el inóculo de gérmenes se diluye si el hisopo toca la úvula, la lengua o el paladar. Se utilizan hisopos de torunda seca y si no es posible el análisis inmediato, se mantiene hasta no más de 2 horas a temperatura ambiente.

Otras técnicas que detectan el ARN de los ribosomas de EbhGA mediante sondas quimioluminiscentes ofrecen una sensibilidad próxima al 90% con resultados de eficacia comparables al IAO pero dependen de un método más sofisticado y consumen más tiempo, unos 60 minutos.

4.4.4.2 Cultivo de garganta: prueba estándar o de referencia para el diagnóstico de infección por EbhGA. En condiciones ideales la sensibilidad del cultivo es del 90-95% y la especificidad llega a ser del 99%. Es importante que se indique al laboratorio la pesquisa de EbhGA para que no se tengan en cuenta otras bacterias colonizadoras y evitar tratamientos no justificados. En el cultivo se pueden aislar otras bacterias que causan faringitis menos frecuentemente (estreptococos C y G) pero muchos laboratorios no los identifican rutinariamente al menos que se especifique. Por una mejor sensibilidad se prefiere el cultivo a la PAR, en casos de antecedentes de fiebre reumática tanto en niños con faringitis como en contactos próximos y para valorar el estado de portador de EbhGA.

4.4.4.3 Valor de la determinación de anticuerpos en la faringitis: el examen serológico para determinar el aumento de anticuerpos ASLO, preferiblemente combinada con anticuerpos anti DNAasa B (mayor especificidad) no se realiza de forma rutinaria ya que no es de valor para la confirmación inmediata del origen estreptocócico de la faringitis

que estamos atendiendo. Una elevación aislada (p. ej.: ASLO superior a 330 U) en un niño con una faringitis indica que ha pasado una infección por EbhGA en los últimos meses. Es necesario que transcurran al menos unos 7 días desde el comienzo de los síntomas y la aparición de anticuerpos en sangre (cuando ya desapareció la clínica). El examen serológico tiene indudable valor de apoyo diagnóstico en niños que están siendo evaluados por alguna secuela no supurativa tras una FA estreptocócica, ya que en el momento de la complicación el título de anticuerpos alcanza o está cerca del nivel pico. También tiene relevancia cuando interesa distinguir si los pacientes han pasado una infección aguda por EbhGA o son portadores crónicos del mismo microorganismo. Después de padecer una faringitis estreptocócica, la evidencia de forma aislada de una cifra alta de anticuerpos no supone un riesgo de padecer fiebre reumática ni es una indicación de tratamientos con penicilina. (González & Lastres, n.d.)

4.4.5 Tratamiento

Los analgésicos, incluyendo la aspirina, el ibuprofeno y el acetaminofén, pueden ser útiles para la molestia de la garganta y la fiebre (Recomendación grado A). La aspirina debe evitarse por el riesgo de síndrome de Reye en relación con enfermedades tipo influenza o varicela (Recomendación grado D).

La faringoamigdalitis aguda viral usualmente se trata con medicaciones sintomáticas, aunque la terapia con agentes tales como el aciclovir, el clorhidrato de amantadina y la ribavirina puede ser beneficiosa (Recomendación grado C). El manejo del paciente depende de la facilidad que se tenga para hacer el diagnóstico bacteriológico. Si no se cuenta con esta ayuda, el diagnóstico se lo realiza en base al cuadro clínico. (Chery, 2010)

Si se cuenta con la prueba rápida y el cultivo para el estreptococo beta hemolítico del grupo A, se debe ordenar al laboratorio que practique primero la prueba rápida. Si esta es positiva nos basamos en el resultado para prescribir el antibiótico y no es necesario hacer el cultivo. Si, por el contrario, la prueba es negativa se hace el cultivo y se maneja sintomáticamente el paciente por 48-72 horas hasta que esté el resultado. Si este es negativo, se continúa el manejo sintomático. Si es positivo se inicia el antibiótico.

La demora de 48-72 horas no disminuye la efectividad del antibiótico en prevenir la fiebre reumática, la nefritis o las complicaciones supurativas y en cambio sí evita tratamientos innecesarios.

La terapia de elección de la amigdalofaringitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A sigue siendo penicilina G por ser la más activa in vitro y porque no hay resistencia a este medicamento hasta el momento (Recomendación grado A). La terapia oral con penicilina V 125-250 mg/dosis, tres veces al día por un ciclo de 10 días, es suficiente para prevenir la fiebre reumática. Así mismo, amoxicilina y eritromicina producen una tasa de cura bacteriológica de 85% a 90%. La penicilina benzatínica IM, puede ser ligeramente más efectiva. Esta última es de elección en pacientes con vómitos, diarrea o no cumplidores a razón de 600.000 UI en menores de 30 kg o 1'200.000 UI en mayores de este peso. En pacientes alérgicos a penicilina puede usarse eritromicina (40 mg/ kg/día, cada ocho horas por 10 días, VO); si hay vómitos o rechazo a eritromicina, en estos pacientes la droga de elección es lincomicina (10mg/ kg/día, cada 24horas x 10 días). Si se presenta diarrea la droga debe ser suspendida. Otra alternativa en la recurrencia, son otros macrólidos o incluso las cefalosporinas orales como cefalexina, cefixima y cefuroxima, que además han demostrado ser algo más efectivas. (Pichichero, 2009)

Las otras penicilinas orales como amoxicilina o las penicilinas resistentes a las penicilinasas como dicloxacilina o amoxicilina-ácido clavulánico son también efectivas en el tratamiento de la faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A (Recomendación grado B).

Los antibióticos de amplio espectro más nuevos, como claritromicina y azitromicina también son efectivos pero más costosos. La claritromicina una dosis cada 12 horas, al igual que la azitromicina, una dosis diaria por tres días, con tasas de curación de 95%. (Tanz & Shulman, 2010)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

5.2 Área de estudio

Lugar: La investigación se realizó en el Barrio Colinas Lojanas, ubicado al sur occidente de la ciudad de Loja, cuyas calles carecen de asfalto.

Tiempo: El estudio se desarrolló en un período de seis meses comprendido entre diciembre 2015 – mayo 2016.

5.3 Universo y Muestra

Integrada por los 60 niños preescolares del Barrio Colinas Lojanas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Niños de los cuales sus representantes acepten colaborar con la firma del consentimiento informado.
- Niños en edades comprendidas entre 2 y 5 años.
- Niños que vivan en el Barrio Colinas Lojanas.

Criterios de exclusión:

- Niños que no vivan con sus padres.
- Niños que no tengan edades comprendidas entre 2 y 5 años.
- Niños inmunodeprimidos por cualquier causa.
- Niños con malformaciones congénitas.

5.4 Procedimiento y procesamiento de la información

5.4.1 Fase pre-analítica

El presente estudio se realizó, dando cumplimiento a los objetivos propuestos; realizando las actividades propias para alcanzar dicho propósito. Posterior a la aceptación del proyecto de investigación por las autoridades competentes de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, los cuales fueron: La Aprobación del tema de Investigación (Anexo 1); Pertinencia (Anexo 2); Director de tesis (Anexo 3), se empezó a recolectar los datos respectivos.

En primer lugar se realizó una reunión con los representantes del niño, en el salón social del barrio, en la cual se les explicó la forma en que ellos y sus representados iban a colaborar en el estudio, así como también el beneficio que tiene este para el buen estado de salud de los niños.

Luego de dicha actividad se procedió a la entrega del consentimiento informado (Anexo 4) a cada uno de los representantes, para su firma, como constancia de su aceptación en el estudio y se acordó en forma voluntaria proceder a la recolección de los datos en grupos de 15 personas durante cuatro días en el salón antes mencionado.

5.4.2 Fase Analítica

Se procedió a obtener las medidas antropométricas: la medición del peso se realizó mediante la balanza calibrada; la talla se determinó colocando al niño con los talones, la espalda y el cuello bien apoyados hacia atrás, utilizando el tallímetro. El índice de masa corporal, se obtuvo al dividir el peso en kilogramos (Kg) para la talla al cuadrado (m2) y así poder clasificar el peso de los niños, según la puntuación Z de las tablas de referencia de la OMS en muy alto peso, alto peso, bajo peso, peso adecuado, alerta de bajo peso, bajo peso y muy bajo peso. (Anexo 6).

Posteriormente para identificar los factores de riesgo se realizó una encuesta a cada uno de los representantes de los niños. (Anexo 5).

Equipos y Materiales

Medidas Antropométricas

Equipos: Balanza, tallímetro.

Materiales: Hojas, Esferográficos, lápiz, borrador, calculadora.

5.4.3 Fase pos-analítica

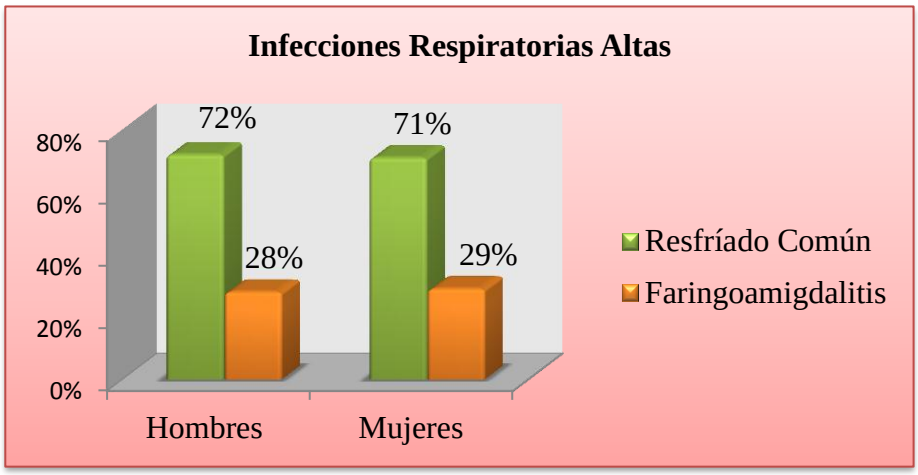
Para realizar el análisis respectivo de estos resultados, de acuerdo a los objetivos planteados, se utilizó el programa informático Microsoft Excel 2013.

Finalmente se realizó la interpretación y análisis de los resultados con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

6. RESULTADOS

Cuadro N° 1: Infecciones respiratorias altas recurrentes según género en preescolares del Barrio Colinas Lojanas.

Infecciones Respiratorias Altas	Género			
	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Resfriado Común	23	72%	20	71%
Faringoamigdalitis	9	28%	8	29%
Total	32	100%	28	100%

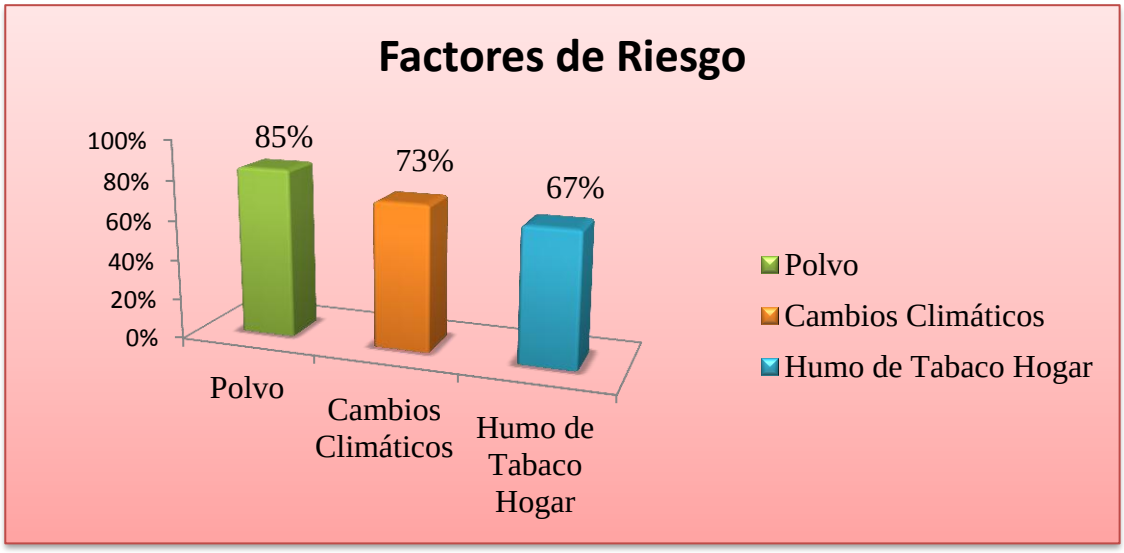


Fuente: Registros de la Investigación.
Elaborador: Hugo Germán Japón Gualán.

Interpretación de resultados: Se observa un predominio de resfriado común tanto en hombres como en mujeres con un 72% y 71%, siendo menos frecuente la faringoamigdalitis con un 28% y 29% para hombres y mujeres respectivamente.

Cuadro N° 2: Factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes en preescolares del Barrio Colinas Lojanas.

Factores de Riesgo Ambientales		
	F	%
Polvo	51	85%
Cambios Climáticos	44	73%
Humo de Tabaco en el Hogar	40	67%

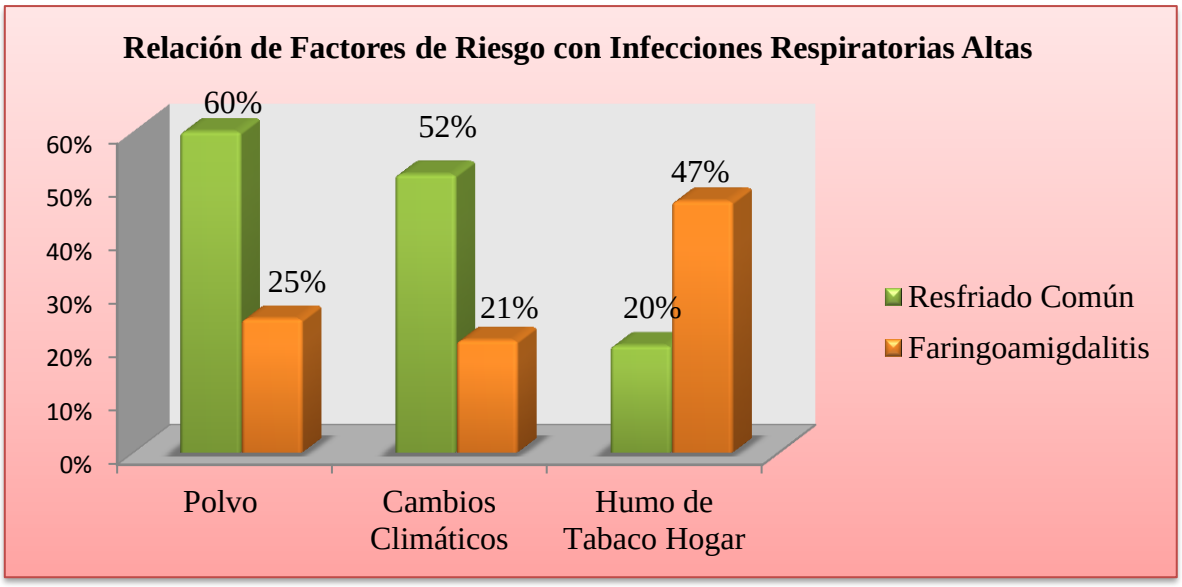


Fuente: Registros de la Investigación.
Elaborador: Hugo Germán Japón Gualán.

Interpretación de resultados: Los principales factores de riesgo para infecciones respiratorias altas son los factores ambientales, con un ligero predominio del polvo en un 85% seguido de los cambios climáticos con un 73% y la presencia de humo de tabaco en el hogar con un 67%.

Cuadro N° 3: Relación de los factores de riesgo con las infecciones respiratorias altas en preescolares del barrio Colinas Lojanas.

Factores de Riesgo	Infecciones Respiratorias Altas				Total	
	Resfriado Común		Faringoamigdalitis			
	F	%	F	%	F	%
Polvo	36	60%	15	25%	51	85%
Cambios Climáticos	31	52%	13	21%	44	73%
Humo de Tabaco en el Hogar	12	20%	28	47%	40	67%



Fuente: Registros de la Investigación.
Elaborador: Hugo Germán Japón Gualán.

Interpretación de resultados: Se observa que el polvo es el principal factor de riesgo para resfriado común y faringoamigdalitis con un 60% y 25% respectivamente, seguido de los cambios climáticos con un 52% para resfriado común y el 21% para faringoamigdalitis y finalmente el humo de tabaco en el hogar con el 20% y el 47% para resfriado común y faringoamigdalitis respectivamente.

7. DISCUSIÓN

Las infecciones respiratorias agudas son más frecuentes en el género masculino y en las edades preescolares, debido a la inmadurez del sistema inmunológico, lo cual se acompaña de una disminución de la respuesta a los distintos agentes biológicos. Además, son importantes la inmadurez de las vías respiratorias, las condiciones fisiológicas propias del niño pequeño, y las características de sus mecanismos defensivos, todo lo cual favorece la mayor gravedad y predisposición a las infecciones respiratorias.

En el presente estudio se evidenció como principal infección respiratoria al resfriado común en un 72% con predominio en el sexo femenino. En México Ciria et al; evaluaron 100 niños durante un año estimando que las infecciones respiratorias altas más frecuentes en preescolares son la faringoamigdalitis en un 32%, con predominio en el sexo masculino, Díaz et al; registraron un 99% de resfriado común en 120 niñas durante un año de evaluación en Cartagena Colombia, con lo cual se evidencia que existe una estrecha relación con este estudio.

En los hallazgos de la presente investigación, se consideran principales factores de riesgo el polvo y los cambios climáticos para el desarrollo de infecciones respiratorias altas con un 85% y 73% respectivamente, a diferencia de un estudio realizado por Tamayo et al; en Santiago de Cuba donde el polvo constituye un importante factor de riesgo para infecciones respiratorias en preescolares con un 74%. Cifras elevadas respecto a un estudio realizado en el Centro de salud Parque iberia de la Ciudad de Cuenca donde la contaminación del aire por polvo es del 46% lo que lo convierte en un factor que acentúa los problemas respiratorios.

El tabaquismo pasivo en los niños ha sido objeto de múltiples estudios. La mayoría de ellos han encontrado una relación significativa entre exposición al humo y enfermedad respiratoria, (Manía et al., 2006). Es conocido el incremento de riesgo de morbilidad y mortalidad en lactantes, niños y adultos no fumadores expuestos al tabaco.

Los niños son especialmente vulnerables a los efectos nocivos del humo del tabaco y las cifras que aportan la OMS son alarmantes, se estima que alrededor de 700 millones de niños y niñas en el mundo respiran aire contaminado por humo de tabaco en el hogar y en los lugares públicos. (García, 2007)

En un estudio realizado en el estado de Miranda, Venezuela en el año 2005, se reporta al humo de tabaco en un 45% como una asociación fuerte en la aparición de infecciones respiratorias altas, por lo que se comporta como factor de riesgo.

Por ello, es muy importante fortalecer la labor educativa de los equipos Básicos de Salud y los medios de difusión de masiva, con el objetivo de elevar la percepción de riesgo de las familias y reducir tan nocivo hábito.

Se ha reconocido que los factores meteorológicos influyen en la salud humana. En Cuba se observa un aumento de infecciones respiratorias entre noviembre y febrero, y en ocasiones al inicio del curso escolar en septiembre. Se ha sugerido que por el frío y la mayor convivencia humana en interiores, con aire contaminado, se favorece la propagación microbiana y el riesgo de contraer una infección respiratoria aguda. González et al; relacionaron el ambiente polvoriento como principal factor de riesgo para el desarrollo de faringoamigdalitis con un 27% correlacionándose con este estudio donde la cifra fue del 25%.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación, realizada en el Barrio Colinas Lojanas de la provincia de Loja en los meses de diciembre 2015 – mayo 2016, se presentan las siguientes conclusiones:

- Las principales infecciones respiratorias altas son el resfriado común y la Faringoamigdalitis, con un ligero predominio de resfriado común en el género femenino.

- En lo que respecta a los factores de riesgo desencadenantes de infecciones respiratorias altas predominan los factores ambientales, dentro de los cuales el polvo proveniente de las calles sin asfaltar ocupa el primer lugar, seguido de los cambios climáticos y la presencia de humo de tabaco en el hogar.

- Los factores ambientales predisponentes para el desarrollo de resfriado común son el polvo y los cambios climáticos, en tanto que el humo de tabaco constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de Faringoamigdalitis.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que exista una intervención tanto de las autoridades provinciales como de los líderes comunitarios, para la búsqueda de soluciones conjuntas que contribuyan a la reducción de los factores de riesgo modificables del desarrollo de infecciones respiratorias altas.

- Solicitar asesoría, capacitación y apoyo, acerca de la identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias altas por parte de los padres de los niños, para evitar complicaciones de estas infecciones y así mejorar la calidad de vida de los niños.

- Promover el desarrollo de posteriores investigaciones, que conlleven a desarrollar y promover medidas eficaces de prevención, de las infecciones respiratorias altas, con la finalidad de disminuir la morbilidad de dichas infecciones.

10. BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, E. J., Floirian, E. C., C, A. De, Wong, R., Matilde, A., González, M., & Terán, A. (2014). Medisan 2014; 18(11): 1468, 18(11), 1468–1476.

Alvarado, A. R. G. (2013). Prevalencia de los procesos infecciosos respiratorios en los niños menores de 5 años que acuden al Hospital Universitario de Motupe en la Ciudad de Loja con relacion a las condiciones socioeconomicas.

Álvarez E. Infecciones respiratorias agudas. En Álvarez E (eds). Infecciones en pediatría. Prevención y tratamiento. Salvat editores; 2010: 143-147.

Álvarez, M., Castro, R., Abdo, A., Orta, S. D., Gómez, M., & Álvarez, M. del P. (2008). Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. SciELO, 1–10.

Barría, R., & Calvo, M. (2008). Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida. Rev Chil Pediatr, 79(3), 281–289.

Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC. (eds). Nasofaringitis aguda. En: Nelson Tratado de Pediatría, Vol 2, 14a ed: México, Editorial Interamericana/ McGraw-Hill; 2012: 1285-1287.

Benguigui Y. Infecciones respiratorias agudas. En Meneghello J (eds). Diálogos en Pediatría, Tomo III. Publicaciones técnicas mediterraneo Ltda.; 2008.: 11 - 26.

Bernal LA. Resfriado común. En: Correa JA, Gómez JF Posada R (eds). Fundamentos de pediatría, Tomo V. Medellín: CIB, 2011: 2260 - 2263.

Brook I, Yocum P, Friedman EM. Aerobic and anaerobic bacteria in tonsils of children with recurrent tonsillitis. Annals of Otology rhinology and laryngology 2010; 90:172-177

Ciria, A., Caravia, F., Álvarez, M., Insua, C., Osmin, T., & Massip, J. (2012). Factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes en niños preescolares.

Chery JD. Faringoamigdalitis aguda (faringoamigdalitis aguda, amigdalitis, faringoamigdalitis y nasofaringoamigdalitis aguda). En: Feigin RA, Cherry JD

(eds). Tratado de infecciones en pediatrÌa. 3ª ed. México: Interamericana/McGraw-Hill; 2010; 181-187

Cherry JD. Infecciones de las vías respiratorias superiores. Resfriado común. En Feigin RD, Cherry JD (eds). Tratado de infecciones en pediatría. 3a edición. México: Interamericana McGraw - Hill; 2006.:157-162.

Deninson MR. Viral pharyngitis. Seminars in Pediatric Infectious Diseases 2011; 6: 62-68

Denny FW. Faringoamigdalitis 1994. Pediatrics in Review 2011; 15: 172-177.

Feldman W. Pharyngitis in children. Postgraduate Medicine 2012; 93: 141-145

Gadomski A, Horton L. The need for rational therapeutics in the use of cough and cold medicine in infants. Pediatrics 2009; 774 - 776.

Goeringer GC, Vidic B. Embriogénesis y anatomía del anillo de Waldeyer. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norte América 2010:223-233.

Gove S. Remedios para los niños pequeños con tos y resfriado. Noticias de Ira. Boletín OPS / OMS 2009; 17 - 18.: 2-4.

Guevara, A. (2008). Conocimiento de las madres sobre el manejo ambulatorio de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años en el centro comunitario infantil “San” Ori del Canton Ibarra, periodo enero a junio 2008.

Harker H. Resfriado común. En Reyes MA, Leal FJ, Aristizabal G (eds). Infección y alergia respiratoria en el niño. 2a Ed. Cali: Editorial XYZ; 2010: 93 - 99.

Isaacs D. Cold comfort for the catarrhal child. Archives of Diseases in Childhood 2011; 65:1295 - 1296.

Macedo, M., & Mateos, S. (2006). Infecciones respiratorias altas. Temas de Bacterioloía Y Virología Médica, 137–161.

Pichichero ME. The rising incidence of penicillin treatment failure in group A streptococcal tonsillopharingitis: an emerging role for cephalosporines. Pediatric Infectious Disease Journal 2009; 10: 50-55

Prieto Herrera María Eulalia, 1 Guadalupe Russ Durán2 y Lorena Reitor Landrian2. (2000). FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS Métodos Resultados, 16(2), 160–164

Poma, M. de J. R. (2010). A : Prevalencia de los procesos infecciosos respiratorios en niños menores de 5 años que acuden al Subcentro de Salud Obrapia en la Ciudad de Loja con relacion a las condiciones socioeconomicas.

Rivera, Zhingre, & Montaleza, 2014, Determinantes Ambientales de las Infecciones Respiratorias Agudas de los niños/as que acuden al Centro de Salud Parque Iberia del Cantón Cuenca 2014.

Tanz RR, Shulman ST. Diagnosis and treatment of group A streptococcal pharyngitis. Seminars in Pediatric Infectious Diseases 2010; 6: 69 – 78

Trujillo HS, Pérez M de G. Amigdalofaringitis aguda. En Correa JA, Gómez JF, Posada R (eds). Fundamentos de pediatría, tomo 5. MedellÌn: CIB; 1995: 2271 – 2274

Trujillo HS, Trujillo MH. Estreptococcias. En: Correa JA, Gómez JF, Posada RS (eds). Fundamentos de Pediatría, Tomo II. Medellín: CIB; 2009: 679-82.

Turner RB. The epidemiology, pathogenesis and treatment of the common cold. Seminars in Pediatric Infectious Disease Journal 2008; 6: 57 - 61.

Wenig BM, Korblut AD. Pharyngitis. En: Bailey BJ (ed.). Head and neck surgery otolaryngology. Philadelphia: Lippincott, 1993: 551-557 22. Moore KL. La faringe. En: Anatomía con orientación clínica. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2011: 854 - 863.

Zalzal GH, Cotton RT. Pharyngitis and adenotonsilar disease. En: Cummings CW (ed). Otolaryngology - head and neck surgery. 2 ed. Saint Louis, Mosby Yearbook; 2010: 1180-1198

11. ANEXOS

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 02736 CM-ASH-UNL

PARA: Sr. Hugo German Jaime Guaño
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 01 de Diciembre de 2015

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema **FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO DICIEMBRE 2015-MAYO 2016"**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sp

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros Teléfax: 2-571-379, 571-480

Anexo N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORANDUM NRO. 001-CC-M-ASH-UNL

PARA: Dr. Hugo Patricio Loaiza Quezada
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Dra. Maritza Jaramillo Paragui
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 17 de febrero de 2016

ASUNTO: Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de Tesis, titulado "FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO CIUDAD LOJANA DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO DICIEMBRE 2015-MAYO 2016", de su autoría, que es pertinente, de acuerdo al informe del Dr. Hugo Cueva Chamba, Docente de la Carrera de Medicina, por lo que debería continuar con el mismo respectivo.

Con aprecio y consideración.

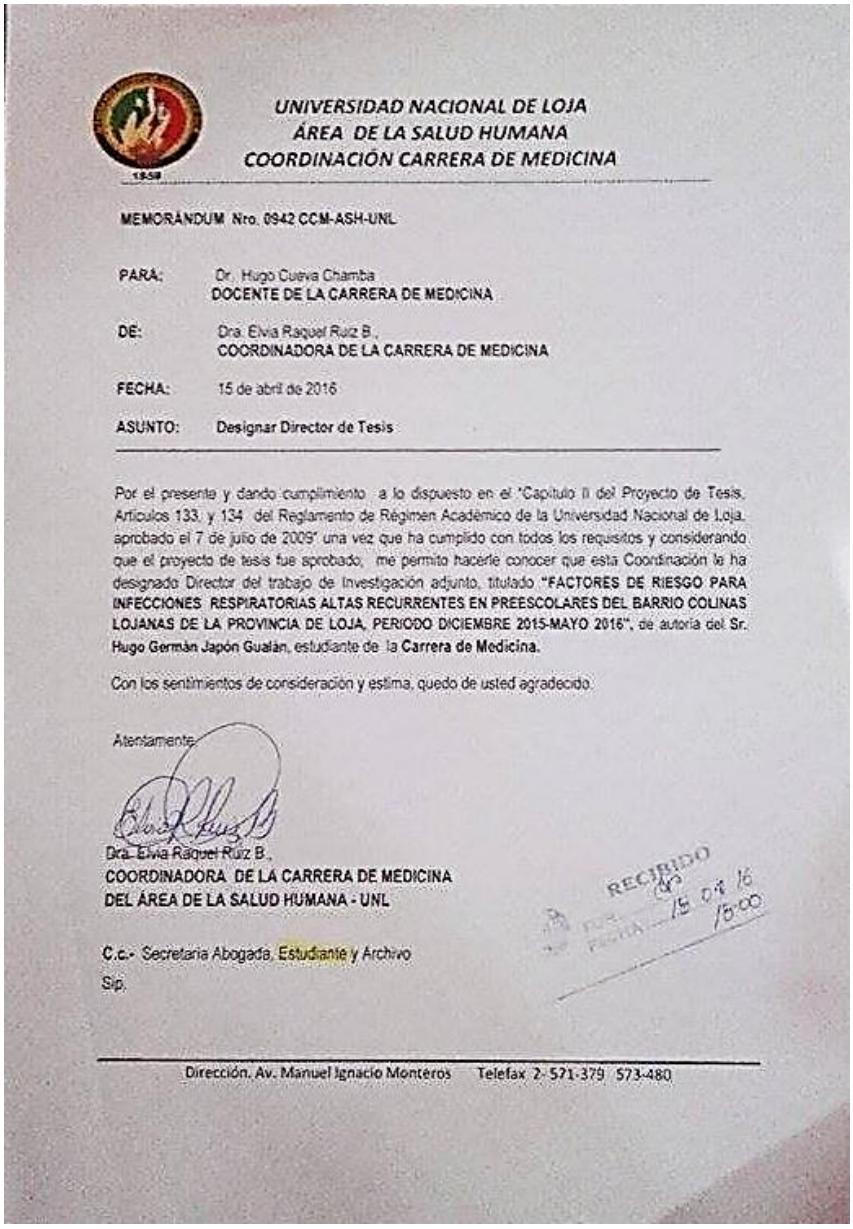
Atentamente,

Dra. Dra. Maritza Jaramillo Paragui
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Secretaría y Archivo
RD

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros Teléfono: 2-511-219 - 512-560

Anexo N° 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORANDUM Nro. 0942 CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Hugo Cueva Chamba
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 15 de abril de 2016

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado, me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, titulado **"FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO DICIEMBRE 2015-MAYO 2016"**, de autoría del Sr. **Hugo Germán Japón Gualán**, estudiante de la **Carrera de Medicina.**

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

RECIBIDO
FECHA 15 04 16
15:00

C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo
Sip.

Dirección, Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,…….. con C.I: ……..., certifico que he sido informada/o sobre la investigación titulada: FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS, y el propósito de la misma, y además que los datos obtenidos sobre mi representado/a serán almacenados en absoluta confidencialidad.

Que cualquier duda o pregunta que tenga sobre este trabajo me será explicado por el investigador. Saber que los resultados alcanzados en este estudio será utilizados únicamente para fines investigativos.

Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir, ningún beneficio de tipo económico mediante la participación de mi representado o por los hallazgos que resulten del estudio.

Firma del Representante…….

C.I del Representante……..

Anexo N° 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INTRODUCCIÓN: La presente encuesta tiene como objetivo determinar los factores de riesgo para INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA. Favor responder con responsabilidad y elocuencia para que la información obtenida guarde correspondencia con la realidad.

INSTRUCCIÓN: Señale con una (X) la(s) alternativa(s) de respuesta que usted crea conveniente y decida.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombres y Apellidos del niño/a

_____

1.2. Género

Masculino ( ) Femenino ( )

2. INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS

2.1. En los últimos seis meses. ¿Cuál de las siguientes infecciones respiratorias altas ha presentado su hijo/a?

Resfriado Común ( )

Faringoamigdalitis ( )

3. FACTORES DE RIESGO

3.1. Factores de Riesgo Demográficos

3.1.1. Peso_____

3.1.2. Talla_____

3.2 Factores de Riesgo Socio-económico

Ingreso Económico

3.2.1. De cuanto es el ingreso económico mensual en su hogar

a) 250 – 300. ( ) b) 350 – 400. ( ) c) Más de 450. ( )

Nivel de Escolaridad del Representante

3.2.2. El nivel escolar alcanzado por Usted es

Primaria Completa ( ) Primaria Incompleta ( )

Secundaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( )

Nivel Superior ( ) Ninguno ( )

3.3. Factores de Riesgo Ambientales

Hacinamiento

3.3.1. ¿De cuántos dormitorios consta su vivienda?

0 – 2 ( ) 3 – 5 ( )

3.3.2. ¿Cuántas personas duermen en cada dormitorio?

1 – 3 ( ) 4 – 6 ( )

Factores que influyen en la aparición de IRA

3.3.3. De los siguientes factores ambientales. ¿Cuáles cree Usted que influyen en la aparición de infecciones respiratorias?

Humo de los carros ( ) Quema de desechos ( )

Acumulación de basura ( ) Cambios climáticos ( )

Polvo ( )

Presencia de Humo de Tabaco en su Hogar

3.3.4. ¿En su hogar existen personas que fuman?

SI ( ) NO ( )

4.4. Factores de Riesgo Nutricionales

4.4.1. Indique hasta que tiempo dio de lactar a su hijo

Antes de los 6 meses ( )

Hasta los 6 meses ( )

Más de los 6 meses ( )

4.4.2. Indique si usted alimentó a su hijo con un complemento nutricional

SI ( ) NO ( )

Cuál_____

4.4.3. Estado nutricional del niño (llenar por el encuestador)

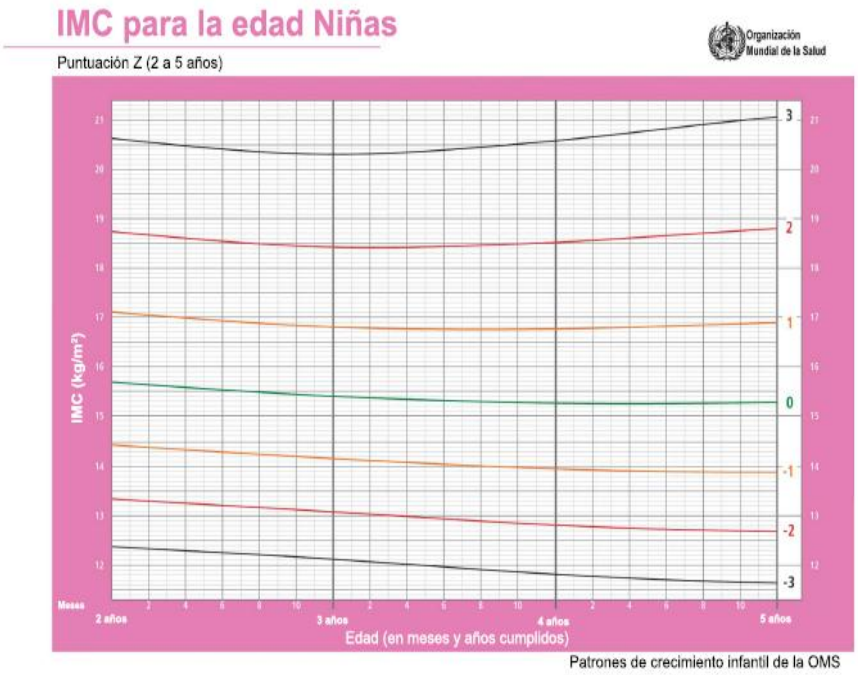
Muy Alto Peso ( ) Alerta de Bajo Peso ( )

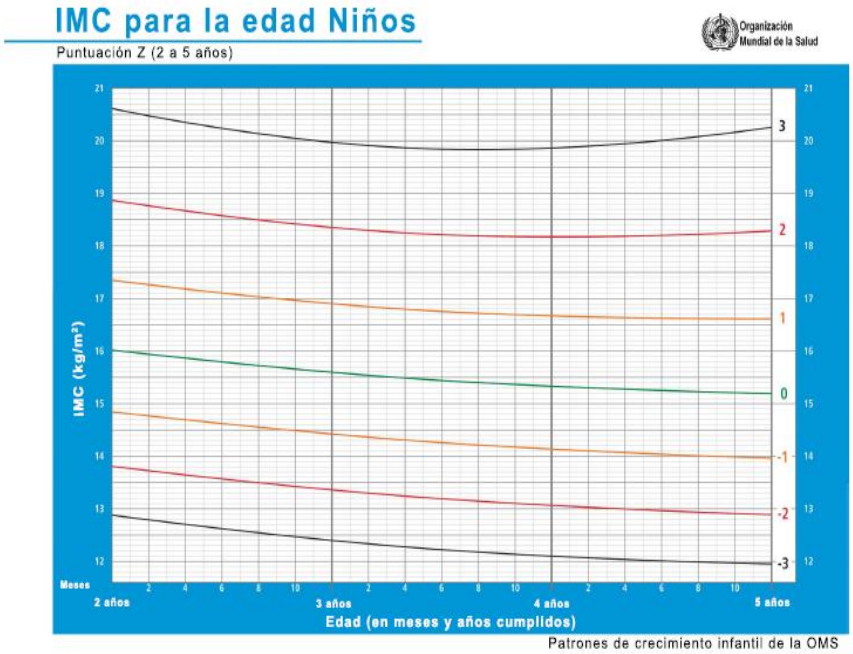
Alto Peso ( ) Bajo Peso ( )

Peso Adecuado ( ) Muy Bajo Peso ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo N° 6


IMC para la edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Organización Mundial de la Salud
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
Patrones de crecimiento infantil de la OMS


IMC para la edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Organización Mundial de la Salud
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Anexo N° 7

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: ***"FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIOES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO DICIEMBRE 2015 - MAYO 2016",*** autoría del Señor Hugo Germán Japón Gualán, con Cédula de Identidad No 1105223067, egresado en la Carrera de Medicina, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza al interesado, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 20 de septimenbre de 2017

"FINE - TUNED ENGLISH" CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

Anexo N° 8

Proyecto de Tesis

1. Tema

Factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes en preescolares del Barrio Colinas Lojanas de la provincia de Loja, período diciembre 2015 – mayo 2016.

2. Problematización

Las IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) son un complejo sindromático de entidades clínicas, con diversidad epidemiológica y causal que dificulta su control y vigilancia, constituyéndose en la consulta pediátrica más frecuente. (Ciria et al., 2012)

Están presentes durante todo el año y se incrementan de manera significativa en los meses de invierno, con alta morbilidad y baja mortalidad. Estas afecciones conjuntamente con las enfermedades diarreicas agudas y la malnutrición, encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados. (Aguirre et al., 2014)

Según estadísticas estadounidenses, la rinosinusitis aguda afecta aproximadamente a 31 millones de pacientes (adultos y niños) por año, con implicaciones en la calidad de vida y la utilización de recursos sanitarios, y es motivo de una alta prescripción de fármacos. Se calcula que un 1% de los niños padecerá sinusitis cada año, y que ello ocasionará tanto un gasto importante en salud como en consumo de antibióticos. Puesto que la neumatización de algunos senos está presente desde el nacimiento, puede producirse sinusitis desde la época de lactante, pero es un diagnóstico que con frecuencia no consideran los pediatras en los niños menores de un año. (Barría & Calvo, 2008)

En España no se cuenta con estadísticas reales relativas a la incidencia de rinosinusitis, pero si inferimos que la situación es similar a la de otros países industrializados, y teniendo en cuenta que los niños presentarán unas 3 a 8 infecciones respiratorias al año, podemos prever que su impacto en salud y en prescripción antibiótica no es desdeñable. . (Álvarez et al., 2008)

En Cuba las IRA Constituyen la primera causa de morbilidad, y representan la tercera causa de muerte en menores de 1 año y la cuarta causa de muerte entre 1 y 4 años de edad, después de los accidentes, las malformaciones congénitas y los tumores malignos. Las tasas por cada 100 000 habitantes fueron en el año 2004 de 40 662 casos y de 42 082 casos en el año 2005. En el año 2006, según informe del Anuario Estadístico de Cuba, se registraron 1 093 982 consultas por IRA en el grupo de 1 a 4 años. (Guevara, 2008)

Numerosos autores relacionan la aparición y frecuencia de estas enfermedades con factores del medio intra y extra domiciliario, sociales, culturales y del estilo de vida de los integrantes de la familia. Entre los factores de riesgo se incluye el hábito de fumar de los

padres, y especialmente de la madre, porque suele asociarse con una mayor prevalencia de síntomas respiratorios en lactantes y niños pequeños. Este mal hábito, cuando se asocia a factores como: uso de combustibles inadecuados para la cocción de alimentos, insuficiente ventilación de la vivienda, zonas residenciales con alto índice de contaminación ambiental por la combustión de autos o por la emisión de gases industriales a la atmósfera, el sexo masculino, determinada época del año, bajo nivel socioeconómico, y en otros países, la escasa escolaridad materna, conforman una situación de alto riesgo de padecer IRA. (Alvarado, 2013)

Las estimaciones muestran que las IRA representan entre 30 y 50% de las visitas de los niños a los establecimientos de salud y entre 20 y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Específicamente en Chile, se ha observado que las IRA concentran más de 67% de las consultas de menores de seis años en atención primaria, en tanto que a nivel de servicios de urgencia se ha constatado que, del total de consultas pediátricas, los diagnósticos más frecuentemente consignados corresponden a IRA alta (IRAA) y síndrome bronquial obstructivo (SBO). (Poma, 2010)

Mientras las IRAA corresponden a las enfermedades más comunes de la infancia temprana, las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) explican la mayoría de las afecciones severas o crónicas y aunque persisten como preocupación durante toda la infancia, se ha confirmado que la incidencia de SBO y neumonía disminuye con la edad, y particularmente es alta en menores de un año. De esta manera, parece lógico evaluar la magnitud del problema en aquellos niños biológicamente más vulnerables y en donde la severidad se prevé mayor. (Rivera, Zhingre, & Montaleza, 2014)

Por su parte, los factores de riesgo de IRA, han sido ampliamente estudiados, asociándose significativamente con factores sociodemográficos (edad materna, escolaridad de los padres, nivel socioeconómico) y ambientales (contaminación del aire, hacinamiento, temperatura y humedad, entre otros). (Prieto Herrera María Eulalia, 2000)

Según cifras del Ministerio de Salud Pública, más del 52% de las consultas médicas de la atención primaria es por infecciones respiratorias agudas; y a pesar de haberse realizado campañas por parte del Ministerio de Salud Pública, no se ha logrado disminuir la morbi-mortalidad de niños menores de 5 años; las infecciones respiratorias agudas son la causa de 4.3 millones de muertes en niños menores de cinco años. La mayoría de las muertes

causadas por tales infecciones ocurren en las áreas menos desarrolladas del mundo. (Cherry, 2006)

¿Cuáles son los factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes en preescolares del Barrio Colinas Lojanas de la provincia de Loja, período diciembre 2015 – mayo 2016?

3. Justificación

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen la primera causa de morbilidad en nuestro país, y que por sus complicaciones son también un factor importante de mortalidad, por lo cual me siento motivado a realizar un estudio sobre los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de esta enfermedad.

La alta frecuencia de esta patología en la población infantil, y el elevado número de consultas existentes por esta enfermedad, me incentivó a realizar un estudio investigativo sobre los factores de riesgo para Infecciones Respiratorias Altas en los preescolares del barrio Colinas Lojanas de la provincia de Loja.

Como estudiante de la Carrera de Medicina y tras haber formado parte del equipo de salud, durante las prácticas pre-profesionales he constatado una alta frecuencia de síntomas respiratorios en los preescolares del barrio, ocasionados por diferentes factores entre ellos los cambios de clima.

La investigación tendrá un impacto científico porque mostrará la relación entre los factores de riesgo y la recurrencia de las Infecciones Respiratorias Altas en preescolares, y tendrá un impacto social para a partir de los resultados de la investigación plantear estrategias de prevención de las infecciones respiratorias altas.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes en preescolares del barrio Colinas Lojanas de la provincia de Loja, período diciembre 2015 – mayo 2016.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las infecciones respiratorias altas recurrentes en preescolares del barrio Colinas Lojanas.
- Analizar los factores de riesgo para las infecciones respiratorias altas recurrentes en preescolares del barrio Colinas Lojanas.
- Contrastar los factores de riesgo con las infecciones respiratorias altas recurrentes en preescolares del barrio Colinas Lojanas.

5. Esquema De Marco Teórico

5.1 Factores de Riesgo para Infecciones Respiratorias Altas

5.1.1 Factores Demográficos.

5.1.2 Factores Socioeconómicos.

5.1.3 Factores Ambientales.

5.1.4 Factores Nutricionales.

5.2 Infecciones Respiratorias Altas

5.2.1 Resfriado Común

5.2.1.1 Definición.

5.2.1.2 Etiología.

5.2.1.3 Cuadro Clínico.

5.2.1.4 Diagnóstico.

5.2.1.5 Tratamiento.

5.2.2 Faringoamigdalitis

5.2.2.1 Definición.

5.2.2.2 Etiología.

5.2.2.3 Cuadro Clínico.

5.2.2.4 Diagnóstico.

5.2.2.5 Tratamiento.

6. Metodología

1. Tipo de Estudio

La metodología aplicada en la investigación es de tipo cuantitativo, puesto que los resultados obtenidos se plasmarán en cuadros numéricos, y descriptivo de corte transversal porque las variables se analizarán simultáneamente en un tiempo determinado.

2. Área de Estudio

2.1 Lugar: la investigación se realizará en el Barrio Colinas Lojanas, ubicado al sur occidente de la ciudad de Loja.

2.2 Tiempo: el estudio se desarrollará en un período de seis meses comprendido entre diciembre 2015 – mayo 2016.

3. Universo y Muestra

3.1 Universo: integrado por los 110 niños preescolares del barrio Colinas Lojanas.

3.2 Muestra: integrada por los niños preescolares del barrio Colinas Lojanas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.1 Criterios de Inclusión: preescolares con infecciones respiratorias altas, de los cuales sus familiares acepten colaborar con la firma del consentimiento informado.

3.2.1 Criterios de Exclusión: preescolares con anomalías congénitas.

4. Técnica

La presente investigación se realizará a través de una encuesta, previa firma del consentimiento informado del representante del niño, que cumpla con los criterios de inclusión.

5. Procedimiento y Procesamiento de la Información

Después de la recolección de los datos, los resultados obtenidos se plasmarán en cuadros de frecuencia y porcentuales, con los cuales se realizará el análisis con sus respectivas

conclusiones y recomendaciones, utilizando materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Microsoft Power Point.

6. Recursos

6.1 Recursos Humanos

- Estudiante Investigador: Hugo Germán Japón Gualán.
- Director (a) de Tesis.
- Niños preescolares.

6.2 Recursos Materiales:

- Computador portátil.
- Impresora.
- Suministros de oficina.
- Hojas de papel bond.
- Copias.
- Esferográfico.
- Internet.

7. Cronograma

N°	ACTIVIDADES	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE DE PLANEACIÓN																									
1	Presentación del tema; Elaboración del proyecto.																								
2	Presentación del proyecto.																								
3	Correcciones del proyecto.																								
FASE DE EJECUCIÓN																									
4	Autorizaciones para desarrollo de la investigación.																								
5	Recolección de Datos																								
6	Tabulación y análisis de resultados																								
7	Revisión de investigación																								
FASE DE COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE RESULTADOS																									
8	Entrega del proyecto definitivo																								
9	Defensa de tesis																								

8. Presupuesto

Materiales	Valor Estimado
Impresora	$ 100,00
Suministros de Oficina	$ 10,00
Impresiones	$ 100,00
Imprevistos	$ 30,00
TOTAL	$ 240,00

9. Bibliografía

Aguirre, E. J., Floirian, E. C., C, A. De, Wong, R., Matilde, A., González, M., & Terán, A. (2014). Medisan 2014; 18(11): 1468, 18(11), 1468–1476.

Alvarado, A. R. G. (2013). Prevalencia de los procesos infecciosos respiratorios en los niños menores de 5 años que acuden al Hospital Universitario de Motupe en la Ciudad de Loja con relacion a las condiciones socioeconomicas.

Álvarez, M., Castro, R., Abdo, A., Orta, S. D., Gómez, M., & Álvarez, M. del P. (2008). Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. SciELO, 1–10.

Barría, R., & Calvo, M. (2008). Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida. Rev Chil Pediatr, 79(3), 281–289.

Ciria, A., Caravia, F., Álvarez, M., Insua, C., Osmin, T., & Massip, J. (2012). Factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes en niños preescolares.

Cherry JD. Infecciones de las vías respiratorias superiores. Resfriado común. En Feigin RD, Cherry JD (eds). Tratado de infecciones en pediatría. 3a edición. México: Interamericana McGraw - Hill; 2006.:157-162.

Guevara, A. (2008). Conocimiento de las madres sobre el manejo ambulatorio de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años en el centro comunitario infantil “San” Ori del Canton Ibarra, periodo enero a junio 2008.

Prieto Herrera María Eulalia, 1 Guadalupe Russ Durán2 y Lorena Reitor Landrian2. (2000). FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS Métodos Resultados, 16(2), 160–164

Poma, M. de J. R. (2010). A : Prevalencia de los procesos infecciosos respiratorios en niños menores de 5 años que acuden al Subcentro de Salud Obrapia en la Ciudad de Loja con relacion a las condiciones socioeconomicas.

Rivera, Zhingre, & Montaleza, 2014, Determinantes Ambientales de las Infecciones Respiratorias Agudas de los niños/as que acuden al Centro de Salud Parque Iberia del Cantón Cuenca 2014.

10. Anexos

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INTRODUCCIÓN: La presente encuesta tiene como objetivo determinar los factores de riesgo para INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS DE LA PROVINCIA DE LOJA. Favor responder con responsabilidad y elocuencia para que la información obtenida guarde correspondencia con la realidad.

INSTRUCCIÓN: Señale con una (X) la(s) alternativa(s) de respuesta que usted crea conveniente y decida.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombres y Apellidos del niño/a

_____

1.2. Género

Masculino ( ) Femenino ( )

2. INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS

2.1. En los últimos seis meses. ¿Cuál de las siguientes infecciones respiratorias altas ha presentado su hijo/a?

Resfriado Común ( )

Faringoamigdalitis ( )

3. FACTORES DE RIESGO

3.1. Factores de Riesgo Demográficos

3.1.1. Peso_____

3.1.2. Talla_____

3.2 Factores de Riesgo Socio-económico

Ingreso Económico

3.2.1. De cuanto es el ingreso económico mensual en su hogar

a) 250 – 300. ( ) b) 350 – 400. ( ) c) Más de 450. ( )

Nivel de Escolaridad del Representante

3.2.2. El nivel escolar alcanzado por Usted es

Primaria Completa ( ) Primaria Incompleta ( )

Secundaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( )

Nivel Superior ( ) Ninguno ( )

3.3. Factores de Riesgo Ambientales

Hacinamiento

3.3.1. ¿De cuántos dormitorios consta su vivienda?

0 – 2 ( ) 3 – 5 ( )

3.3.2. ¿Cuántas personas duermen en cada dormitorio?

1 – 3 ( ) 4 – 6 ( )

Factores que influyen en la aparición de IRA

3.3.3. De los siguientes factores ambientales. ¿Cuáles cree Usted que influyen en la aparición de infecciones respiratorias?

Humo de los carros ( ) Quema de desechos ( )

Acumulación de basura ( ) Cambios climáticos ( )

Polvo ( )

Presencia de Humo de Tabaco en su Hogar

3.3.4. ¿En su hogar existen personas que fuman?

SI ( ) NO ( )

4.4. Factores de Riesgo Nutricionales

4.4.1. Indique hasta que tiempo dio de lactar a su hijo

Antes de los 6 meses ( )

Hasta los 6 meses ( )

Más de los 6 meses ( )

4.4.2. Indique si usted alimentó a su hijo con un complemento nutricional

SI ( ) NO ( )

Cuál_____

4.4.3. Estado nutricional del niño (llenar por el encuestador)

Muy Alto Peso	( )	Alerta de Bajo Peso	( )
Alto Peso	( )	Bajo Peso	( )
Peso Adecuado	( )	Muy Bajo Peso	( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,…….. con C.I: …….., certifico que he sido informada/o sobre la investigación titulada: FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS RECURRENTES EN PREESCOLARES DEL BARRIO COLINAS LOJANAS, y el propósito de la misma, y además que los datos obtenidos sobre mi representado/a serán almacenados en absoluta confidencialidad.

Que cualquier duda o pregunta que tenga sobre este trabajo me será explicado por el investigador. Saber que los resultados alcanzados en este estudio será utilizados únicamente para fines investigativos.

Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir, ningún beneficio de tipo económico mediante la participación de mi representado o por los hallazgos que resulten del estudio.

Firma del Representante……

Cédula del Representante……..