



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE

URACCAN

MONOGRAFIA

Factores de riesgo socioculturales asociado a Neumonía Adquirida en la Comunidad desde la cosmovisión indígena Miskitu en niños menores de 5 años.

Para optar al título de médico general intercultural

AUTORES:

Br. Chachel Davis Rocha

Br. Rubén Padilla

TUTOR:

Dr. Mariano Flores

Especialista en Pediatría

Bilwi, Puerto cabezas 2020

RACCN

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE

URACCAN

MONOGRAFIA

Factores de riesgo socioculturales asociado Neumonía Adquirida en la
Comunidad desde la cosmovisión indígena Miskitu en niños menores de 5
años.

Para optar al título de médico general intercultural

AUTORES:

Br. Chachel Davis Rocha

Br. Rubén Padilla

TUTOR:

Dr. Mariano Flores

Especialista en Pediatría

Bilwi, Puerto cabezas 2020

RACCN

Dedicamos este trabajo a Dios por su infinita misericordia y por brindarnos la oportunidad de llegar al final de nuestra formación profesional.

A la Hermana Rosa de Jesús Rosales por su amistad y su apoyo incondicional durante la formación académica

Al Presbítero Rodolfo French Naar Sacerdote de la iglesia Católica una gran persona y ejemplo a seguir.

A nuestras familias, esposa e hijos por la paciencia y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento a Dios por el fortalecimiento espiritual que ha generado en el Transcurso de mi carrera y por brindarme la sabiduría necesaria.

A nuestros amados padres, hermanos por ser los pilares fundamentales de nuestra vida, de quienes hemos tenido su apoyo incondicional.

A la universidad, por brindarnos la oportunidad de formarnos como profesionales de la salud, Siendo los pioneros en la medicina intercultural.

A nuestros docentes, por todos los conocimientos teóricos y prácticos enseñados desde el principio de la carrera como profesional.

Al Hospital Nuevo Amanecer, por permitirnos realizar nuestras prácticas clínicas, realización de internado y al hospital de Bonanza y Siuna por permitirnos realizar el servicio social.

A todo el personal de médicos y personal de enfermería, que nos brindaron sus conocimientos y su apoyo en la formación desde los primeros años hasta este momento.

Al Pastor Earl Bowie que nos ha ofrecido un gran apoyo incondicional desde los primeros momentos y a su amada esposa por su gran cariño y amor por nuestros sueños.

“Como pagare al señor todo el bien que ha hecho”.

Salmo 116:12

Br. Rubén Padilla Hernández

Br. Chachel A. Davis Rocha

INDICE

RESUMEN

I.INTRODUCCIÓN.....	1-2
II.OBJETIVOS.....	3
3.1. Objetivo general.....	3
3.2. Objetivo específico.....	3
III.MARCO TEÓRICO.....	4-12
IV.METODOLOGÍA.....	13-20
5.1 Ubicación del estudio.....	13
5.2 Tipo de estudio.....	13
5.3. Nivel de investigación.....	13
5.4. Universo.....	13
5.5. Marco muestral.....	13
5.6. Unida de análisis.....	14
5.7. Muestra.....	14
5.8. Operacionalizacion de variables.....	14- 17
5.9. Unidad de observación.....	18
5.10. Criterios de selección.....	18
5.11. Fuente de obtención de datos.....	18-19
5.12 Técnicas e instrumentos.....	19
5.13. Procesamiento y análisis de los datos.....	19-20
5.14. Aspectos éticos.....	20
5.15. Delimitación y Limitación del estudio.....	20
V.RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	21-28
VI.CONCLUSIONES.....	29-30
VII.RECOMENDACIONES.....	31
VIII.LISTAS DE REFERENCIAS	32
IX.ANEXOS.....	33-40

RESUMEN

La presente investigación, es de enfoque cuali-cuantitativo sobre los factores de riesgo sociocultural asociado a neumonía desde la cosmovisión indígena Miskitu en niños menores de 5 años, grupos de mayor riesgo en padecer esta enfermedad Miskitu; al hablar de neumonía desde la cosmovisión indígena Miskitu, hay que entender que la cosmovisión es la manera de ver y entender el mundo de una cultura propia, todo ello define la ideología de una cultura.

En el año 2002, Isabel Pérez Chiriboga en un estudio sobre la cosmovisión indígena: público que La ideología es parte de la cultura y puede ser definida como un sistema articulado de significados, valores y creencias.

En el contexto general, la neumonía es una enfermedad con mucha prevalencia a nivel mundial, se considera como una de las principales causas de muerte en todas las edades principalmente en niños, las tasas de niños con neumonía han venido incrementando progresivamente en el año 2000 según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud.

De acuerdo a los resultados, los principales factores de riesgo sociocultural consisten en la falta de armonización entre los sistemas de salud tradicional y convencional, entes espirituales capaces de causar enfermedad, la inaccesibilidad a las unidades de salud.

I. INTRODUCCIÓN

Este es un estudio que se realizó en la población indígena miskitu con un enfoque sobre los factores de riesgo sociocultural asociado a Neumonía desde un contexto de la cosmovisión de estos pobladores, ya que son mayoritarios en la región y que a pesar de muchos avances y logros científicos en la medicina moderna todavía existe altos índice de prevalencia y muerte por múltiples, causas, factores y desde la medicina tradicional ancestral es un conjunto de ver las enfermedades y que va en sucesos de cadena, por ello se trabajara con los casos que se presentaron en el Hospital Nuevo amanecer.

En el año 2000 según la Organización Mundial de la Salud la neumonía es una enfermedad con mucha prevalencia a nivel mundial, se considera como una de las principales causas de muerte en todas las edades principalmente en niños menores de 5 años, las tasas de niños con neumonía han venido incrementando progresivamente y se estima que de cada tres recién nacido, muere uno a causa de neumonía.

En el año 2016 la Asociación Española de Pediatría en conjunto con la Organización mundial de Salud público que la neumonía es la principal causa de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula la muerte en unos 1,2 millones de niños menores de cinco años, lo que supone el 18% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo.

La Organización mundial de la salud y la Organización de Naciones Unidas en el 2019 publico que para la infancia entre los datos citados se consideraron dos aspectos importantes, costo económico y respuesta; pusieron en marcha un plan de Acción Mundial para la prevención y el control de la neumonía que tiene por objetivo acelerar el control de la neumonía combinando diversas intervenciones de protección, prevención y tratamiento de la enfermedad en los niños.

En nuestro país, las enfermedades respiratorias son de mucha prevalencia, en pediatría las neumonías constituyen una de las primeras causas de morbilidad y hasta hace poco una de las principales causas de muerte. De acuerdo a nuestros registros en nuestro país en los últimos años ha ocupado el primer lugar en las estadísticas de los fallecidos por neumonía.

En nuestra región también prevalecen las incidencias de los casos y mortalidad por las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía que ocupa el primer lugar junto con las enfermedades diarreicas, la existencia de una población multiétnica y pluricultural tienen sus propias ideologías y cosmovisión del proceso salud y enfermedad, es un elemento positivo a identificar todo aquello y que existe dentro de esta población varios factores de riesgo ya sean propios del huésped, ambientales y sociales que junto a lo cultural forman un eje importante el desarrollo de las enfermedades y no obstante surge en nosotros la siguiente interrogante.

En el año 1998 Avelino Cox en su libro Cosmovisión de los pueblos de Tulu walpa dijo que: en la cosmovisión Miskitu la noción de la enfermedad guarda una estrecha relación con nuestro sistema de creencias. Varían según los orígenes del mal algunas enfermedades provienen de personajes sobre naturales y otras de os seres humanos que saben manejar las fuerzas sobrenaturales.

Según las creencias de nuestros autóctonos y médicos tradicionales o curanderos, la mayoría de los casos de las enfermedades, de los malestares mentales o espirituales y físicos, son provocados por los “lasas”, cuando las personas no cumplen con los requerimientos mínimos de armonía con la naturaleza, cuando se abusa de la naturaleza.

Estas mismas creencias son las que dan respuesta al concepto de enfermedad de los pueblos indígenas en los cuales la enfermedad se encuentra asociada a la relación espiritual-ambiental-corporal donde las leyes para la salud y enfermedad no existen como tal sino como castigo hacia infracción de las leyes naturales.

En este sentido, este estudio es fundamental vista desde la articulación entre el sistema de salud convencional y tradicional. Ya que en un contexto de esta naturaleza y el alto grado de complicaciones de la neumonía en niños menores de cinco de 5 años, el camino más efectivo es la armonización entre los sistemas de salud.

II. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Identificar factores de riesgo socioculturales asociado Neumonía Adquirida en la Comunidad desde la cosmovisión indígena Miskitu en niños menores de 5 años en el Hospital Nuevo Amanecer en la sala de pediatría durante el periodo de julio- diciembre 2019

3.2. Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas en niños menores de 5 años con Neumonía Adquirida en la Comunidad atendidos en el Hospital Nuevo Amanecer en la sala de pediatría. durante el periodo de julio- diciembre 2019.
2. Identificar los factores de riesgo sociocultural asociado a Neumonía Adquirida en la Comunidad desde la cosmovisión indígena Miskitu atendidos en el Hospital Nuevo Amanecer en la sala de pediatría durante el periodo de julio- diciembre 2019.
3. Describir el concepto de Neumonía Adquirida en la Comunidad desde la cosmovisión indígena Miskitu.

III. MARCO TEÓRICO

La neumonía es una enfermedad con mucha prevalencia a nivel mundial, se considera como una de las principales causas de muerte en todas las edades principalmente en niños, las tasas de niños con neumonía han venido incrementando progresivamente en el año 2000 un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud estima que de cada tres recién nacido, muere uno a causa de neumonía , generalmente de carácter infeccioso, que las unidades de intercambio gaseoso y que llega a producir diversos grados de alteración en la difusión y/ o ventilación alveolar, pudiendo llegar a poner en peligro la vida del paciente. OMS (2000) p.10

El término de Neumonía Adquirida en la Comunidad; se le da a la infección del parénquima pulmonar que ocurre en niños que no han estado hospitalizados en la última semana o que aparece después de 48 horas del egreso hospitalario, que se acompaña o no de síntomas y/o signos respiratorios de menos de 15 días de evolución. AIEPI hospitalario (2016) p.95

La elevada mortalidad asociada a las infecciones respiratorias, esencialmente en países subdesarrollados, y la dificultad en el diagnóstico etiológico, han motivado publicaciones de guías de práctica clínica basadas en evidencia científica para el manejo de la Neumonía adquirida en la comunidad en niños, en las que el nivel de evidencia principalmente está sustentado por opinión de expertos, trabajos prospectivos o series de gran número de casos, y pocos en trabajos canonizados, doble ciego o estudios bien diseñados de caso-control. En Chile, en 1999 se publicó el Consenso de Especialistas en Enfermedades Respiratorias para el manejo de la Neumonía adquirida en la comunidad en niños, que no especifica el grado de evidencias de sus indicaciones.

En la mayoría de las neumonías el clínico no logra definir el agente patógeno específico, en parte por la dificultad de obtener muestras para demostrar el agente etiológico, además de la tendencia rutinaria y equivocada de manejar procesos respiratorios agudos con antimicrobianos. La edad es el mejor valor predictivo de la etiología de la neumonía. Los recién nacidos tienen inmunoglobulina G materna, que les da protección contra agentes infecciosos capsulados. En las primeras semanas de vida, el estreptococo del grupo B y los bacilos gramnegativos son los agentes que provocan neumonía con mayor frecuencia. (Spirko et al 2007) p.28

Desde la segunda semana y en los dos primeros meses de vida, los agentes virales y la Chlamydia son los agentes más comunes. En los niños menores de cinco años de edad se observa una alta prevalencia por la etiología viral, principalmente el sincitial respiratorio y el rinovirus. La infección bacteriana simultánea es frecuente en niños que padecen de una infección vírica aguda, ya que ésta altera los mecanismos de defensa del huésped y reduce la eficiencia de las actividades antibacterianas de los pulmones, creando condiciones idóneas para la invasión por las bacterias patogénicas que generalmente están presentes en las vías respiratorias superiores, como el neumococo y el H. influenzae, que son componentes de la flora normal del tracto respiratorio superior. Bailen A. & Gómez O. (2015) pp.17-20

En estudios realizados en la comunidad en Estados Unidos y Finlandia se encontró una incidencia anual de Neumonía adquirida en la comunidad entre 34 y 40 casos por 1.000, excepto los ancianos de más de 75 años. Estas tasas son similares a las registradas en dos recientes investigaciones prospectivas realizadas en nuestro país, que presentaron un rango de 36 casos/1.000 niños menores de 5. La incidencia de Neumonía adquirida en la comunidad es claramente inferior en niños mayores, con 11-16 casos por 1.000 niños mayores de 5 años. La incidencia de Neumonía en niños hospitalizados es variable y oscila entre 3 y 10 por 1.000 menores de 5 años en los estudios contemporáneos europeos y norteamericanos. Dentro de este rango se encuentran las tasas encontradas en los dos estudios nacionales, donde el 15,6-23% de niños con Neumonía adquirida en la comunidad requirieron ingreso hospitalario. La mayoría de los estudios encuentran un discreto predominio de Neumonía adquirida en la comunidad en varones, tanto a nivel comunitario como hospitalario. AEP (2016) pp.17-21

La estrecha relación entre la adquisición nasofaríngea de cepas de neumococo y la incidencia de enfermedades invasivas ha sido ampliamente documentada en estudios epidemiológicos realizados en países en vías de desarrollo. De los agentes bacterianos, el más frecuente es el Streptococcus pneumoniae, y no existe diferencia significativa en la prevalencia con respecto a la edad del paciente. En la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad, la Chlamydia pneumoniae y el Mycoplasma pneumoniae se

incrementan en los niños mayores de cinco años de edad. Bailen A.& Gomez O. (2015) pp.17-20

Los especímenes para cultivo tienen diferente especificidad, sensibilidad y valor predictivo; además, todos ellos son invasivos y presentan obvias limitaciones para su utilización, y el *Haemophilus influenzae* son las bacterias aisladas con más frecuencia, y representan aproximadamente 60% de la etiología bacteriana; *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* grupo A y *Staphylococcus aureus* representan cerca de 30%, y el porcentaje restante son gérmenes gramnegativos y otros, como *Mycoplasma pneumoniae*, *trachomatis*. Al considerar la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad, es importante mencionar que el esquema de inmunización infantil pone de relieve que ha disminuido la incidencia de las infecciones por *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* y virus influenza A y B, ya que el niño cuenta con la protección específica contra estos agentes infecciosos en la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad en los países en donde se aplica en forma regular a toda la población,⁵ y donde además no existen otros factores de riesgo, como la malnutrición infantil, la edad el estado de inmunizaciones modifican la prevalencia de neumonía en las diferentes poblaciones, sumándose a ello las estaciones del año, con marcado incremento de la etiología viral: sincicial respiratorio y virus para-influenza en el invierno, y virus influenza A y B al final del invierno y principio de la primavera. Spirko (2007) pp.18-19

Factores de riesgo

En general, la neumonía muestra una distribución estacional, siendo más elevada en los meses de invierno; se ve favorecida por el agrupamiento de personas en ambientes cerrados, que favorece la transmisión de gérmenes, así como por los cambios de temperatura, especialmente el frío, que alteran los mecanismos de defensa de la vía respiratoria y favorecen la instalación de virus y bacterias secundariamente.

Numerosos factores dependientes del huésped y ambientales se han asociado con una mayor incidencia de Neumonía adquirida en la comunidad en diversos estudios, aunque con heterogeneidad en los resultados. 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. Nelson (2013) p.1012

Se ha comprobado que determinados polimorfismos en genes implicados en la respuesta inmunitaria innata o específica se asocian a mayor susceptibilidad a determinadas infecciones, aunque su relevancia como factores de riesgo en la Neumonía adquirida en la comunidad necesita ser investigada en mayor profundidad.

El hacinamiento, incluidos la asistencia a guarderías, el tabaquismo pasivo o la exposición a contaminantes ambientales, tienen un reconocido impacto en las infecciones respiratorias de los niños. Se ha comprobado que el uso de antiácidos (incluyendo los antagonistas del receptor H2 y los inhibidores de la bomba de protones) se asocia a un riesgo incrementado de Neumonía en adultos y hay datos que sugieren también esta asociación en niños^{11,12}. Varios de los factores previamente citados se han asociado también de forma significativa a una mayor morbilidad o mortalidad en la Neumonía adquirida en la comunidad. Nelson (2013) p.1013

Ambientales.

La mayor incidencia de la Neumonía adquirida en la comunidad se produce en los meses fríos por la mayor circulación de los principales agentes virales asociados a la Neumonía y el mayor nivel de hacinamiento entre los niños. Por exposición al humo que puede ser contaminante atmosférico (dióxido de sulfuro); por la contaminación doméstica (combustibles orgánicos: maderas-desperdicios humanos y agrícolas); por tabaco; entre otros Por hacinamiento el mayor contacto interhumano 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. Nelson (2013) p.1013

Nutricionales.

Bajo peso al nacer, 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 al nacer condiciona una reducida inmunocompetencia y función pulmonar restringida.

Desnutrición, la prevalencia de desnutrición es más alta en países en desarrollo. Los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente de preferencia a nivel celular y por consiguiente las infecciones son más graves que en los niños con un estado nutricional adecuado. La lactancia materna, la frecuencia varía entre los diferentes países e incluso entre los estratos económicos. Entre ricos y algunas áreas urbanas pobres, la duración de la lactancia es de 3 meses. En otras áreas urbanas pobres y rurales pobres los bebés son alimentados a pecho hasta los 12 a 18 meses. La lactancia materna protege contra Infecciones respiratorias Altas mediante cierto número de mecanismo incluyendo sustancias anti virales, antibacterianas, células inmunológicamente activas y los estimulantes de sistema inmune de los infantes. En los países en desarrollo los bebés alimentados a pecho materno presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de vida, después de 6to. Mes cuando deben introducirse los alimentos sólidos, comienzan los problemas económicos y como resultado la desnutrición. OMS (2016) P. 14

Tratamiento.

El tratamiento de la neumonía depende de la posible causa, su edad y el aspecto clínico del niño. En los niños en cuanto a cuadros leves que no precisan ingreso se recomienda la amoxicilina. En comunidades con un porcentaje elevado de neumococos resistentes a penicilinas se deben prescribir dosis altas de amoxicilina (80-90mg/kg/24hrs) las alternativas terapéuticas son cefuroxima axetili y amoxicilina-clavulánico.

En los niños en edad escolar y niños con posible infección por *M. Neumoniae*, *C. Neumoniae* (Neumonias atípicas) se debe usar un macrolido, como azitromicina. En adolescentes puede utilizarse una fluorquinilona (levofloxacin, moxifloxacin, gemofloxacin) como alternativa. El tratamiento empírico de una posible neumonía bacteriana en un niño hospitalizado depende de las manifestaciones clínicas en el

momento de la consulta. La administración parenteral de cefotaxime o ceftriaxona es el pilar del tratamiento cuando se sospecha una neumonía bacteriana. Cruz M. (2011) p.20

Tratamiento de la Neumonía según AIEPI.

Neumonía:

Amoxicilina a dosis de 80-90 mg/kg/día VO, cada 12 horas o Azitromicina 10 mg/kg/día administrado en una dosis diaria. Duración del tratamiento: 5 días

Neumonía grave y muy grave:

Tratamiento por grupo etéreo. 1-3 meses: Primera línea: Penicilina Cristalina 250.000-300.000 UI/kg/día IV dividida en 4 dosis, administrar cada 6 horas o Ampicilina 200 mg/kg/día IV dividida en 4 dosis más gentamicina 7.5 mg/kg/día IV dividida en 2 dosis, administrar cada 12 horas.

Segunda línea: Cefotaxima 150 mg/kg/día IV dividida en 4 dosis, administrar cada 6 horas más amikacina 15-22 mg/kg/día IV dividida en 3 dosis, administrar cada 8 horas.

Sospeche neumonía atípica en: parto vaginal, cervicovaginitis, afebril, tos seca o quintosa con o sin cianosis, no tóxico, conjuntivitis, imagen radiológica intersticial.

Mayor de 3 meses a menor de 5 años: Primera línea de tratamiento

Tratamiento antibiótico de niños hospitalizados con NAC sin derrame para neumónico: Penicilina cristalina IV: 250.000-300.000 UI/kg/día cada 6 horas (dosis máxima 24 millones UI al día) o Ampicilina IV: 150-200 mg/kg/día, cada 6 horas (dosis máximo 12 g/día)

Tratamiento antibiótico de niños hospitalizados con NAC con derrame paraneumónico: Penicilina cristalina IV: 300.000-400.000 UI/kg/día cada 6 horas (dosis máxima 24 millones UI al día). o Ampicilina IV: 250-300 mg/kg/día, cada 6 horas (dosis máxima 12 gr/día). Segunda línea de tratamiento Ceftriaxone 75-100 mg/kg/día IV dividida en 2 dosis, administrar cada 12 horas. o Cefuroxima 50-100 mg/kg/día, dividida en 4 dosis, administrar IV cada 6 a 8 horas. Duración del tratamiento: 7 a 10 días. Sospeche

neumonía atípica en: niño afebril, tos seca o quintosa con o sin cianosis, no tóxico, conjuntivitis, imagen radiológica intersticial).

Tratamiento de la neumonía atípica (utilice uno de los siguientes esquemas): Claritromicina 15 mg/kg/día cada 12 horas por 10 a 14 días. Azitromicina 10 mg/kg/día una vez al día por 5 días. Eritromicina 40mg/kg/día cada 6 horas por 10 a 14 días. AIEPI (2016) PP.102-103

Percepción de la enfermedad desde la cosmovisión miskitu

En la cosmovisión Miskitu la noción de la enfermedad guarda una estrecha relación con nuestro sistema de creencias. Varían según los orígenes del mal algunas enfermedades provienen de personajes sobre naturales y otras de los seres humanos que saben manejar las fuerzas sobrenaturales.

Según las creencias de nuestros autóctonos y médicos tradicionales o curanderos, la mayoría de los casos de las enfermedades, de los malestares mentales o espirituales y físicos, son provocados por los “lasas”, cuando las personas no cumplen con los requerimientos mínimos de armonía con la naturaleza, cuando se abusa de la naturaleza. Estas mismas creencias son las que dan respuesta al concepto de enfermedad de los pueblos indígenas en los cuales la enfermedad se encuentra asociada a la relación espiritual-ambiental-corporal donde las leyes para la salud y enfermedad no existen como tal sino como castigo hacia infracción de las leyes naturales. Cox A. (1998) pp.15-20

Neumonía desde la cosmovisión miskitu

En cuanto a la neumonía como tal, la cosmovisión indígena la describe en su inicio como “lama Krikisa” aunque previo a evolucionar a esta condición se describe previamente como “pura witchka” en la cual sus síntomas son: tos, garraspéra, pero generalmente es muy persistente, que bien puede estar ocasionado por un espíritu que viene del espacio, esta enfermedad tiene la característica particular de producir dolores fuertes, a la vez que tiene que expulsar constante mente la flema. (Cox, 2011) p.10

Neumonía asociada a la espiritualidad

Otras causas de enfermedades en la población Indígena miskitu se atribuye a los espíritus del panteón indígena, entre ellos el yapti pasa, Aubia, liwa mairin, y Prahaku entre otros.

Encontramos entonces que el más asociado a afecciones respiratorias dentro de la cosmovisión miskitu es el espíritu llamado **Prahaku** el cual es un espíritu poderoso que vive en el espacio, donde pañan las nubes, es dueño del espacio vacío. (Cosmovisión de los pueblos de tulu walpa) Su manera de actuar es similar a la de otros espíritus, este se manifiesta luego de un des balance en la naturaleza creada por los hombres, actúan de esta manera como entes protectores del equilibrio de la naturaleza. Ejemplo de ello es el Swinta el cual cuando se abusa de la naturaleza, en caso de un cazador que mate más venados de las que necesita para comer este le roba su “**lilka**” y la persona se enferma. Así de esta manera los espíritus imponen su castigo a aquellos que alteren el orden natural del cosmos. Cox A. (2011) pp.21-22

Signos y síntomas de la manifestación del prahaku

La manifestación de este castigo se manifiesta a través de los efectos que cada espíritu ejerce sobre el condenado. El efecto **prahaku** entonces de manera mayoritaria son de tipo respiratorio, y son muy peligrosas por que los efectos son desde el pecho a la cabeza, problemas de las glándulas salivales, dolor en la garganta y el pecho. Aparte de estos malestares la persona afectada sufre otros males parecidos a la sinusitis o a la migraña, acompañado de calenturas fuertes, resfrios y vómitos, un individuo con estos problemas poco a poco va perdiendo el apetito se va bajando el peso, constantemente padece distensión abdominal. Fagoth (1998) p.30

Tratamiento para los efectos del Prahaku

La cosmovisión miskitu confía en que ningún medicamento químico tiene lugar, en este sentido lo único que funciona son las oratorias, junto con las hiervas apropiadas, se utiliza mucho el exorcismo para liberar a las personas de la prisión física que lo tiene sumido en la desesperación. Generalmente por las tardes comienzan a sentirse mal, y esa tos

carraspera dura por toda la noche y al día siguiente el individuo presenta un estado de gravedad.

También se practica una curación a través de humos, hiervas cosidas y quemadas y al enfermo se lo sienta entre humasales, que es una forma de ocultamiento para que el espíritu no lo pueda ver y deje de castigar. Fagoth (1998) p.32

Recomendaciones desde la cosmovisión Miskitu para los efectos del prahaku.

Esta práctica consta también puede ayudar a la persona hasta llegar a su total curación pero también se deben observar muchas prescripciones especialmente en los alimentos, alejarse de las mujeres con la menstruación, recién paridas o personas que participan en velorios o entierros, estas observaciones aun después de la curación se siguen respetando por el miedo a un decaimiento. Cox A (1998) p.22-24

IV. Metodología y materiales.

5.1 Ubicación del estudio

Este estudio se realizó en la sala de pediatría del Hospital Nuevo Amanecer Nancy Bach de la Costa Caribe Norte de Nicaragua, ubicado en el municipio de Bilwi- Puerto Cabezas.

5.2. Tipo de estudio.

Este estudio fue de tipo mixto porque se tuvo que recolectar datos tanto cualitativo y cuantitativo, se usó guías de entrevistas, tanto como revisión de datos estadísticos de expedientes clínicos y se realizó la recolección; análisis y vinculando datos integrando las perspectivas teóricas y metodológicas

Sujeto: Población Miskitu.

5.3. Nivel de investigación

Este estudio de tipo descriptivo por los conocimientos que se dé sea alcanzar, por su amplitud es de corte transversal, se realiza la investigación durante el periodo de julio-diciembre del año 2019, en particular se refiere a la recolección de datos en el área de estudio, esta investigación fue con el propósito de identificar los factores de riesgo sociocultural asociado a neumonía adquirida en la comunidad desde la cosmovisión indígena Miskitu atendido durante el periodo de estudio.

5.4 Universo: corresponde a 100 de todos los pacientes mayores de 3 meses y menores de 5 años diagnosticados que fueron ingresados en la unidad de salud con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en la sala de pediatría durante el periodo de estudio.

5.5 Marco muestral: Sala de pediatría en área Infecciones respiratorias agudas del hospital Nuevo Amanecer.

5.6 Unidad de análisis

Se utilizaron tablas en Excel para tabular la información y se realizaron graficas de barras y pastel para presentar la información.

5.7. MUESTRA

Se llevó acabo la recolección de muestras dirigidas y estadísticos por el tipo de estudio que es mixto y de corte transversal, se realizó entrevistas a padres de familia y personales de salud tanto como a médicos tradicionales, se realizó revisión de expedientes clínicos de los pacientes ingresados con neumonía adquirida en la comunidad que corresponden a 30 pacientes del universo, para un total del universo de 100 pacientes.

5.8 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variable	Sub variable.	Definición.	Indicadores.	Fuentes.	Técnica.
OBJETIVO 1					

Edad	1 a 4 meses 4 meses a 1 año. 1 a 3 años 3 años a 5 años.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Meses. Años.	Expedientes. Pacientes/ familiares.	Revisión de expedientes. Encuestas. Entrevistas.
Sexo	Masculino Femenino	Características peculiares que distinguen al varón y de la mujer	Genero	Paciente / familiares. Expedientes.	Entrevistas. Encuestas. Revisión de expedientes clínicos
Procedencia	Urbano. Rural. Rural dispersa.	Lugar y sitio de donde proviene o vive el paciente	Región municipio Ciudad Comunidad Barrio Finca	Expedientes. Paciente/ familiares.	Revisión de expedientes. Encuesta. Entrevista.

Etnia	Miskitu Mayagna Creole Mestizo	Conocimiento de sí mismo como parte de un grupo específico al que pertenece	Lista de grupos étnicos y/ comunidades.	Expedientes. Paciente/ familiares.	Revisión de expedientes. Encuesta.
OBJETIVO 2					
Neumonía adquirida en la comunidad	Conocimiento adquirido por antepasados basados en la cosmovisión de los pueblos indígenas	Neumonía adquirida en la comunidad es la inflamación de los alveolos, intersticio y vía aérea terminal en respuesta a la invasión por agente infecciosos, comunitarios introducidos hacia los pulmones a través de diseminación hematológica o inhalada diagnosticadas	Patología.	Expedientes. Paciente/ familiar.	Revisión de expedientes Encuesta. Entrevista.

		en las primeras 72 horas de estancia hospitalaria.			
Cosmovisión		Manera de ver e interpretar el mundo de una población.	Creencia	Paciente /familiares	Encuesta. Entrevista.
OBJETIVO 3					
Factor de riesgo para Neumonía adquirida en la comunidad.	Espirituales. Climáticos. Maldiciones. Edades infantiles.	Es la afectación de la capacidad de respiratoria de un individuo que se le atribuya a fenómenos	Creencia. Dioses.	Pacientes/ familiares.	Encuesta. Entrevista.

		espirituales, climáticos y maldiciones.			
--	--	---	--	--	--

5.9. Unidad de observación.

Pacientes pediátricos mayores de 3 meses y menores de 5 años ingresados y con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad durante nuestro periodo de estudio.

5.10. Criterios de selección.

INCLUSIÓN.

1. pacientes pediátricos ingresados en la sala de pediatra con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad
2. pacientes que comprenden entre las edades de 3 meses a menores de 5 años.
3. pacientes que fueron ingresados durante el periodo de estudio, establecido con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.
4. pacientes pediátricos que luego de su ingreso se diagnostica el cuadro neumónico antes de las 72 horas de estancia hospitalaria.

EXCLUSIÓN.

1. Paciente pediátrico ingresado en la sala de pediatría sin diagnóstico de neumonía.
2. Pacientes que no comprendan las edades de estudio, menores de 3 meses y mayores de 5 años.
3. Paciente con criterios de otras formas de neumonía.
4. Paciente que presenta cuadro neumónico después de las 72 horas de estancia intrahospitalaria.

8.8. Fuente de obtención de datos

Primaria:

Fuentes primarias: se realizó entrevistas a los padres de familia de los pacientes en la sala de pediatría, primeramente nos presentamos y explicamos el estudio a realizar y la importancia para los 2 sistemas de salud, el léxico utilizado en la comunicación fue la lengua materna Miskitu. Y a los médicos tradicionales y curanderos acudimos a sus

viviendas en el barrio cocal y barrió el muelle, para aplicar nuestros instrumentos de recolección de datos, el léxico utilizado fue la lengua materna Miskitu, los médicos tradicionales nos apoyaron muy amable mente con las informaciones.

Secundaria:

Revisión y recopilación de información mediante el acceso a los expedientes clínicos de los pacientes. Esto fue posible gracias al apoyo y aprobación del director general del hospital nuevo amanecer que aprobaron nuestra petición para poder acceder a los datos estadísticos y acceso a la sala de pediatría esto firmando una carta de solicitud que luego fue firmado por la jefa de enfermería de la sala de pediatría y la responsable del sector de estadística.

5.12. Técnicas e instrumentos

Se realizaron entrevistas en forma de preguntas abiertas a los padres de los pacientes y a los médicos tradicionales, también se obtuvo información estadística de los expedientes clínicos de los pacientes a través de fichas de recolección de datos. También usamos tabla de campo, lapiceros, lápices, grabadoras digitales, cámaras fotográficas, libreta de campo, realizamos las encuestas en su lengua materna que es el Miskitu esto fue posible gracias a que todo el universo de la investigación son de la población Miskitu.

5.13. Procesamiento y análisis del caso

La investigación conlleva tres momentos importantes, si seguimos a (Hernández Sampieri (2008).

Primer momento: se realizará planificación de la investigación los investigadores planteamos los argumentos a partir de un diseño teórico y metodológico, de manera tal que diera respuesta a las ideas de la investigación de forma ordenada según lo establecido en el por el método científico.

Segundo momento: realizaremos recopilación y sistematización de la información. En esta etapa de recolecta de información de campo, como investigadores buscamos respuestas a nuestra preocupación a través de la estrategia metodológica proyectada previamente, entrando en contacto con las fuentes directas del estudio y aplicando

instrumento.

Tercer momento: corresponde a la culminación del informe final. Esta fase con llevar la redacción del informe de investigación dando respuesta al planteamiento del problemática la hipótesis y los objetivos planteados.

En la segunda y tercera fase se realizó el siguiente procedimiento:

Para la recolección de la información a través de campo se hizo uso de la estrategia metodológica que proporciono información relevante, para después, de haber tomado en consideración el índice de la investigación, se organizó y se sistematizo la información para el procedimiento y análisis de los datos a través de los paquetes informativos para la investigación cuantitativa, el SPSS. Una vez que se cuenta con la base de datos se procedieron a realizar la descripción de la variable, después se prepararon las gráficas, se incluyeron análisis adicionales y se concluye con la validez y confiabilidad del instrumento de medición.

5.14. Aspectos éticos

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Las consideraciones éticas fueron tomadas de la declaración de Helsinki para la realización de investigaciones en seres humanos, como son: el respeto y la confidencialidad en el uso de la información, el uso de los datos con fines meramente investigativos y la retroalimentación de resultados a los usuarios del estudio.

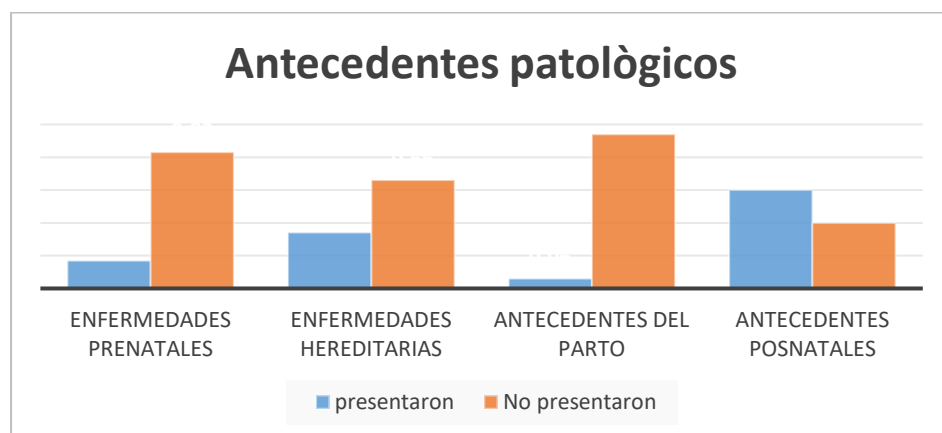
5.15 Delimitación y Limitación del estudio: Este estudio se realizó en el periodo de 01 de julio a diciembre del 2019 en el hospital nuevo amanecer Nancy Bach.

V. Resultado y discusión.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos al realizar el estudio del presente trabajo que se llevó, se aplicó el estudio a 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para Neumonía Adquiriría en la Comunidad en niños menores de 5 años. acabo en el hospital nuevo amanecer en la ciudad de Bilwi-puerto cabezas en el periodo de julio a diciembre del año 2019

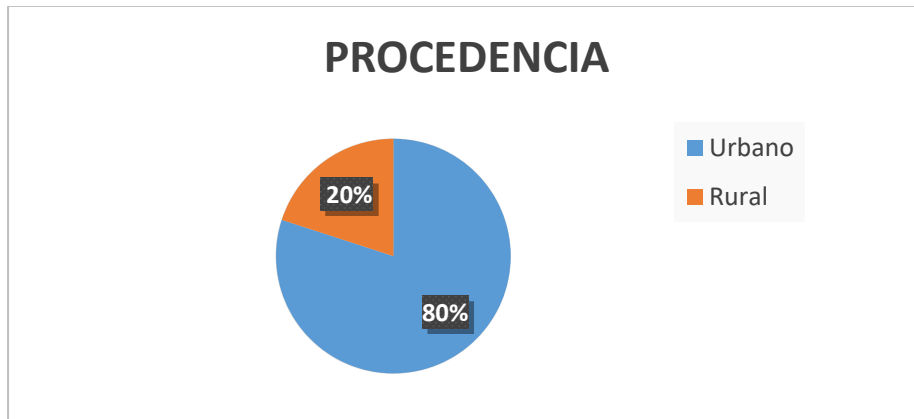
Grafica N.1

Antecedentes patológicos.



De los pacientes los cuales fueron ingresados podemos notar en la gráfica número 1 que de los expedientes lo cuales fueron revisados encontramos que en su mayoría que los sujetos de estudio presentaron muy escasa mente antecedentes patológicos personales y es mayor la cantidad de estos que no las presentó.

Grafica N.2



En correlación la gráfica número, 1 la gráfica número 2 nos muestra que la procedencia de los pacientes la cual en su mayoría son del área urbana en un 80% y 20% procedentes del área rural, cabe mencionar que los antecedentes antes mostrados tienen un nexo a estos datos ya que los pacientes provenientes del área rural son los que en su mayoría presentaron antecedentes esto asociado a la dificultad en los centros de salud que son de menor calidad. Estos pobladores representan la mayoría de la zona urbana pero que llevan viviendo hace 6mese a 1 año en la ciudad, no obstante, son pobladores que migraron recientemente a la ciudad.

Tabla N.1

Sexo de los pacientes.

Masculino	Femenino
90%	10%

La tabla número 1 nos muestra que de los pacientes ingresados son afectados principalmente los del sexo masculino.

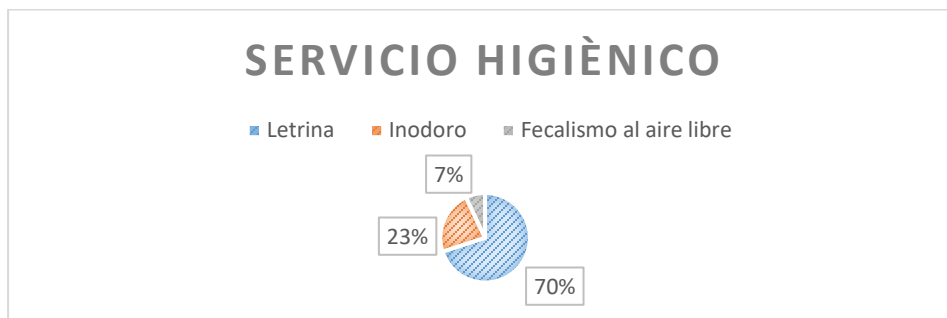
Tabla N.2

Vivienda de los pacientes.

madera	Concreto	Plástico
50%	50%	0%

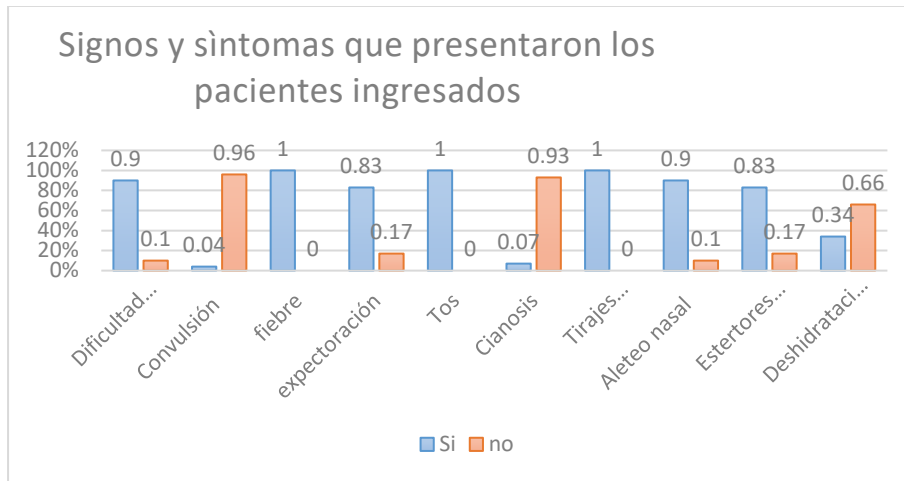
En esta tabla nos muestra una proporción de la infraestructura de las casa de los pobladores siendo familias humildes y muy tradicional, con mayor número de familias aglomeradas.

Grafica N.3 Servicio higiénico.



La gráfica número 3 se descubre que en su mayoría de la de la población tienen tanto inodoros y letrinas para realizar el acto fecal y únicamente el 7% son los que aun practican fecalismo al aire libre, no obstante siendo esta una de las de las prácticas culturales no muy higiénicas, frecuente mente por la población indígena ,que conlleva principalmente a las infecciones diarreicas y esto que conlleva a la desnutrición, inmunosupresión y otros problemas que se relaciona o desarrollar neumonía, siendo más frecuente en los periodos de inviernos por la inundación trae consigo agentes patógenos como: virus, bacterias, parásitos y hongos.

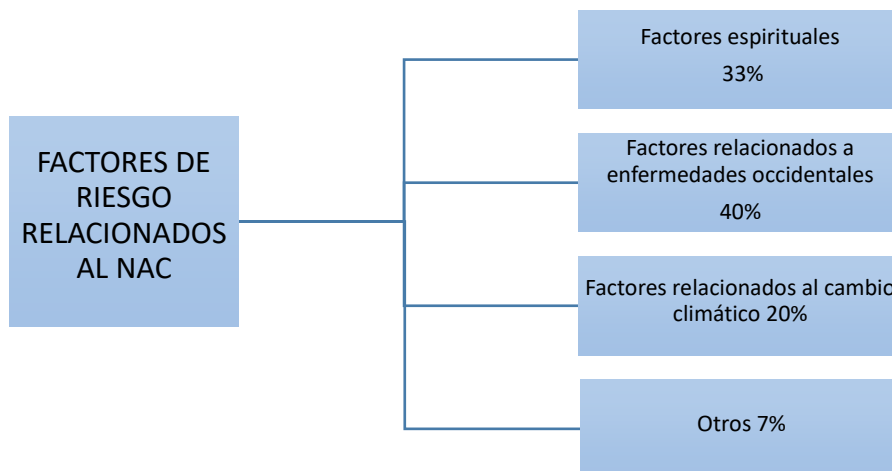
Grafica N.4



En esta grafica nos muestra los signos y síntomas que padecieron los pacientes a su ingreso a la unidad, siendo los signos y síntomas de fiebre, tos y tirajes intercostal característicos de la neumonía y otros como la convulsión, deshidratación, etc., que se observó en aquellos pacientes con otros problemas asociado en su contexto sociales y culturales.

Tabla N.3

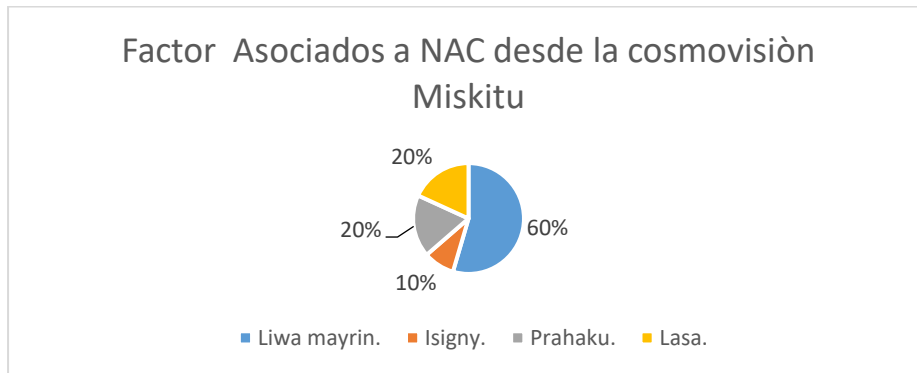
Factores de riesgo relacionado a NAC



En la tabla número 3 al entrevistar a las madres de los pacientes estudiados y determinar bajo sus conceptos interculturales la causa de la neumonía en un 33% mencionaron que

es debido a causas espirituales de los cuales las madres con procedencia rural mantenían concepciones más ligadas a la cultura miskitu que las madres que son del área urbana y que han crecido durante toda su vida en el mismo.

Grafica N.5



Las madres en la gráfica número 5 en la cual expresan a que agente es que más se le atribuye esta enfermedad respiratoria, estas manifestaron que en 60% se encuentra relacionada a liwa mairin, seguido de prahaku y Lasa con 20% e isigni con 10% de las encuestas.

Tabla N.4

Donde acudieron al presentar síntomas	
Medico occidental	Medico tradicional
80%	20%

En la gráfica numero 4 continua la relación entre pacientes provenientes del área rural, las cuales resultaron ser las que presentaron mayor concepción interculturales y ahora vemos que son estas mismas las que acudieron en su mayoría al médico occidental, cabe mencionar que son estas mismas las que acudieron con sus hijos los cuales fueron ingresados con neumonía grave, en la tabla 5 y 6 se observa que las mismas madres fueron las que optaron por tratamiento tradicional.

Tabla N.5

Uso de medicina tradicional	
Si	No
10%	90%

En la tabla número cinco se realizó una entrevista a los familiares de los pacientes, en la que el resultado fue que el 10% de los pacientes optaron por realizar medicina tradicional y un 90% de estos acudieron a la unidad de salud para recibir tratamiento médico occidental, cabe mencionar que la mayoría de los pacientes que acudieron a la unidad de salud tenían complicaciones graves de la enfermedad o esta estaba asociada a otra patologías de vías respiratorias como asma bronquial, hiperreactividad bronquial , o digestivas como diarrea , parasitosis y enfermedades sistémicas como sepsis , la mayoría de estos pacientes son de zonas urbanos , pero con raíces de zonas rurales , la mayoría de los pacientes que no acudieron a la unidad de salud eran de zonas poco accesibles que ameritaban un costo de transporte y eran madres adolescentes primigestas las cuales por sus raíces culturales y por el costo económico opto primero al médico tradicional .

Tabla N.6

Importancia de cumplir el esquema de vacunación para prevenir neumonía.	
Si	No
100%	0%

Podemos observar que hay ciertas similitudes en las condiciones de los niños

procedentes del área rural y el área urbana ya que en cuanto a vivienda y servicios sanitarios no se encontraron grandes diferencias pero si en cuanto a lo que corresponde en antecedentes patológicos notamos que se presentaron más en los pacientes provenientes del área rural, pero a esto podemos atribuirlo a aspectos principalmente en la atención en salud de la zona rural, se pueden mencionar la falta de médicos, falta de equipos procedimentales y sanitarios, lejanía de los puestos de salud, falta de medicamentos, etc. que luego se traducen en una precaria atención en salud a la población.

Estas madres presentaron a diferencia de las madres que se encuentran en el área urbana las cuales podríamos describir como los factores de riesgo y mencionarlas luego de nuestra investigación como una mayor afinidad a los remedios culturales y un conocimiento de la enfermedad ligada a la cultura, y esto determina hasta cierto punto el actuar de las mismas cuyo solución radico desde su inicio a la visita del médico tradicional y al no poder dar solución los padecimientos llevo inevitablemente al empeoramiento del cuadro clínico del paciente y en la lógica invertida de los pacientes indígenas que radica en que al no tener más opciones de resolución con el médico tradicional acudieron al médico occidental u enfermera, teniendo de esta manera que iniciar el manejo con un paciente que presento en su momento un cuadro de neumonía más avanzado.

La diferencia clara y observable entre las pacientes que se encuentran en las zonas rurales y urbanas se refleja en que todas estas acudieron con sus hijos menores de 5 años con diagnóstico de neumonía, pero fueron las madres procedentes del área rural cuyos hijos presentaron más signos de gravedad al ingreso y su estancia, mientras que las madres del área urbana no tuvieron en medida considerable estos inconvenientes con sus hijos. De igual manera fueron las madres provenientes del área rural las que tras las encuestas expresaron sus ideas desde una visión epistemológica indígena más sólida que las madres del área urbana, así mismo no negaron el haber acudido al médico tradicional y haber recibido manejo por el mismo previo al ingreso.

Tal es todo lo antes mencionado luego de realizar el análisis de los datos que podemos

hasta este momento concluir en que efectivamente la cultura tiene afectación hasta cierto caso y los factores de riesgo están ligados a la cosmovisión de la cultura indígena arcaica. No diremos con esto que los pacientes indígenas que residen en el área urbana no tienen creencias culturales y que por tal motivo no presenten estos factores, sino que sus conocimientos culturales se han, en cierta forma mezclado con la cultura occidental.

V. CONCLUSIONES

Finalmente podemos concluir en el presente estudio que la población muestreada en lo general un 80% son de la zona urbana y el 20% de la zona rural los cuales presentan en similitud las formas o condiciones de sus hogares, la economía de subsistencia, tradición religiosa, las mismas ideologías sociales y culturales ancestral.

La diferencia clara y observable de los factores de riesgo asociado en general de la neumonía son: prematuro, desnutrición, inmunocomprometido, neumonía a repeticiones, malformaciones cardíaca y pulmonares, hiperreactividad bronquial, infecciones respiratorias recurrentes y antecedentes de infecciones del oído, el hacinamiento, el tabaquismo pasivo o la exposición a contaminantes ambientales, la no lactancia materna exclusiva , esquema de vacunación incompleta, cambios climáticos y deficiencia en la higiene personal; sin embargo se identificó que en el pueblo indígena Miskitu, los principales factores que se atribuyen a las dolencias desde la cosmovisión Miskitu principalmente son el ente en la naturaleza y que tiene una fuerza espiritual y el cuerpo humano contiene una esencia espiritual, sin dejar de un lado que todos los elementos mencionados como un conjunto.

En la ideología Miskitu todas las enfermedades guarda una estrecha relación con el ente y la naturaleza, la cual podemos entender la neumonía desde la cosmovisión indígena Miskitu es una padecimiento a causada de la por entes espirituales de la naturaleza, que al momento de una infracción a las leyes naturales esto castigan al infractor con manifestaciones respiratorias que incluyen tos, cansancio, expectoración y fiebre, en dependencia del grado de alteración a la naturaleza en que incurre la persona puede ser castigada por más de un ente.

Se observó que en la medicina tradicional ancestral aun es necesario la existencia de la clasificación pertinente de los signos y síntomas completos de las enfermedades respiratorias

Se encontró en la investigación que los pueblos indígenas Miskitu de la costa caribe de Nicaragua están arraigada a sus prácticas y costumbres ancestrales para el manejo de las dolencias físicas y espirituales aun en estos tiempos , pero se pudo ver que la mayoría de los pacientes acudieron primero a la unidad de salud occidental , esto no es porque

no sepan un tratamiento ancestral para las enfermedades respiratorias , sino que presentan mejor acceso a la salud , y son personas con su origen rurales viven cerca de las ciudades, la importancia de estos radica que un sistema de salud no sea mejor que otro.

VI. RECOMENDACIONES

AI SILAIS

1. Continuar fomentando campañas permanentes de promoción y prevención sobre las enfermedades respiratorias a la población en general, especialmente a la población en riesgo.
2. Fomentar la participación de los médicos tradicionales en el sistema de salud para disminuir la mortalidad y dar cobertura las alternativas de su tratamiento.

Al Hospital Nuevo Amanecer.

1. Permitir las practica de la medicina alternativa, en estos tipos de enfermedades respiratorias principal mente los medios de vapor.
2. Que los personales de salud den charlas a los padres y familiares sobre los síntomas y signos de gravedad que ameritan ingreso hospitalario.
3. Entablar pautas de armonización y coordinación entre el sistema convencional y tradicional ancestral

A la población en general.

1. Acudir a la unidad de salud siempre que el paciente presente datos de severidad y aun que no presente cansancio y si presenta comorbilidad inmediatamente acudir a la unidad.
2. No dar medicina tradicional tomada a los niños en condiciones graves de salud.
3. No dar baños en momentos de cambios climáticos como frio, bañarlos mucho tiempo en agua helada o en rio en estación de invierno o agua estancadas.

VII. LISTA DE REFERENCIA

Asociación española de pediatría (2016) Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas.

Cox, A. (2011). El vuelo del alma, COSMOVISION MISKITU. Managua, Nicaragua: URACCAN.

Cox, A. (1998). COSMOVISION DE LOS PUEBLOS DE TULU WALPA: según relato de los sabios ancianos miskitus. Managua, Nicaragua: URACCAN.

Perez, C. (2002) Espíritus de vida y muerte: Los Miskitus hondureños en época de guerra. Tegucigalpa, Honduras: Guaymuras

Fagoth, A & Gioanetto, F & Silva, A. (1998). Armonizando con nuestro entorno. Managua, Nicaragua: ARTES GRAFICAS

Hernández, M. (2011). Nuevo tratado de Pediatría. Barcelona, España:

Sampieri Hernández Roberto. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. McGraw-Hill. México.

MINSA. (2018). AIEPI: Normativa 146 - Manual de Procedimientos para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia 0 a 5 años (AIEPI), Managua, NICARAGUA.

Nelson. (2013), Tratado de Pediatría. Barcelona, España: ELSEVIER. OCEANO. ERGON.

Organización mundial de la salud (2009) Neumonía adquirida en la comunidad. Departamento de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Keppel Street, Inglaterra.

Organización Mundial de la Salud (2014) Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional. Ginebra, Suiza.

Revista cubana de pediatría. (2016). Caracterización de la neumonía grave adquirida en la comunidad. Servicio de Neumología Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez. La Habana, Cuba.

Spirko, V; López, G; Orozco, J; Karla, C; Vargas, M. (2007) Neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

VIII. ANEXO



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE

URACCAN

Entrevista

Médicos tradicionales

Nombre:

cargo que ejerce:

Años de experiencia:

procedencia:

1.- ¿Cómo entiende por Neumonía desde su cosmovisión?

3.- ¿Cuáles son los factores de riesgo que conoce sobre la neumonía desde la cosmovisión miskitu?

3.- ¿Conoce algunos tratamientos de la neumonía en niños menores 5 años desde su cosmovisión?

4.- ¿Qué seguimientos se realizan con el paciente?



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE

URACCAN

Ficha bibliográfica

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Procedencia:

Antecedentes familiares patológicos:

Enfermedades hereditarias:

Antecedentes prenatales:

Antecedentes del parto:

Antecedentes post natales:

Vacunas:

Historia socioeconómica:



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE

URACCAN

Instrumentos.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

La presente ficha de datos está diseñada con el propósito de recolectar la información necesaria para el estudio que estamos realizando. El cual se llevara a cabo en el Hospital Nuevo Amanecer.

No. de la ficha: _____

I. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Edad

3 meses – 6 meses _____

7 meses a 1 AÑO _____

2 años a 3 años _____

4 a 5 años _____

Procedencia:

Rural _____

Urbano _____

Barrio _____

Otros _____

Etnia

Mestizo _____

Miskitu _____

SEXO M _____ F _____

Vivienda.

Madera _____ si _____ no _____

Concreto _____ si _____ no _____

Higiene

Letrina _____ si _____ no _____

Inodoro _____ si _____ no _____

Clima

Verano ____ invierno

Antecedentes familiares patológicos: ____si____ no

Enfermedades hereditarias: ____si ____ no

Antecedentes prenatales: ____si __no

Antecedentes del parto: ____ si ____ no

Antecedentes post natales: __ si __ no

Vacunas completas: __ si __



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE

URACCAN

Guía de entrevista

Padres y madres de familia

1. ¿desde su cosmovisión que cree que produce la neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 5 años
2. ¿mencione algunos signos y síntomas que conoce sobre neumonía adquirida en la comunidad
3. usted cree que el factor ambiental es uno de las causas importantes que se relaciona con la neumonía en niños menores de 5 años ¿Sí o no? ¿Por qué?
4. Cundo su bebe presentó los primeros síntomas ¿dónde acudió primero al médico tradicional o al personal de salud? , ¿dónde y porque?
5. ¿Cuándo su bebe estaba enfermo de neumonía usted uso tratamientos tradicionales para curarlo?
6. ¿Usted cree que las vacunas del neumococo y las otras son muy importantes. Si o no y porque?
7. ¿usted cree que los entes espirituales son un factor de riesgo para la neumonía en niños menores de 5 años ¿
8. ¿Desde su cosmovisión cuales ente cree que son los que están relacionados con la neumonía en niños menores de 5 años?



Fotos durante la entrevista a padres de familia en la sala de IRA





Entrevista a la madre de familia en la sala de IRA DEL HNA



Foto de madre nebulizando a su bebe.