UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA

Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa. Agosto-diciembre 2025

AUTORES

Rea Patin Rosmery Marisol

Yachimba Moposita Tamara Mishel

TUTOR

Lcda. Gladys Vanessa Mite Cárdenas Mgtr

GUARANDA ECUADOR

2025

DEDICATORIA

Dedico este proyecto, en primer lugar, a Dios, a la Virgen de Guadalupe, a la Santísima Virgen María Natividad del Huayco y todos mis santos quienes fueron, fuente de sabiduría, fortaleza y esperanza. Sin Su guía no hubiese sido posible superar los desafíos que se presentaron en este camino. Cada paso estuvo acompañado de su luz y cada dificultad fue una oportunidad para crecer bajo Su gracia.

Dedico también este logro a mis padres, abuelita hermanos, hermanas y mis pequeños sobrinos y familia que a pesar de todo nunca supieron dejarme sola y gracias a ellos nunca me rendí, quienes también fueron mi refugio y mi mayor motivación. Gracias por su comprensión en los momentos de cansancio, por su apoyo cuando el camino se volvió incierto y por celebrar conmigo cada pequeño avance.

Y por último dedico también a mis mejores amigos y a la persona que siempre estuvo en las buenas y en las malas Kevin quizá los encontré en el transcurso del camino, gracias por ser el soporte emocional que me permitió avanzar sin perder la esperanza.

Rosmery Rea

A Dios, por ser mi guía constante, por brindarme fortaleza en cada desafío y por iluminar mi camino con su infinita bondad; y a la Virgen Niña María de Jerusalén, por cubrirme con su ternura celestial y recordarme que nunca caminé sola, incluso en los momentos de mayor incertidumbre. A mis padres, Carlos Yachimba y Gloria Moposita, por su amor incondicional, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo, la humildad y la perseverancia. Todo lo que hoy logro se sustenta en los cimientos que ustedes construyeron con dedicación y sacrificio. Gracias por creer en mí incluso cuando mis fuerzas flaqueaban. A mis hermanos, compañeros de vida, por su apoyo sincero y sus palabras de ánimo, que siempre llegaron en el momento exacto. A mi hija Karlita, mi mayor inspiración y motivo para continuar. Cada paso que doy está lleno de amor por ti y del profundo deseo de construir un futuro mejor para ambas. Eres la luz que impulsa mis sueños y la razón más hermosa para seguir creciendo. A mis amigos Jennifer, Edwin y María, quienes con su amistad, comprensión y apoyo emocional hicieron más llevadero este camino, recordándome que nunca estuve sola. Su cariño fue un refugio en los días difíciles y una alegría compartida en los triunfos.

Tamara Yachimba

AGRADECIMIENTO

Agradecemos profundamente a Dios, quien con su infinita sabiduría ha guiado cada uno de nuestros pasos y nos ha permitido culminar nuestra carrera con éxito. Su luz y fortaleza fueron nuestro sostén en los momentos de incertidumbre y nuestro impulso para seguir adelante.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional, por cada consejo, sacrificio y gesto de amor que nos ha acompañado a lo largo de este proceso. Su guía ha sido esencial para nuestro crecimiento personal y profesional. Extensivo también a nuestros hermanos, cuya compañía, comprensión y palabras de ánimo nos dieron fuerza para continuar en los momentos más desafiantes.

Expresamos nuestra sincera gratitud a la Universidad Estatal de Bolívar, por brindarnos un espacio de aprendizaje, desarrollo y formación integral. Esta institución ha sido nuestro hogar académico, donde hemos tenido el privilegio de formarnos junto a docentes comprometidos y compañeros que marcaron nuestra experiencia universitaria con enseñanzas y recuerdos valiosos.

Finalmente, manifestamos nuestro agradecimiento especial a la Lcda. Vanessa Mite, cuya participación en esta investigación fue decisiva. Su guía constante, paciencia, dedicación y sólidos conocimientos científicos orientaron cada etapa de este proyecto. Gracias a su acompañamiento, pudimos superar cada desafío y llevar a buen término esta investigación. A todos quienes formaron parte de este camino, nuestro más profundo y sincero agradecimiento.

Rosmery y Tamara

TÍTULO

Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa. Agosto-diciembre 2025

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR EL TUTOR

CERTIFICADO DE LA TUTORA

Guaranda 02 Diciembre del 2025

La suscrita Lcda. Gladys Vanessa Mite Cárdenas Mgtr, tutora del proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: **EDUCOMUNICACIÓN EN CUIDADOS DOMICILIARIOS A LOS PADRES DE NIÑOS CON NEUMONÍA HOSPITAL ALFREDO NOBOA, AGOSTO-DICIEMBRE 2025** realizado por los estudiantes **REA PATIN ROSMERY MARISOL** con **CI: 0250298866 y YACHIMBA MOPOSITA TAMARA MISHEL** con **CI: 1850524065**, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación publica respectiva.

Es todo en cuanto puedo verificar en honor a la verdad, facilitando a las interesadas dar el uso legal que estime conveniente.



Lcda. GLADYS VANESSA MITE CÁRDENAS MGTR.

TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DERECHOS DE AUTOR

Yo/nosotros **Rosmery Marisol Rea Patin** y **Yachimba Moposita Tamara Mishel** portador/res de la Cédula de Identidad No **0250298866** y **1850524065** en calidad de autor/res y titular / es de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación:
Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa. Agosto-diciembre 2025
Modalidad **Proyecto de Investigación**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

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

Rosmery Marisol Rea Patin

Tamara Mishel Yachimba Moposita

ÍNDICE

DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTO IV
TÍTULO V
ÍNDICE VI
CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR EL TUTOR X
RESUMEN EJECUTIVO XI
INTRODUCCIÓN 1
1. EL PROBLEMA 2
1.1. Planteamiento del problema 2
1.2. Formulación del problema 4
1.3. Justificación de la investigación 4
1.4. Objetivos 6
1.4.1. Objetivo general 6
1.4.2. Objetivos específicos 6
1.5. Limitaciones 6
2. MARCO TEÓRICO 7
2.1. Antecedentes de la investigación 7
2.2. Bases teóricas 9
2.2.1. Neumonía 9
2.2.1.1. Definición y clasificación clínica 9
2.2.1.2. Etiología: bacteriana, viral y por aspiración 10
2.2.1.3. Factores de riesgo y mecanismos fisiopatológicos 11
2.2.1.4. Diagnóstico y tratamiento general 11
2.2.2. Neumonía en pacientes pediátricos 12
2.2.2.1. Epidemiología en menores de cinco años 12
2.2.2.2. Manifestaciones clínicas según la edad 12
2.2.2.3. Complicaciones frecuentes en la infancia 13
2.2.2.4. Signos de alarma de la neumonía 13
2.2.3. Hospitalización de pacientes pediátricos por neumonía 14
2.2.3.1. Criterios de ingreso hospitalario 14
2.2.3.2. Cuidados clínicos durante la hospitalización 15
2.2.4. Tratamiento de neumonía 17
2.2.5. Rol del equipo de enfermería en el entorno hospitalario 22

2.2.6. Impacto emocional y físico en el niño y su familia 22
2.2.7. Protocolos de atención para pacientes con neumonía 23
2.2.8. Necesidades de cuidado de los niños tras el alta por neumonía.....24
2.2.8.1. Continuidad del tratamiento antibiótico.....24
2.2.8.2. Prevención de recaídas y complicaciones 24
2.2.8.3. Educomunicación.....25
2.2.8.4. Educomunicación en salud.....26
2.2.8.5. Educación sobre signos de alarma 26
2.2.8.6. Rol de los padres en el cuidado de los niños tras el alta hospitalaria por neumonía.....26
2.2.8.7. Evidencia sobre el impacto del acompañamiento parental en la recuperación pediátrica 27
2.3. Definición de términos.....28
3. MARCO METODOLÓGICO 30
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....36
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 37
3.8. Resultados según el objetivo 1: Identificar las acciones actuales realizadas por el personal de enfermería durante el proceso de alta hospitalaria de niños con neumonía en el Hospital Alfredo Noboa 38
3.9. Resultados según objetivo 2: Determinar las necesidades de los padres respecto al cuidado domiciliario de niños hospitalizados por neumonía 45
4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.....65
Resultados según el objetivo 3: Elaborar una propuesta educomunicativa de enfermería a los padres en el cuidado domiciliario de niños con neumonía.....70
5. MARCO ADMINISTRATIVO 96
5.1. Recursos 96
5.2. Presupuesto 96
5.3. Cronograma.....96
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....98
6.1. Conclusiones 98
6.2. Recomendaciones.....99
BIBLIOGRAFÍA.....100
ANEXOS.....110

Índice de tablas

Tabla 1 Score de alerta temprana 19
Tabla 2 Criterios de dificultad respiratoria en pacientes con neumonía 20
Tabla 3 Datos demográficos y laborales 38
Tabla 4 Temas considerados esenciales para incluir en una intervención educomunicativa sobre neumonía pediátrica? 39
Tabla 5 Frecuencia con la que se abordan temas relacionados con la neumonía pediátrica tras el alta.....39
Tabla 6 Métodos utilizados para educar a los padres.....40
Tabla 7 Consideración de que los padres comprenden adecuadamente al información brindada 40
Tabla 8 Materiales educativos utilizados para orientar a los padres 41
Tabla 9 Disposición de recursos suficientes para la educación al alta.....41
Tabla 10 Disponibilidad de tiempo suficiente para realizar educación al alta.....42
Tabla 11 Evaluación de si los padres comprenden la información brindada 42
Tabla 12 Existencia de un protocolo institucional para la educación al alta en casos de neumonía pediátrica.....44
Tabla 13 Datos sociodemográficos 45
Tabla 14 Datos económicos y laborales.....47
Tabla 15 Datos de hospitalización de los niños con neumonía.....49
Tabla 16 Utilización de internet o redes sociales para la búsqueda sobre salud...50
Tabla 17 Sensación de tener tiempo y oportunidad para hacer preguntas y aclarar sus dudas de irse a casa 51
Tabla 18 Resultados obtenidos por objetivos planteados.....65

Índice de anexos

Anexo. 1 Designación del tutor.....110
Anexo. 2 Validación de instrumento.....111
Anexo. 3 Reuniones de tutoría.....114
Anexo. 4 Presentación de guía a padres de familia con niños menores de 5 años que presentaron neumonía en el Hospital Alfredo Noboa. 115
Anexo. 5 Demostración de cuidados que se deben realizar en el domicilio a niños menores de 5 años.....116
Anexo. 6 Presentación de guía educomucacional al personal de enfermería en el Hospital Alfredo Noboa.....117
Anexo. 7 Cuestionario.....118
Anexo. 8 Consentimiento Informado.....123
Anexo. 9 Certificado de antiplagio 124

RESUMEN EJECUTIVO

La neumonía constituye una de las principales causas de hospitalización infantil y su adecuado manejo domiciliario determina la continuidad del proceso de recuperación. El estudio tuvo como objetivo diseñar una intervención educomunicativa en cuidados domiciliarios dirigida a padres de niños diagnosticados con neumonía atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período Agosto–diciembre de 2025. Se aplicó un enfoque cuantitativo, descriptivo, de campo y transversal. La población estuvo conformada por 40 participantes: 9 profesionales de enfermería del área de pediatría y 31 padres de niños diagnosticados por neumonía. La información se recolectó mediante encuestas estructuradas validadas por juicio de expertos y analizadas con estadística descriptiva. Los resultados evidenciaron que el 55,6 % del personal de enfermería identificó los signos de alarma como tema prioritario en la educación al alta hospitalaria, aunque el 100 % indicó que los padres comprenden parcialmente la información brindada. Además, el 55,6 % manifestó no disponer de recursos suficientes y el 55,6 % refirió limitaciones de tiempo para realizar orientación educativa. En los padres, el 82,1 % correspondió al grupo etario de 21 a 30 años, el 56,7 % careció de seguro de salud y el 98,5 % reportó hospitalización previa por neumonía infantil. Se concluye que la educación sanitaria al alta no se desarrolla de forma estructurada ni uniforme, lo que justifica la creación de una propuesta educomunicativa de enfermería que fortalezca los conocimientos parentales y prevenga reingresos. La intervención propuesta permitirá estandarizar el proceso educativo y mejorar la calidad del cuidado pediátrico pos hospitalario.

Palabras clave: educomunicación, cuidados domiciliarios, neumonía infantil, enfermería pediátrica, educación sanitaria.

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial, especialmente en niños menores de cinco años. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), esta enfermedad representa una de las primeras causas de muerte prevenible en este grupo etario, a pesar de los avances en diagnóstico, tratamiento y vacunación. En América Latina, y particularmente en Ecuador, la neumonía adquirida en la comunidad sigue generando una alta demanda de atención hospitalaria, afectando de manera significativa a las familias y al sistema de salud (Martínez et al., 2022).

En el contexto hospitalario, el manejo clínico de la neumonía infantil se ha fortalecido mediante protocolos terapéuticos y vigilancia médica. Sin embargo, el alta hospitalaria no representa el fin del proceso de atención, ya que la recuperación pos alta del niño depende en gran medida del cuidado que reciba en el hogar. Diversos estudios han demostrado que una proporción importante de reingresos hospitalarios se debe a la falta de conocimientos por parte de los padres sobre el manejo adecuado de los cuidados domiciliarios, incluyendo la administración de medicamentos, la identificación de signos de alarma, la higiene ambiental y la nutrición (Herrera et al., 2025).

En este escenario, el rol del profesional de enfermería adquiere una relevancia estratégica, no solo en la atención clínica, sino también en la educación sanitaria dirigida a los cuidadores.

La intervención educomunicativa de enfermería al momento del alta constituye una herramienta clave para empoderar a los padres, reducir complicaciones y fortalecer la continuidad del cuidado. No obstante, en muchos establecimientos de salud, estas intervenciones no están sistematizadas ni adaptadas a las necesidades culturales y sociales de las familias (Castillo, 2022).

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La neumonía representa una de las principales causas individuales de mortalidad infantil en el mundo. Según la OMS (2022) , en 2019 murieron 740.180 niños menores de cinco años por esta causa, lo que representa el 14% de todas las muertes en ese grupo etario. En América Latina, la situación es igualmente crítica, la UNICEF (2024) estima que aproximadamente cada 43 segundos muere un niño por neumonía.

En Ecuador, solo en el primer semestre de 2023 se reportaron más de 59.000 casos de neumonía, donde los menores de cinco años uno de los grupos más afectados. Estas cifras reflejan una carga persistente y evitable, especialmente en contextos con acceso limitado a servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Aunque la hospitalización permite estabilizar al niño con neumonía, el alta médica no implica la resolución completa del problema. Diversos estudios han evidenciado que muchos niños recaen o presentan complicaciones debido a una inadecuada continuidad del cuidado en el hogar (Rodríguez Capote, 2020). Las principales necesidades incluyen: adherencia al tratamiento antibiótico, control de signos de alarma, manejo de oxigenoterapia domiciliaria cuando se indica, y prevención de reinfecciones. Además, el entorno familiar puede carecer de conocimientos básicos sobre higiene respiratoria, nutrición adecuada y control ambiental, lo que incrementa el riesgo de reingresos y complicaciones (Villalta Crespo, 2020).

A nivel internacional, se han desarrollado intervenciones educativas dirigidas a cuidadores para mejorar el manejo post-hospitalario de la neumonía infantil. Por ejemplo, en España y México se han implementado planes de cuidados estandarizados basados en NANDA, NIC y NOC, que incluyen sesiones educativas, guías impresas y seguimiento telefónico (Mejía Moarales, 2023).

Estas estrategias han demostrado mejorar el conocimiento de los padres y reducir la tasa de reingresos. Sin embargo, su implementación aún es limitada en países de ingresos medios y bajos, donde la carga de la enfermedad es mayor y los

recursos educativos son escasos. En Ecuador, estudios recientes han identificado que el personal de enfermería presenta deficiencias en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en casos de neumonía pediátrica (Juma Juma, 2024).

Investigaciones realizadas en hospitales de Quito y Ambato han evidenciado que más del 50% del personal desconoce los cuidados específicos pos-alta, y que los padres no reciben orientación sistemática sobre el manejo domiciliario. A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública por fortalecer la atención primaria, no existen protocolos estandarizados ni programas educativos institucionalizados para padres de niños con neumonía tras el alta hospitalaria (Reyes et al., 2023).

Según el Ministerio de Salud Pública, en su reporte anual de vigilancia epidemiológica de enfermedades respiratorias, específicamente para Neumonía, para la semana 42 del año 2025, en la provincia se habían registrado 813 casos de neumonía (Ministerio de Salud Pública, 2025). En ese orden de ideas, en la provincia de Bolívar, y específicamente en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, no se han identificado estudios publicados ni intervenciones educativas formalizadas dirigidas a padres de niños con neumonía. Esta ausencia representa una brecha crítica en la continuidad del cuidado pediátrico. La falta de estrategias educativas estructuradas limita la capacidad de los cuidadores para identificar signos de alarma, administrar correctamente los medicamentos y mantener un entorno saludable. Esta situación se agrava en contextos rurales o con barreras socioculturales, donde el acceso a información confiable es limitado y la educación sanitaria no está sistematizada.

La neumonía infantil representa una causa significativa de hospitalización en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Sin embargo, al momento del alta, los padres no reciben una intervención educomunicativa estructurada que les permita asumir con seguridad y eficacia los cuidados domiciliarios. Esta carencia puede derivar en complicaciones, reingresos hospitalarios y aumento de la carga emocional y económica para las familias. La ausencia de un programa educativo desde enfermería evidencia una oportunidad desaprovechada para fortalecer el rol

del profesional en la promoción de la salud y la prevención de recaídas en el entorno familiar.

Diseñar una intervención educomunicativa de enfermería dirigida a padres permitirá llenar esta brecha en la atención post-hospitalaria. Esta propuesta busca empoderar a los cuidadores con conocimientos prácticos y culturalmente pertinentes sobre el manejo domiciliario de la neumonía infantil. Además, contribuirá a estandarizar la práctica educativa del personal de enfermería, alineándola con las guías internacionales y las políticas nacionales de salud. La intervención no solo tiene el potencial de mejorar los resultados clínicos de los niños, sino también de fortalecer la relación enfermera-familia como eje central del cuidado pediátrico integral.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las estrategias en Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa, agosto-diciembre 2025?

1.3. Justificación de la investigación

La neumonía es una de las principales causas de hospitalización en niños menores de cinco años en Ecuador, y su manejo no concluye con el alta médica. En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, no existen protocolos educativos sistematizados dirigidos a los padres para garantizar una adecuada continuidad del cuidado en el hogar. Esta ausencia genera un vacío crítico en la atención pediátrica, ya que muchos cuidadores desconocen cómo actuar ante signos de alarma, administrar correctamente los medicamentos o prevenir recaídas. Por tanto, se evidencia la necesidad urgente de diseñar una intervención educomunicativa desde enfermería que fortalezca el rol de los padres como cuidadores primarios tras la hospitalización por neumonía.

El estudio es importante porque responde a una problemática concreta y frecuente en el contexto hospitalario local. La educación sanitaria es una competencia esencial del profesional de enfermería, y su aplicación en el alta

hospitalaria puede marcar la diferencia entre una recuperación exitosa y una complicación evitable. Además, al tratarse de una población pediátrica vulnerable, la intervención educomunicativa no solo mejora el pronóstico clínico del niño, sino que también promueve prácticas de autocuidado familiar que impactan en la salud comunitaria. Este proyecto se alinea con las políticas nacionales de salud que priorizan la prevención y la participación activa de la familia en el proceso de recuperación.

El principal aporte de esta investigación radica en la elaboración de una propuesta educativa contextualizada, basada en evidencia científica y adaptada a las características socioculturales de la población atendida en el Hospital Alfredo Noboa. Esta intervención podrá ser utilizada como modelo replicable en otros servicios pediátricos del país, contribuyendo a la estandarización del proceso educativo en el alta hospitalaria. Además, fortalecerá el rol del profesional de enfermería como agente de cambio en la promoción de la salud, al integrar conocimientos clínicos, habilidades comunicativas y sensibilidad cultural en una herramienta práctica y aplicable.

La factibilidad del estudio es alta, ya que se cuenta con el respaldo institucional del Hospital Alfredo Noboa y el acceso al personal de enfermería y a los padres de familia durante el proceso de hospitalización. La intervención educomunicativa no requiere recursos económicos elevados, sino principalmente la disposición del equipo de salud y materiales educativos accesibles como trípticos, sesiones grupales o demostraciones prácticas.

Los beneficiarios directos de esta propuesta serán los padres y cuidadores de niños menores de cinco años hospitalizados por neumonía, quienes recibirán herramientas claras y comprensibles para brindar cuidados seguros en el hogar. Indirectamente, los niños serán los principales favorecidos al contar con un entorno familiar más preparado para apoyar su recuperación. También se beneficiará el personal de enfermería, al contar con una guía estructurada para la educación al alta, y la institución hospitalaria, al reducir potencialmente los reingresos y mejorar la calidad del servicio brindado.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Diseñar una intervención educomunicativa en cuidados domiciliarios dirigida a padres de niños con neumonía atendidos en el Hospital Alfredo Noboa, durante el período agosto a diciembre del año 2025

1.4.2. Objetivos específicos

Identificar las intervenciones actuales realizadas por el personal de enfermería durante el proceso de alta hospitalaria de niños con neumonía en el Hospital Alfredo Noboa.

Determinar las necesidades de los padres respecto al cuidado domiciliario de niños hospitalizados por neumonía.

Elaborar una estrategia educomunicativa de enfermería a los padres en el cuidado domiciliario de niños con neumonía.

1.5. Limitaciones

En el desarrollo de la investigación no se identificaron limitaciones considerables para cumplir con los objetivos planteados. Solo, se presentó como inconveniente la disponibilidad de los padres en participar en la investigación por su falta de tiempo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Murillo-Ruiz et al. (2024), en Perú, publicaron el estudio "Cuidados en el hogar al niño hospitalizado con infecciones respiratorias agudas desde un enfoque cultural" en la revista Cultura de los Cuidados. El objetivo fue describir las prácticas de cuidado domiciliario desde la perspectiva cultural de madres de niños menores de cinco años hospitalizados. Mediante un enfoque cualitativo y entrevistas semiestructuradas a 12 madres, identificaron el uso de medicina tradicional, hábitos alimentarios y costumbres de abrigo. Concluyen que el personal de enfermería debe integrar saberes culturales en la educación sanitaria para lograr un alta hospitalaria efectiva e intercultural.

El estudio de Murillo-Ruiz et al. (2024) aporta al presente trabajo al evidenciar que las prácticas culturales influyen directamente en el cuidado domiciliario infantil; destaca la necesidad de integrar saberes tradicionales en la educación sanitaria, fortaleciendo así el enfoque intercultural de la propuesta y promoviendo un alta hospitalaria más efectiva.

Sánchez Pasamón et al. (2023), en España, publicaron en la Revista Sanitaria de Investigación el artículo titulado "Plan de cuidados de enfermería en un paciente pediátrico diagnosticado de neumonía". El objetivo fue aplicar un plan de cuidados estandarizado a una lactante de 8 meses ingresada inicialmente por bronquitis y luego diagnosticada con neumonía. Utilizaron la metodología enfermera basada en las taxonomías NANDA, NIC y NOC. El plan incluyó intervenciones como oxigenoterapia, control de signos vitales y educación a los cuidadores. Se concluyó que el abordaje integral favorece la recuperación y previene complicaciones tras el alta.

El estudio de Sánchez Pasamón et al. (2023) aporta al presente trabajo al demostrar que un plan de cuidados estandarizado, basado en NANDA, NIC y NOC, mejora la recuperación pediátrica y previene complicaciones posthospitalarias; valida el uso de oxigenoterapia y educación a cuidadores como intervenciones clave en el manejo integral de la neumonía infantil.

Cueva Párraga (2020) en Perú, desarrolló la tesis titulada “Cuidados de enfermería en pacientes menores de 5 años con neumonía en el servicio de hospitalización de pediatría del Hospital San José–Callao”, como parte de la Segunda Especialidad en Enfermería Pediátrica en la Universidad Nacional del Callao. El objetivo fue aplicar un plan de cuidados de enfermería estructurado en cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) a un niño de 2 años con neumonía. Utilizó el modelo NANDA, NIC y NOC. Los resultados mostraron mejoría clínica, reducción de la ansiedad y fortalecimiento del rol educativo hacia los padres.

El estudio de Cueva Párraga (2020) aporta al presente trabajo al demostrar que la aplicación sistemática del proceso enfermero mejora la condición clínica del niño con neumonía; además, evidencia que el acompañamiento profesional reduce la ansiedad familiar y fortalece el rol educativo hacia los cuidadores, lo cual respalda la inclusión de estrategias formativas en la propuesta educomunicativa.

Juma Juma (2024), en Ecuador, desarrolló la tesis titulada “Plan de atención de enfermería en neumonía en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo” en la Universidad Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES). El objetivo fue diseñar un plan de cuidados estandarizado para mejorar la atención pediátrica. Se aplicó una metodología mixta, con encuestas a 67 enfermeros. Los resultados evidenciaron deficiencias en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y falta de capacitación. La propuesta incluyó intervenciones basadas en NANDA, NIC y NOC, y logró mejorar significativamente la práctica clínica tras su implementación.

El estudio de Juma Juma (2024) aporta al presente trabajo al evidenciar brechas en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en contextos pediátricos; destaca la necesidad de fortalecer la capacitación profesional y estandarizar intervenciones. Su propuesta, basada en NANDA, NIC y NOC, respalda el enfoque metodológico de esta tesis y valida su aplicabilidad clínica.

Sailema Tarco (2020) , en Ecuador, desarrolló la tesis titulada “Plan de cuidados de enfermería para casos de neumonía en pacientes menores de 5 años atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General Ambato”, en la

Universidad Regional Autónoma de Los Andes. El objetivo fue elaborar un plan de cuidados para mejorar la atención de enfermería en niños con neumonía. Utilizó una metodología cuali-cuantitativa, con diseño no experimental y encuestas al personal de enfermería. Los resultados revelaron deficiencias en el conocimiento del personal sobre cuidados y educación a padres. Se propuso un plan estructurado basado en el Proceso de Atención de Enfermería.

El estudio de Sailema Tarco (2020) aporta al presente trabajo al evidenciar vacíos en el conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados pediátricos y educación familiar; respalda la necesidad de fortalecer la formación profesional y estructurar planes basados en el Proceso de Atención de Enfermería, lo cual valida el enfoque metodológico y educativo de esta propuesta.

Hasta la fecha, no se han identificado investigaciones publicadas ni planes de cuidados de enfermería formalmente implementados en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro que aborden de manera específica la atención post-hospitalaria de niños con neumonía. Esta ausencia representa una brecha significativa en la sistematización del cuidado pediátrico en el contexto local, especialmente considerando la alta prevalencia de enfermedades respiratorias en la población infantil.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Neumonía

2.2.1.1. Definición y clasificación clínica

La neumonía es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta los alvéolos, provocando inflamación y acumulación de exudado, lo que interfiere con el intercambio gaseoso. Clínicamente, se clasifica según el lugar de adquisición en: neumonía adquirida en la comunidad (NAC), neumonía nosocomial (intra-hospitalaria), neumonía asociada a ventilación mecánica y neumonía por aspiración. Esta clasificación es fundamental para orientar el tratamiento empírico inicial, ya que cada tipo se asocia con diferentes agentes etiológicos y patrones de resistencia antimicrobiana (Gavilanes et al., 2022).

La conceptualización presentada por Gavilanes, Ramírez y Paz (2022) evidencia que la neumonía es una infección aguda del parénquima pulmonar que compromete de manera significativa el intercambio gaseoso. La clasificación según el lugar de adquisición adquiere un papel determinante en el manejo clínico, ya que define los posibles agentes etiológicos y los patrones de resistencia antimicrobiana asociados. Por lo tanto, reconocer adecuadamente el tipo de neumonía permite orientar un tratamiento empírico oportuno y eficaz, aspecto fundamental para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones en la población afectada.

2.2.1.2. Etiología: bacteriana, viral y por aspiración

La etiología de la neumonía es diversa. Las causas bacterianas más comunes incluyen *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*. En niños y adultos jóvenes, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* son frecuentes. Las neumonías virales, como las causadas por el virus de la influenza, el virus respiratorio sincitial (VRS) y SARS-CoV-2, son prevalentes en menores de cinco años y en adultos mayores. La neumonía por aspiración ocurre cuando el contenido gástrico o bucal es inhalado hacia los pulmones, siendo más común en pacientes con alteraciones neurológicas o del estado de conciencia (Vardhmaan et al., 2023).

La etiología de la neumonía es amplia y depende de factores como la edad, el estado inmunológico y las condiciones clínicas del paciente. Según lo expuesto por Vardhmaan, Vashisht, Yilmaz y A. (2023), los agentes bacterianos continúan siendo causas predominantes, mientras que en grupos como niños pequeños y adultos mayores destacan diversos virus respiratorios, entre ellos influenza, VRS y SARS-CoV-2. Asimismo, la neumonía por aspiración se presenta principalmente en pacientes con alteraciones neurológicas o del nivel de conciencia, lo que evidencia la influencia de factores predisponentes no infecciosos. De este modo, reconocer la diversidad etiológica resulta esencial para establecer un diagnóstico oportuno y seleccionar un tratamiento adecuado, optimizando el manejo clínico y el pronóstico del paciente.

2.2.1.3. Factores de riesgo y mecanismos fisiopatológicos

Los factores de riesgo para desarrollar neumonía incluyen edad extrema (niños menores de 5 años y adultos mayores de 65), enfermedades respiratorias crónicas (como EPOC o asma), inmunosupresión, desnutrición, tabaquismo y hospitalización reciente. Fisiopatológicamente, la neumonía se inicia cuando los mecanismos de defensa del tracto respiratorio fallan, permitiendo que microorganismos lleguen a los alvéolos. Esto desencadena una respuesta inflamatoria local con activación de macrófagos, liberación de citoquinas y reclutamiento de neutrófilos, lo que produce consolidación pulmonar y alteración del intercambio gaseoso (Royo Conde, 2024).

De acuerdo con Royo Conde (2024), la neumonía se establece cuando los mecanismos de defensa del tracto respiratorio resultan insuficientes, permitiendo la penetración de microorganismos a nivel alveolar e iniciando una compleja cascada inflamatoria. Este proceso, mediado por la activación de macrófagos, la liberación de citoquinas proinflamatorias y el reclutamiento de neutrófilos, conduce a la consolidación pulmonar y a una alteración significativa del intercambio gaseoso. Por tanto, comprender la interacción entre los factores predisponentes y la fisiopatología subyacente es fundamental para optimizar la identificación temprana, la estratificación del riesgo y las estrategias terapéuticas en pacientes con neumonía.

2.2.1.4. Diagnóstico y tratamiento general

El diagnóstico de neumonía se basa en la clínica (fiebre, tos, disnea, dolor torácico) y en estudios complementarios como la radiografía de tórax, que permite visualizar infiltrados pulmonares. En casos graves o atípicos, se utilizan pruebas como hemocultivos, PCR, o pruebas de antígenos. El tratamiento depende de la etiología: antibióticos para neumonías bacterianas (amoxicilina, macrólidos, cefalosporinas), antivirales en casos específicos (como oseltamivir para influenza), y medidas de soporte como hidratación, oxigenoterapia y antipiréticos (Narvaez et al., 2021).

el diagnóstico de la neumonía requiere la integración de la clínica con estudios complementarios, siendo la radiografía de tórax esencial para confirmar

infiltrados pulmonares. Como señalan Narváez, Acosta, Villagrán y Andrade (2021), en casos graves se requieren pruebas avanzadas como PCR o hemocultivos para precisar el agente causal. El tratamiento debe ajustarse a la etiología, empleando antibióticos o antivirales según corresponda, complementados con medidas de soporte. Este enfoque integral garantiza una intervención oportuna y mejora el pronóstico del paciente.

2.2.2. Neumonía en pacientes pediátricos

2.2.2.1. Epidemiología en menores de cinco años

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años. A nivel mundial, se estima que cada año ocurren más de 150 millones de casos en este grupo etario, con una carga desproporcionada en países en desarrollo (Gea Izquierdo, 2021).

En un estudio realizado en Perú entre 2022 y 2023, se reportó que el grupo más afectado fue el de menores de tres años, con una media de edad de 3 años y una prevalencia significativa en zonas urbanas (Arias y Fernández, 2025) .

En Ecuador, un estudio en el Hospital León Becerra Camacho, Choez Tigrero et al., (2023) encontró que el 21% de los casos se concentraron en diciembre, siendo el hacinamiento y la exposición a contaminantes ambientales los principales factores de riesgo

2.2.2.2. Manifestaciones clínicas según la edad

Las manifestaciones clínicas de la neumonía varían según la edad del niño. En menores de un año predominan la fiebre, la disnea y la tos, mientras que en mayores de tres años se observan síntomas más específicos como dolor torácico y expectoración. Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud del Niño (2022–2023) reportó que los síntomas más frecuentes fueron tos (96,8%), fiebre >38 °C (87,8%), subcrepitantes (73,5%) y sibilancias (52,3%) (Zambrano Chang, 2024). La presentación clínica también se relaciona con el tipo de agente

etiológico: las neumonías virales suelen ser más leves y con síntomas respiratorios altos, mientras que las bacterianas presentan consolidación pulmonar y mayor compromiso sistémico (Cameli et al., 2020).

2.2.2.3. Complicaciones frecuentes en la infancia

Las complicaciones de la neumonía pediátrica incluyen derrame pleural, empiema, absceso pulmonar, neumonía necrosante y sepsis. Estas complicaciones se presentan en hasta el 40% de los casos hospitalizados. En un estudio realizado en el Hospital Regional Lambayeque (Perú), se identificó que el derrame pleural fue la complicación más frecuente, seguido de empiema y absceso pulmonar (Seclén Nishiyama, 2020).

Otro estudio en el Hospital DR. León Becerra Camacho (Ecuador) encontró que el 62% de los pacientes pediátricos con neumonía presentaron derrame pleural, siendo los preescolares el grupo más afectado (Choez Tigrero, 2023) .

2.2.2.4. Signos de alarma de la neumonía

La presencia de fiebre persistente superior a 38.5 °C por más de 72 horas constituye un signo de alarma en niños con neumonía; este síntoma puede indicar resistencia al tratamiento o complicaciones como empiema o absceso pulmonar: su monitoreo debe ser constante en el entorno domiciliario y hospitalario. La fiebre prolongada se asocia con mayor riesgo de hospitalización y requiere evaluación médica inmediata para evitar deterioro clínico (Mena et al., 2020).

La dificultad respiratoria progresiva, evidenciada por aleteo nasal, tiraje intercostal o uso de músculos accesorios, representa un signo crítico en la evolución de la neumonía infantil: estos indicadores reflejan hipoxemia y compromiso ventilatorio que puede requerir soporte respiratorio. La observación cuidadosa de estos signos permite una intervención oportuna y reduce el riesgo de falla respiratoria (Madruga et al., 2020).

La presencia de cianosis peribucal o distal indica hipoxemia severa y debe considerarse una urgencia clínica: este signo refleja una saturación de oxígeno por

debajo de los valores normales y puede acompañarse de letargo o irritabilidad. La cianosis exige traslado inmediato a un centro hospitalario para evaluación y manejo especializado (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2020).

El rechazo persistente del alimento, asociado con decaimiento y somnolencia, puede indicar compromiso sistémico en niños con neumonía: este comportamiento refleja alteración del estado general y debe alertar a los cuidadores sobre la necesidad de atención médica. La disminución de la ingesta se relaciona con mayor riesgo de deshidratación y complicaciones metabólicas (Ebedike y Ahmad, 2023).

La tos intensa acompañada de vómitos o dificultad para hablar puede sugerir obstrucción bronquial o irritación severa de las vías respiratorias: este signo requiere evaluación clínica para descartar complicaciones como broncoespasmo o atelectasia. La tos persistente con síntomas asociados debe ser monitoreada por el personal de salud y los cuidadores (Mena et al., 2020).

2.2.3. Hospitalización de pacientes pediátricos por neumonía

2.2.3.1. Criterios de ingreso hospitalario

Los criterios de hospitalización en niños con neumonía incluyen signos de dificultad respiratoria (tiraje intercostal, aleteo nasal, quejido espiratorio), saturación de oxígeno menor al 92%, fiebre persistente, rechazo a la alimentación, convulsiones, letargo o presencia de comorbilidades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como neumonía grave aquella que presenta signos de peligro general, como incapacidad para beber, vómitos persistentes o convulsiones. Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (Perú) encontró que los factores más asociados al ingreso a cuidados intensivos fueron la edad menor, la presencia de neumonía complicada y un puntaje elevado en la escala PIRO modificada (Rodríguez Capote, 2020).

2.2.3.2. Cuidados clínicos durante la hospitalización

Durante la hospitalización, los cuidados clínicos se centran en la estabilización respiratoria, administración de antibióticos empíricos (como ampicilina o ceftriaxona), oxigenoterapia, hidratación y control de signos vitales. La monitorización continua de la saturación de oxígeno y la respuesta al tratamiento es esencial. En un estudio de caso clínico en España, se destacó la importancia de la gasometría capilar, la posición semiincorporada, la administración de nebulizaciones y el uso de escalas como Wood-Downes para valorar la gravedad respiratoria (Rodríguez Capote, 2020) .

Aspiración Nasal

La aspiración nasal permite retirar secreciones obstructivas en niños con dificultad respiratoria: esta técnica se realiza con sonda flexible y sistema de vacío, bajo estricta asepsia. Su uso está indicado en casos de congestión nasal severa, apnea o saturación disminuida. La correcta ejecución previene hipoxemia y mejora la ventilación pulmonar (Guerra et al., 2020).

El procedimiento debe realizarse por personal capacitado: se recomienda limitar la duración a menos de 10 segundos por fosa nasal. La frecuencia depende del volumen de secreciones y la tolerancia del niño. Se debe evitar la aspiración excesiva para prevenir traumatismos o reflejo vagal (Sánchez Pasamón et al., 2023).

La aspiración nasal domiciliaria requiere orientación clara a los padres: deben conocer cuándo realizarla, cómo preparar el equipo y qué signos indican urgencia médica. La educación sanitaria mejora la adherencia y reduce complicaciones respiratorias (Herrera et al., 2025).

Lavado Nasal

El lavado nasal consiste en irrigar las fosas nasales con solución salina: esta técnica facilita la eliminación de secreciones, reduce la congestión y mejora

la función respiratoria. Se recomienda en cuadros de rinitis, bronquiolitis y neumonía leve (Madruga et al., 2020).

La solución salina isotónica es segura en pediatría: se aplica con jeringa o dispositivo de presión controlada. El volumen varía según la edad; en lactantes se sugiere entre 2 y 5 ml por fosa. El lavado debe realizarse con el niño en posición semiincorporada (Cameli et al., 2020)

Padres deben recibir capacitación sobre frecuencia, técnica y signos de intolerancia: el lavado nasal mejora la calidad del sueño, reduce el uso de medicamentos y previene infecciones respiratorias recurrentes. (Murillo Ruiz et al., 2024)

Capotaje

El capotaje es una técnica de administración de oxígeno mediante una capucha transparente: se utiliza en lactantes con dificultad respiratoria leve o moderada. Permite una atmósfera enriquecida sin contacto directo con dispositivos invasivos (Sailema Tarco, 2020).

La concentración de oxígeno debe monitorearse constantemente: se recomienda mantener la FiO_2 entre 30 % y 40 %, según la saturación del paciente. El capotaje debe ventilarse adecuadamente para evitar acumulación de CO_2. (Mena y Murillo, 2024).

El uso domiciliario del capotaje requiere supervisión médica: los padres deben conocer los riesgos, signos de hipoxemia y medidas de seguridad. La intervención educativa mejora el manejo y reduce reingresos hospitalarios (Reyes et al., 2023).

Nebulizaciones

Las nebulizaciones transforman soluciones líquidas en aerosoles: permiten administrar medicamentos directamente en las vías respiratorias. Se utilizan en neumonía, bronquitis y asma infantil (Narvaez et al., 2021)

El equipo debe incluir nebulizador, mascarilla y fuente de oxígeno: se recomienda un flujo de 6 a 8 L/min para garantizar la dispersión adecuada. La duración promedio es de 10 a 15 minutos por sesión. (Sánchez Pasamón et al., 2023).

La educación a padres sobre técnica, limpieza del equipo y signos de respuesta clínica es esencial: mejora la adherencia al tratamiento y previene errores en la administración (Mejía Moarales, 2023).

Oxigenoterapia

La oxigenoterapia consiste en administrar oxígeno suplementario para corregir hipoxemia: se indica cuando la saturación es menor a 92 %. Las modalidades incluyen cánula nasal, mascarilla y sistemas de alto flujo (Rodríguez Capote, 2020).

El monitoreo continuo de la saturación y la respuesta clínica es obligatorio: el oxígeno debe considerarse un fármaco, con dosis, indicación y evaluación. El exceso puede generar toxicidad pulmonar (Gavilanes et al., 2022).

Padres deben recibir orientación sobre el uso seguro del oxígeno en casa: incluye manejo del equipo, prevención de accidentes y reconocimiento de signos de alarma (Reyes et al., 2023)

2.2.4. Tratamiento de neumonía

Medidas generales

- Control sintomático de fiebre y dolor.
- Mantener buena hidratación; no forzar la alimentación sólida.
- Evitar transmisión con medidas higiénicas.

- No se recomienda el uso rutinario de antitusígenos, mucolíticos, expectorantes ni fisioterapia respiratoria, por falta de evidencia de beneficio.
- Educación a padres/cuidadores sobre signos de alarma: llanto continuo, rechazo a alimentos, disminución del estado de alerta, cianosis, palidez, baja diuresis y dificultad respiratoria. Control clínico a las 48–72 horas (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Tratamiento antibiótico ambulatorio

- No se recomienda uso rutinario en preescolares, porque la mayoría de los casos son virales.
- Primera elección: amoxicilina en lactantes y preescolares con sospecha bacteriana.
- En escolares y adolescentes, la amoxicilina es la primera opción frente a S. pneumoniae.
- En sospecha de gérmenes atípicos (Mycoplasma, Chlamydia), considerar macrólidos (azitromicina, claritromicina).
- Durante brotes de influenza: iniciar tratamiento antiviral lo antes posible en casos graves o muy graves (Ministerio de Salud Pública, 2017).

3. Tratamiento hospitalario

- Primera elección: ampicilina o penicilina G, siempre que no haya alta resistencia documentada.
- En pacientes con inmunización incompleta, resistencia local o enfermedad grave: usar cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona o cefotaxima).
- Asociar un macrólido si se sospecha Mycoplasma o Chlamydia.
- Añadir vancomicina o clindamicina si hay sospecha de infección por S. aureus.

- Duración habitual: 10 días; en casos leves ambulatorios puede bastar con 3–5 días, aunque se recomienda precaución en esta reducción (Ministerio de Salud Pública, 2017).

4. Estrategias contra resistencia bacteriana

- Limitar la exposición innecesaria a antibióticos.
- Ajustar el espectro antimicrobiano al patógeno identificado.
- Utilizar dosis adecuadas para asegurar eficacia y evitar resistencia (Ministerio de Salud Pública, 2017).

5. Manejo en falta de respuesta al tratamiento inicial

- Reevaluar clínicamente y con laboratorio a las 48–72 horas.
- Realizar imágenes para descartar complicaciones.
- Considerar resistencia o infección secundaria.
- En pacientes con ventilación mecánica, se recomienda obtener cultivos de lavado broncoalveolar (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Tabla 1
Score de alerta temprana

	0	1	2	3
Comportamiento	Juega Alerta Apropiado para el paciente	Somnoliento inquieto pero consable	Irritable o inconsolable	Letárgico Confundido Respuesta al dolor dismnuida
Cardiovascular	Rosado Llenado capilar 1 a segundos	Pálido Llenado capilar 3 segundos	Gris Llenado capilar 4 segundos. Taquicardia mayor o igual a 20 sobre la	Gris moteado Llenado capilar mayor o igual a 5 segundos. Taquicardia

			frecuencia cardíaca normal	mayor o igual a 30 sobre la frecuencia cardíaca normal o bradicardia
Respiratorio	Dentro de parámetros normales No retracciones	Mayor de 10 sobre frecuencia normal Uso de músculos accesorios Fracción inspirada de oxígeno mayor al 30% - mayor a 3 L/min	Mayor de 20 sobre frecuencia respiratoria normal Restracciones Fracción inspirado de oxígeno mayor a 6 L/min Dependiente del ventilador	Bradipnea con retracciones Quejido fracción inspirada de oxígeno mayor al 50%- mayor a 8 L/min

Nota. Información obtenida de (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Tabla 2

Criterios de dificultad respiratoria en pacientes con neumonía

	Edad	**Frecuencia respiratoria**
	0 a 2 meses	Mayor a 60 respiraciones/min
	2 a 12 meses	Mayor a 50 respiraciones/min
	1 a 5 años	Mayor a 40 respiraciones/min
	Mayores a 5 años	Mayor a 20 respiraciones/minuto
Disnea		
Retracciones (supraesternales, intercostales o subcostales)		
Quejido		

Aleteo nasal
Apnea
Estado mental alterado
Medición de oximetría de pulso <90% en aire ambiente

Nota. Información obtenida de (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Tratamiento empírico ambulatorio

- En los menores de 5 años con neumonía bacteriana, el antibiótico de elección es la amoxicilina 90 mg/kg/día vía oral cada 12 horas por 5 a 10 días, con un máximo de 500 mg por dosis. Como alternativa se puede usar amoxicilina con ácido clavulánico en dosis de 90 mg/kg/día cada 12 horas.
- Para casos de neumonía atípica en este grupo etario, se recomienda claritromicina 7,5 mg/kg/día en 2 dosis durante 10 días, o azitromicina con una dosis inicial de 10 mg/kg y luego 5 mg/kg/día por cuatro días; otra alternativa es eritromicina 30–50 mg/kg/día dividida cada 6–8 horas por 7 a 14 días.
- En neumonía por virus de influenza, el manejo incluye oseltamivir ajustado al peso: menos de 15 kg, 30 mg cada 12 horas por 5 días.
- En los mayores de 5 años con neumonía bacteriana, también se utiliza amoxicilina 90 mg/kg/día dividida cada 12 horas por 5 a 10 días, con dosis máxima de 4000 mg/día. Una alternativa es amoxicilina con ácido clavulánico 90 mg/kg/día cada 12 horas por 7 a 10 días.
- En neumonía atípica de mayores de 5 años, se recomienda claritromicina 7,5 mg/kg/día en 2 dosis durante 10 días (máximo 1 g/día), o azitromicina con una dosis inicial de 10 mg/kg/día y luego 5 mg/kg/día hasta completar 5 días (máximo 500 mg el primer día y 250 mg los siguientes). También se acepta eritromicina y, en mayores de 8 años, doxiciclina.
- En casos de influenza en mayores de 5 años, se administra oseltamivir según el peso: 15–23 kg, 45 mg cada 12 horas; 23–40 kg, 60 mg cada 12

horas; más de 40 kg, 75 mg cada 12 horas; siempre durante 5 días (Ministerio de Salud Pública, 2017).

2.2.5. Rol del equipo de enfermería en el entorno hospitalario

El personal de enfermería desempeña un papel clave en la atención integral del niño hospitalizado con neumonía. Sus funciones incluyen la valoración continua del patrón respiratorio, administración segura de medicamentos, educación a los padres y apoyo emocional. Un estudio realizado en el Hospital Dr. Enrique Ortega Moreira (Ecuador) evidenció que la falta de protocolos estandarizados y la sobrecarga laboral afectan la calidad del cuidado, destacando la necesidad de fortalecer la comunicación interdisciplinaria y la formación continua del personal (Mena y Murillo, 2024).

2.2.6. Impacto emocional y físico en el niño y su familia

La hospitalización por neumonía genera un impacto emocional significativo tanto en el niño como en su familia. Los niños pueden experimentar ansiedad, miedo, irritabilidad y alteraciones del sueño, mientras que los padres enfrentan angustia, incertidumbre y estrés económico. Un estudio cualitativo realizado en Cuba y Ecuador mostró que los niños con estadías prolongadas manifestaron tristeza, agresividad encubierta y dependencia emocional, lo que interfiere en su recuperación. La familia, por su parte, requiere apoyo psicosocial para afrontar el proceso de hospitalización (Morales et al., 2024).

Según Morales, Cruz, Rovira y Andrade (2024), los niños con estancias prolongadas presentan manifestaciones psicológicas relevantes —como ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño y comportamientos regresivos— que pueden interferir en su recuperación clínica. Paralelamente, los padres enfrentan altos niveles de angustia, incertidumbre y carga económica, lo que evidencia la necesidad de intervenciones psicosociales integrales. De este modo, la dimensión emocional debe ser considerada un componente esencial en el abordaje terapéutico y en la planificación del cuidado durante la hospitalización.

2.2.7. Protocolos de atención para pacientes con neumonía

Según la Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 15 años del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2017), el abordaje de esta enfermedad es de la siguiente manera:

Diagnóstico clínico y paraclínico

- Evaluación de signos como fiebre, tos, dificultad respiratoria, tiraje intercostal y crepitantes pulmonares.
- Uso de radiografía de tórax en casos moderados o graves.
- Hemograma, PCR y oximetría de pulso como pruebas complementarias.

Clasificación de gravedad

- **Leve**: manejo ambulatorio con antibióticos orales.
- **Moderada**: hospitalización si hay dificultad respiratoria, deshidratación o comorbilidades.
- **Grave**: ingreso inmediato; posible soporte ventilatorio y antibióticos intravenosos.

Tratamiento antibiótico

- Primera línea: amoxicilina en casos leves.
- En hospitalizados: ceftriaxona o ampicilina según edad y resistencia local.
- Ajuste según cultivo y sensibilidad bacteriana cuando esté disponible.

Criterios de hospitalización

- Saturación de oxígeno <92 %, signos de dificultad respiratoria, rechazo de alimentos, letargo.

- Presencia de comorbilidades (diabetes, inmunodepresión, cardiopatías).
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio en 48–72 horas.

Educación al cuidador

- Instrucciones claras sobre signos de alarma, administración de medicamentos y seguimiento.
- Promoción de lactancia materna, vacunación y medidas de higiene respiratoria.

Seguimiento post-alta

- Control clínico en 48–72 horas tras el alta.
- Evaluación de recuperación respiratoria y estado nutricional.
- Referencia a especialista si persisten síntomas o hay complicaciones .

2.2.8. Necesidades de cuidado de los niños tras el alta por neumonía

2.2.8.1. Continuidad del tratamiento antibiótico

La adherencia al tratamiento antibiótico tras el alta hospitalaria es fundamental para evitar recaídas, resistencia bacteriana y complicaciones. Estudios recientes han demostrado que pautas cortas de amoxicilina (5 días) son igual de efectivas que tratamientos prolongados (7–10 días) en niños con neumonía adquirida en la comunidad no complicada. Sin embargo, la interrupción prematura del tratamiento o el uso incorrecto de la dosis puede comprometer la recuperación. Por ello, es esencial que los padres comprendan la importancia de completar el esquema prescrito, incluso si los síntomas desaparecen antes (Kuitunen y Renko, 2024).

2.2.8.2. Prevención de recaídas y complicaciones

Tras el alta, los niños son vulnerables a recaídas, especialmente si existen factores de riesgo como desnutrición, exposición al humo o hacinamiento. La

prevención incluye asegurar el cumplimiento del tratamiento, mantener controles médicos, evitar la exposición a infecciones respiratorias y garantizar un entorno saludable. La Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador enfatiza la importancia de la vigilancia activa de signos de alarma y la educación familiar como pilares para evitar complicaciones (Ministerio de Salud Pública, 2017).

2.2.8.3. Educomunicación

La educomunicación es una tradición de estudio, reflexión y aplicación que articula educación y comunicación; su mirada de la educación no se limita a lo formal, sino que prioriza también lo comunitario, popular y no formal. Integra, entre otros focos, la didáctica y técnicas de comunicación en el aula, la producción y análisis crítico-creativo de mensajes (especialmente audiovisuales) y la alfabetización para medios y tecnologías en contextos educativos (Cárdenas, 2025).

Características de la educomunicación

- **Enfoque dialógico y participativo:** promueve interacción, intercambio de saberes y construcción colectiva de sentidos.
- **Formación de pensamiento crítico-mediático:** desarrolla capacidades para analizar, producir y evaluar mensajes y entornos mediáticos, con criterio y responsabilidad.
- **Orientación comunitaria e intercultural:** se adapta al contexto y reconoce saberes locales, priorizando la educación no formal y comunitaria.
- **Empoderamiento y acción social:** busca fortalecer capacidades para incidir en decisiones y condiciones que afectan la vida colectiva.
- **Uso intencional de medios y tecnologías:** emplea recursos comunicacionales (digitales o tradicionales) como mediaciones pedagógicas, no solo como canales (Cárdenas, 2025)

2.2.8.4. Educomunicación en salud

La educomunicación en salud aplica el enfoque educomunicativo para mejorar alfabetización en salud, motivación y toma de decisiones informadas, mediante experiencias de aprendizaje y comunicación diseñada que apoye acciones como adherencia terapéutica, inmunización, tamizaje y cambios conductuales, además de desarrollar habilidades transferibles para actuar sobre determinantes de la salud (Ministerio de la Salud Pública, 2019).

2.2.8.5. Educación sobre signos de alarma

El desconocimiento de los signos de alarma es una de las principales causas de reingreso hospitalario. Entre los signos que deben ser reconocidos por los padres se incluyen: fiebre persistente, dificultad respiratoria, retracciones costales, cianosis, rechazo a la alimentación y somnolencia excesiva. Un estudio cuasi-experimental publicado en Colombia demostró que una intervención educativa mejoró significativamente el reconocimiento de estos signos por parte de madres comunitarias, reduciendo así el riesgo de complicaciones (Guerra et al., 2020).

En coherencia con la promoción de la salud, se caracteriza por ser participativa, intersectorial, sensible al contexto y orientada al empoderamiento de personas y comunidades (Organización Panamericana de la Salud, 2019). En escenarios clínicos y comunitarios, se concreta con comunicación clara y adaptada, escucha activa, empatía, capacitación a equipos/cuidadores y articulación con agentes comunitarios para sostener el cuidado, especialmente en poblaciones vulnerables.

2.2.8.6. Rol de los padres en el cuidado de los niños tras el alta hospitalaria por neumonía

Participación activa y corresponsabilidad

La participación activa de los padres en el cuidado post-hospitalario es esencial para garantizar la recuperación del niño y prevenir complicaciones. Esta

participación implica no solo seguir indicaciones médicas, sino también asumir un rol corresponsable en la administración de medicamentos, vigilancia de signos de alarma y creación de un entorno saludable. Un estudio realizado en Perú evidenció que cuando los padres son incluidos como parte del equipo de cuidado, se fortalece la adherencia al tratamiento y se reduce la ansiedad infantil (Reyes Bazan, 2020).

Necesidades de información y apoyo emocional

Tras el alta, los padres enfrentan incertidumbre, miedo a recaídas y dudas sobre cómo actuar ante síntomas respiratorios. La falta de información clara puede generar ansiedad y errores en el cuidado. Un estudio en Ecuador concluyó que el acompañamiento emocional y la comunicación asertiva del personal de enfermería son determinantes para que los padres se sientan seguros y capaces de cuidar a sus hijos en casa (Astocondor Jiménez, 2023).

Modelos de cuidado centrado en la familia

El Modelo de Cuidados Centrados en la Familia (MCCF) reconoce a los padres como cuidadores primarios y promueve su inclusión en todas las etapas del proceso asistencial. Este enfoque fomenta la toma de decisiones compartida, el respeto por las creencias familiares y la corresponsabilidad en el cuidado. Su implementación ha demostrado mejorar la calidad del cuidado pediátrico y reducir el estrés familiar, aunque enfrenta barreras como la falta de formación del personal y estructuras institucionales rígidas (Iliarte Llop et al., 2025).

2.2.8.7. Evidencia sobre el impacto del acompañamiento parental en la recuperación pediátrica

Diversos estudios han demostrado que el acompañamiento parental durante y después de la hospitalización mejora significativamente los resultados clínicos y emocionales del niño. Una revisión sistemática publicada en 2025 concluyó que la integración de los padres en el proceso de cuidado reduce la ansiedad infantil, mejora la adherencia al tratamiento y fortalece la resiliencia familiar (Acosta Zagal et al., 2025).

2.3. Definición de términos

- Adherencia al tratamiento: cumplimiento adecuado del esquema terapéutico prescrito para evitar recaídas y resistencia bacteriana (Kuitunen y Renko, 2024).
- Alta hospitalaria: momento en que el paciente egresa del hospital tras estabilización clínica, continuando el cuidado en el hogar (Rodríguez Capote, 2020).
- Antibióticos: fármacos utilizados para eliminar bacterias causantes de neumonía, como Streptococcus pneumoniae o Haemophilus influenzae (Ministerio de Salud Pública, 2017).
- Capotaje: técnica de oxigenoterapia mediante una capucha transparente para lactantes con dificultad respiratoria (Sailema Tarco, 2020).
- Cianosis: coloración azulada de piel o mucosas causada por baja oxigenación sanguínea (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2020).
- Cuidados domiciliarios: acciones realizadas por los padres para mantener la recuperación del niño tras el alta hospitalaria (Reyes et al., 2023).
- Dificultad respiratoria: aumento del esfuerzo ventilatorio evidenciado por tiraje, aleteo nasal o quejido (Ministerio de Salud Pública, 2017).
- Educomunicación: estrategia que combina educación y comunicación para fortalecer el conocimiento sanitario de los cuidadores (Castillo, 2022).
- Enfermería pediátrica: rama de la enfermería que atiende las necesidades biológicas y emocionales del niño enfermo (Mena Tomalá y Murillo Ortega, 2024).
- Fisiopatología: conjunto de procesos que explican cómo una enfermedad altera la función normal del organismo (Royo Conde, 2024).
- Higiene respiratoria: medidas que reducen la transmisión de infecciones, como lavado de manos y ventilación ambiental (Ministerio de Salud Pública, 2017).

- Hospitalización: atención continua dentro de un establecimiento de salud por una afección que requiere observación médica (Rodríguez Capote, 2020).
- Intervención educomunicativa: acción planificada desde enfermería para educar y empoderar a los padres en el cuidado domiciliario (Herrera et al., 2025).
- Neumonía: infección aguda del parénquima pulmonar que altera el intercambio gaseoso (Gavilanes et al., 2022).
- Oxigenoterapia: administración controlada de oxígeno para corregir hipoxemia en pacientes con dificultad respiratoria (Rodríguez Capote, 2020).
- Padres cuidadores: responsables directos del niño hospitalizado, encargados de garantizar su recuperación en el hogar (Reyes Bazán, 2020).
- Proceso de Atención de Enfermería (PAE): método sistemático para planificar, ejecutar y evaluar cuidados integrales (Juma Juma, 2024).
- Recaída: reaparición de síntomas tras una aparente mejoría debido a cuidados inadecuados o tratamiento incompleto (Villalta Crespo, 2020).
- Signos de alarma: manifestaciones clínicas que indican agravamiento, como fiebre persistente, cianosis o dificultad respiratoria (Mena et al., 2020).
- Ventilación ambiental: renovación diaria del aire en el entorno domiciliario para reducir microorganismos y mejorar la oxigenación (Herrera et al., 2025).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo porque se basa en la recolección y análisis de datos numéricos obtenidos a través de cuestionarios estructurados. Este enfoque permite medir de manera objetiva las variables involucradas, como los conocimientos de los padres y las percepciones del personal de enfermería, facilitando la sistematización de la información mediante frecuencias y porcentajes. La cuantificación de los resultados proporciona una base sólida para identificar patrones y necesidades específicas que fundamenten la propuesta educativa.

Es un estudio que describe la caracterización y detalla las condiciones actuales relacionadas con los cuidados domiciliarios brindados por los padres a niños hospitalizados por neumonía, así como las prácticas educativas del personal de enfermería. No se pretende establecer relaciones causales, sino describir con precisión los niveles de conocimiento, las prácticas y las percepciones existentes, con el fin de comprender el contexto y orientar el diseño de una intervención pertinente.

El enfoque inductivo se justifica porque el estudio parte de la observación y análisis de datos particulares; como las respuestas de los padres y profesionales, para generar una propuesta educativa general. A través del análisis de la realidad concreta, se busca construir una intervención fundamentada en las necesidades detectadas, siguiendo un proceso lógico que va de lo específico a lo general.

3.2. Diseño

Se trata de un estudio aplicado porque busca ofrecer una solución directa a un problema concreto identificado en el contexto hospitalario: la ausencia de una intervención educomunicativa estructurada dirigida a padres de niños con neumonía. A diferencia de la investigación pura, cuyo propósito es generar conocimiento teórico, este estudio pretende diseñar una propuesta práctica y

contextualizada que pueda ser implementada por el personal de enfermería para fortalecer la calidad del cuidado posterior al alta hospitalaria.

Finalmente, es un estudio transversal de campo porque la recolección de datos se realizará en un único momento del tiempo, sin seguimiento longitudinal, y directamente en el entorno natural donde ocurre el fenómeno: el Hospital Alfredo Noboa. Esta característica permite captar la realidad tal como se presenta en el momento del estudio, con información directa de los actores involucrados.

3.3. Población y muestra

La población del estudio está conformada por dos grupos clave: padres de familia de niños menores de cinco años que han sido hospitalizados por neumonía en el Hospital Alfredo Noboa, y profesionales de enfermería que laboran en el área pediátrica de la misma institución.

La población de estudio es la totalidad del universo atendido en 4 meses, es decir:22 participantes, distribuidos de la siguiente manera: 13 padres de familia seleccionados de forma no probabilística por conveniencia que asistieron al Hospital Alfredo Noboa en el período de agosto a diciembre del año 2025, y 9 profesionales de enfermería que brindan atención directa en el área pediátrica.

Esta población permitió obtener información relevante tanto desde la perspectiva del cuidador como del personal de salud, facilitando el diseño de una intervención educomunicativa contextualizada y pertinente.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a:

1. Padres, madres o cuidadores principales de niños hospitalizados con diagnóstico médico de neumonía en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, durante el periodo agosto–diciembre de 2025.
2. Cuidadores mayores de 18 años, capaces de responder autónomamente el cuestionario.

3. Participantes que permanecieron con el niño durante la hospitalización y estuvieron presentes en el momento de la entrega de las indicaciones de alta.

4. Cuidadores que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.

5. Personal del área de estadística que nos facilitaron con los datos de niños ingresados con diagnóstico de neumonía en el área de pediatría del hospital Alfredo Noboa Montenegro dentro del periodo establecido.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a:

1. Cuidadores menores de edad o que no pudieran comprender adecuadamente las preguntas del instrumento.

2. Padres o cuidadores de niños cuya hospitalización no correspondía al diagnóstico de neumonía o presentaban patologías complejas que modificaran el plan estándar de cuidados domiciliarios.

3. Cuidadores que no estuvieron presentes al momento de recibir la educación de alta por parte del personal de salud.

4. Participantes que no completaron el cuestionario en su totalidad o que se retiraron antes de finalizarlo.

3.4. Sistema de variables

3.4.1. Variable independiente

Intervención educomunicativa de enfermería

3.4.2. Variable dependiente

Cuidados domiciliarios en niños hospitalizados por neumonía

3.5. Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: Intervención educomunicativa de enfermería

Cuadro de Operacionalización de Variables

Variable	**Definición conceptual**	**Dimensión**	**Preguntas orientadoras**	**Escala de medición (opciones de respuesta)**
Intervención educomunicativa de enfermería	Estrategia planificada desde enfermería que busca fortalecer el conocimiento y las prácticas de los padres sobre cuidados domiciliarios tras el alta por neumonía.	Contenidos educativos	1. ¿Qué temas considera esenciales para incluir en una intervención educomunicativa sobre neumonía pediátrica?	Opción múltiple (Signos de alarma, Medicación, Higiene, Nutrición, Prevención de recaídas)
			2. ¿Con qué frecuencia se abordan estos temas al momento del alta?	Siempre / A veces / Nunca
		Estrategias metodológicas	3. ¿Qué métodos utiliza o considera más efectivos para educar a los padres?	Opción múltiple (Charlas, Demostraciones, Trípticos, Videos, Conversación informal)

			4. ¿Considera que los padres comprenden adecuadamente la información brindada?	Totalmente / Parcialmente / No
		Recursos didácticos	5. ¿Qué materiales educativos ha utilizado para orientar a los padres?	Opción múltiple (Guías impresas, Trípticos, Videos, Ninguno)
			6. ¿Dispone de recursos suficientes para realizar educación al alta?	Sí / No
		Tiempo y oportunidad	7. ¿Dispone de tiempo suficiente para realizar educación al alta?	Siempre / A veces / Nunca
		Evaluación del aprendizaje	8. ¿Evalúa si los padres comprendieron la información brindada?	Siempre / A veces / Nunca
		Protocolos institucionales	9. ¿Existe un protocolo institucional para la educación al alta en casos de neumonía pediátrica?	Sí / No / No sabe

VARIABLE DEPENDIENTE: Cuidados domiciliarios en niños hospitalizados por neumonía

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Preguntas orientadoras	Escala de medición (opciones de respuesta)
Cuidados domiciliarios en niños hospitalizados por neumonía	Acciones realizadas por los padres en el hogar para garantizar la recuperación del niño tras el alta hospitalaria.	Adherencia al tratamiento	1. ¿Administra los medicamentos a su hijo según la indicación médica?	Siempre / A veces / Nunca
			2. ¿Conoce la dosis y frecuencia de los medicamentos prescritos?	Sí / Parcialmente / No
		Reconocimiento de signos de alarma	3. ¿Sabe identificar signos de alarma?	Sí / Parcialmente / No
			4. ¿Qué haría si su hijo presenta dificultad para respirar?	Ir al centro de salud / Esperar en casa / No sabe
		Higiene y prevención	5. ¿Ventila diariamente el cuarto del niño?	Siempre / A veces / Nunca
			6. ¿Evita que el niño esté expuesto al humo de leña o cigarrillo?	Siempre / A veces / Nunca
		Nutrición	7. ¿Ofrece una alimentación balanceada durante la recuperación?	Siempre / A veces / Nunca
			8. ¿Incluye frutas y líquidos en la dieta del niño?	Siempre / A veces / Nunca
		Seguimiento médico	9. ¿Sabe cuándo debe llevar a su hijo a control médico?	Sí / No
			10. ¿Ha recibido indicaciones claras sobre el cuidado en casa?	Sí / Parcialmente / No

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica principal es el cuestionario **(Anexo 7),** aplicada a dos grupos: padres de niños hospitalizados por neumonía y profesionales de enfermería del área pediátrica del Hospital Alfredo Noboa. Esta técnica permite recopilar datos de forma sistemática, estandarizada y cuantificable, facilitando el análisis comparativo y la identificación de necesidades educativas.

El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario estructurado dirigido a padres o cuidadores, diseñado para identificar necesidades, conocimientos y prácticas relacionadas con el cuidado domiciliario de niños hospitalizados por neumonía. El cuestionario se dividió en tres secciones. La Sección A, correspondiente a los datos sociodemográficos, incluyó nueve preguntas cerradas sobre edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, número de hijos, edad del niño hospitalizado, cobertura de seguro y lugar de residencia. La Sección B, orientada a datos clínicos y educativos, estuvo conformada por seis preguntas que exploran antecedentes de hospitalización, uso de internet para buscar información en salud, oportunidad para resolver dudas, personal que brindó educación, materiales recibidos y una pregunta abierta para identificar cuál recurso resultó más útil; además, incorporó una escala tipo Likert de cuatro ítems para valorar el nivel de confianza del cuidador en tareas específicas del cuidado domiciliario. Finalmente, la Sección C evaluó directamente las prácticas y conocimientos aplicados, mediante siete preguntas en formato de respuesta cerrada y escala ordinal, relacionadas con administración de medicamentos, reconocimiento de signos de alarma, ventilación del entorno, exposición a humo, alimentación, seguimiento médico y estado de vacunación. Este instrumento combina preguntas cerradas, preguntas abiertas y escalas tipo Likert.

El segundo instrumento fue un cuestionario estructurado dirigido al personal de enfermería, diseñado para identificar las acciones educativas que se realizan durante el proceso de alta hospitalaria de niños con neumonía. Se organizó en dos secciones: la Sección A incluyó cinco preguntas sociodemográficas sobre edad, sexo, nivel de formación, años de experiencia

en pediatría y jornada laboral, permitiendo contextualizar la práctica profesional del participante. La Sección B estuvo compuesta por nueve preguntas cerradas que evaluaron los contenidos abordados en la educación al alta, la frecuencia con que se imparten, los métodos educativos utilizados, la percepción sobre la comprensión de los padres, los materiales entregados, la disponibilidad de recursos y tiempo para educar, la verificación de la comprensión de la información y la existencia de protocolos institucionales. Las preguntas emplean opciones de respuesta de selección múltiple y escalas ordinales, lo que facilita la medición objetiva de las prácticas educativas y permite identificar necesidades para fortalecer la intervención educomunicativa de enfermería.

Los cuestionarios fueron validados mediante juicio de expertos en enfermería pediátrica y educación en salud, y se aplicaron de forma presencial, previa firma del consentimiento informado. (**Anexo 8)**

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados serán procesados utilizando Microsoft Excel, aplicando exclusivamente técnicas de estadística descriptiva mediante tablas de frecuencia y porcentaje. Esta estrategia permitirá organizar e interpretar la información obtenida de los padres y del personal de enfermería, facilitando la identificación de conocimientos, prácticas y percepciones relacionadas con los cuidados domiciliarios tras el alta por neumonía. Los resultados servirán como insumo para fundamentar el diseño de la intervención educomunicativa propuesta.

3.8. Resultados según el objetivo 1: Identificar las acciones actuales realizadas por el personal de enfermería durante el proceso de alta hospitalaria de niños con neumonía en el Hospital Alfredo Noboa

Tabla 3

Datos demográficos y laborales

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	25 a 30 años	2	22,2
	31 a 40 años	5	55,6
	41 a 50 años	2	22,2
	Total	9	100,0
Género	Mujer	9	100,0
	Total	9	100,0
Nivel de formación	Licenciadas	9	100,0
Años de experiencia	>6 años	4	44,4
	1-3 años	3	33,3
	4 -6 años	2	22,2
	Total	9	100,0
Jornada laboral	Matutina	2	22,2
	Rotativa	7	77,8
	Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El personal de enfermería del Hospital Alfredo Noboa se caracteriza por una mayoría femenina (100 %) y un predominio del grupo etario de 31 a 40 años (55,6 %); todos poseen formación de licenciatura, lo que garantiza competencias profesionales para la atención pediátrica. El 44,4 % tiene más de seis años de experiencia y el 77,8 % cumple jornadas rotativas, situación que puede afectar la continuidad educativa durante el alta hospitalaria; estos resultados se alinean con lo descrito por (Mena y Murillo, 2024) sobre el impacto laboral en la calidad del cuidado.

Pregunta: ¿Qué temas considera esenciales para incluir en una intervención educomunicativa sobre neumonía pediátrica?

Tabla 4

Temas considerados esenciales para incluir en una intervención educomunicativa sobre neumonía pediátrica?

	Frecuencia	Porcentaje
Medicación	2	22,2
Prevención de recaída	2	22,2
Signos de alarma	5	55,6
Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 55,6 % del personal de enfermería considera los signos de alarma como el contenido prioritario en una intervención educomunicativa sobre neumonía pediátrica; la medicación y la prevención de recaídas obtienen igual valoración (22,2 %). Estos resultados evidencian la atención al reconocimiento oportuno de complicaciones como elemento clave del alta segura, coherente con la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), que enfatiza la vigilancia de signos críticos para reducir reingresos y favorecer la recuperación infantil.

Pregunta: ¿Con qué frecuencia se abordan estos temas al momento del alta?

Tabla 5

Frecuencia con la que se abordan temas relacionados con la neumonía pediátrica tras el alta

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	2	22,2
Siempre	7	77,8
Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 77,8 % del personal de enfermería señala que siempre aborda los temas relacionados con la neumonía pediátrica durante el alta, mientras que el 22,2 % lo hace solo a veces; estos resultados reflejan una práctica educativa frecuente pero no totalmente homogénea. La constancia en la orientación al alta es esencial para garantizar la adherencia al tratamiento y la continuidad del cuidado, según lo establecido por el Ministerio de Salud Pública (2017), que

destaca la educación sanitaria como parte del proceso terapéutico integral en pacientes pediátricos.

Pregunta: ¿Qué métodos utiliza o considera más efectivos para educar a los padres?

Tabla 6

Métodos utilizados para educar a los padres

	Frecuencia	Porcentaje
Charlas	6	66,7
Conversación informal	1	11,1
Demostraciones	2	22,2
Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 66,7 % del personal de enfermería considera las charlas como el método más efectivo para educar a los padres, seguido de las demostraciones prácticas (22,2 %); la conversación informal alcanzan un 11,1 %. La preferencia por estrategias orales evidencia un enfoque tradicional centrado en la exposición, sin embargo, la literatura recomienda combinar métodos visuales y participativos para fortalecer el aprendizaje significativo de los cuidadores (Murillo Ruiz et al., 2024).

Pregunta: ¿Considera que los padres comprenden adecuadamente la información brindada?

Tabla 7

Consideración de que los padres comprenden adecuadamente al información brindada

	Frecuencia	Porcentaje
Parcialmente	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 100 % del personal de enfermería afirma que los padres comprenden la información solo de manera parcial; este resultado señala limitaciones en la efectividad de la orientación educativa proporcionada durante el alta. La comprensión insuficiente del cuidador constituye un factor de riesgo para errores en la administración de medicamentos y en la identificación de signos de alarma, aspecto ampliamente documentado en la literatura sobre continuidad del cuidado pediátrico (Herrera et al., 2025).

Preguntas: ¿Qué materiales educativos ha utilizado para orientar a los padres?

Tabla 8

Materiales educativos utilizados para orientar a los padres

	Frecuencia	Porcentaje
Guías impresas	3	33,3
Ninguno	1	11,1
Trípticos	4	44,4
Videos	1	11,1
Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 44,4 % del personal de enfermería utiliza trípticos como material educativo, el 33,3 % emplea guías impresas, mientras que el 11,1 % recurre a videos o no utiliza ningún recurso; estos datos muestran un predominio de herramientas impresas sobre los medios audiovisuales. La limitada diversificación de materiales restringe el aprendizaje significativo y la retención de información por parte de los cuidadores, aspecto que coincide con (Mejía Moarales, 2023).

Pregunta: ¿Dispone de recursos suficientes para realizar educación al alta?

Tabla 9

Disposición de recursos suficientes para la educación al alta

	Frecuencia	Porcentaje
No	5	55,6
Si	4	44,4
Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 55,6 % del personal de enfermería indica no disponer de recursos suficientes para realizar educación al alta, mientras que el 44,4 % afirma contar con ellos; esta limitación material reduce la eficacia de las intervenciones educativas y la continuidad del cuidado en el hogar. La carencia de recursos didácticos obstaculiza la comunicación enfermera–familia y restringe el cumplimiento de los estándares de educación sanitaria establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017).

Pregunta: ¿Dispone de tiempo suficiente para realizar educación al alta?
Tabla 10
Disponibilidad de tiempo suficiente para realizar educación al alta

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	5	55,6
Siempre	4	44,4
Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 55,6 % del personal de enfermería manifiesta disponer solo a veces de tiempo suficiente para realizar educación al alta, mientras que el 44,4 % afirma contar siempre con ese espacio; estos resultados reflejan limitaciones temporales que podrían afectar la calidad del proceso educativo. La falta de tiempo para la orientación individualizada compromete la transferencia efectiva de conocimientos, aspecto señalado por Mena y Murillo (2024) al vincular la sobrecarga laboral con la disminución de la calidad del cuidado pediátrico.

Pregunta: ¿Evalúa si los padres comprendieron la información brindada?
Tabla 11
Evaluación de si los padres comprenden la información brindada

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	3	33,3
Nunca	1	11,1
Siempre	5	55,6
Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 55,6 % del personal de enfermería señala evaluar siempre la comprensión de los padres, el 33,3 % lo hace a veces y el 11,1 % nunca realiza esta verificación; los resultados reflejan una práctica educativa parcialmente sistematizada. La evaluación del aprendizaje es esencial para asegurar la correcta ejecución de los cuidados domiciliarios, tal como lo destaca la Guía de

Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), al establecer la retroalimentación como componente del proceso educativo en el alta hospitalaria.

Pregunta: ¿Existe un protocolo institucional para la educación al alta en casos de neumonía pediátrica?

Tabla 12

Existencia de un protocolo institucional para la educación al alta en casos de neumonía pediátrica

	Frecuencia	**Porcentaje**
No	3	33,3
Desconoce	1	11,1
Sí	5	55,6
Total	9	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas al personal de enfermería

Análisis e interpretación

El 55,6 % del personal de enfermería afirma la existencia de un protocolo institucional para la educación al alta en neumonía pediátrica, el 33,3 % indica que no existe y el 11,1 % lo desconoce; los resultados muestran una aplicación no uniforme de las guías institucionales. La falta de conocimiento y estandarización limita la continuidad del cuidado y la calidad educativa, aspecto coincidente con lo evidenciado por (Juma Juma, 2024), quien señala deficiencias en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por ausencia de protocolos formales.

3.9. Resultados según objetivo 2: Determinar las necesidades de los padres respecto al cuidado domiciliario de niños hospitalizados por neumonía

Tabla 13
Datos sociodemográficos

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	21 a 30 años	10	76,9
	41 a 50 años	3	23,1
	Total	13	100,0
Género	Hombre	2	15,4
	Mujer	11	84,6
	Total	13	100,0
Estado civil	Casado/a	4	Casado/a
	Separado/a	2	Separado/a
	Soltero/a	5	Soltero/a
	Unión libre	2	Unión libre
	Total	13	Total
Número de hijos	1 hijo	5	38,5
	2 a 3 hijos	7	53,8
	4 a 5 hijos	1	7,7
	Total	13	100,0
Lugar de residencia	Rural	7	53,8
	Urbana	6	46,2
	Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los datos sociodemográficos evidencian que la mayoría de los padres encuestados se concentra en el grupo etario de 21 a 30 años (76,9 %), lo que caracteriza a una población joven en el rol de cuidado; el 84,6 % corresponde al sexo femenino, confirmando el predominio materno en la atención directa del niño hospitalizado. En relación con el estado civil, se observa mayor representación de personas solteras (38,5 %) y casadas (30,8 %), mientras que el 53,8 % tiene de dos a tres hijos, lo que sugiere una experiencia moderada en el cuidado infantil. Respecto al lugar de residencia, el 53,8 % proviene de zonas rurales, aspecto relevante para el acceso a servicios y educación sanitaria.

Discusión

La predominancia de madres jóvenes como principales cuidadoras coincide con la evidencia que señala una mayor carga del cuidado infantil en mujeres, especialmente en contextos hospitalarios y rurales, donde persisten barreras de acceso a información y acompañamiento sanitario. La mayor proporción de cuidadores con dos a tres hijos podría favorecer cierto aprendizaje previo en el manejo del cuidado domiciliario; sin embargo, la alta representación de zonas rurales plantea desafíos adicionales relacionados con continuidad del cuidado y adherencia a las indicaciones posteriores al alta. Estos hallazgos resultan consistentes con estudios recientes que describen perfiles similares en cuidadores de niños hospitalizados por patologías respiratorias, destacando la necesidad de estrategias educativas adaptadas al contexto socioterritorial y nivel de experiencia parental (Murillo-Ruiz et al., 2024).

Tabla 14
Datos económicos y laborales

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de instrucción	Bachillerato	4	30,8
	Educación básica	2	15,4
	Educación superior completa	5	38,5
	Educación superior incompleto	1	7,7
	Sin estudios	1	7,7
	Total	13	100,0
Ocupación principal	Ama de casa	3	23,1
	Desempleado/a	1	7,7
	Empleado/a privado/a	4	30,8
	Empleado/a público/a	1	7,7
	Trabajador/a independiente	4	30,8
	Total	13	100,0
Cobertura de seguro de salud	No	9	69,2
	Si	4	30,8
	Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los datos económicos y laborales muestran que el 38,5 % de los padres cuenta con educación superior completa, seguido por el 30,8 % con bachillerato, lo que evidencia un nivel educativo medio a alto en una parte significativa de la población; sin embargo, persiste un 15,4 % con educación básica y un 15,4 % sin estudios o con formación superior incompleta, lo que refleja heterogeneidad formativa. En cuanto a la ocupación, predomina el empleo privado y el trabajo independiente (30,8 % cada uno), mientras que el 23,1 % se dedica al hogar, condición asociada al rol de cuidado permanente. Respecto a la cobertura sanitaria, el 69,2 % no dispone de seguro de salud, situación que puede limitar el acceso oportuno a servicios y recursos para el cuidado pediátrico.

Discusión

La combinación de niveles educativos diversos y una alta proporción de padres sin cobertura de seguro de salud configura un escenario de vulnerabilidad estructural que puede afectar la continuidad del cuidado infantil tras el alta hospitalaria. Aunque la presencia de educación superior en un grupo

relevante podría facilitar la comprensión de indicaciones terapéuticas, la ausencia de aseguramiento en más de dos tercios de la población representa una barrera significativa para el seguimiento clínico y la adquisición de medicamentos o insumos necesarios. Estos resultados coinciden con la evidencia que vincula las limitaciones económicas y la falta de protección sanitaria con mayores riesgos de complicaciones y recurrencia de enfermedades respiratorias en la infancia, especialmente en contextos con empleo informal o inestable (Villalta, 2020)..

Tabla 15
Datos de hospitalización de los niños con neumonía

		Frecuencia	Porcentaje
Su hijo/a sido hospitalizado anteriormente por neumonía	Si	13	100,0
	Total	13	100,0
Edad del niño/a hospitalizado por neumonía:	1año - 1 mes a 3 años	9	69,2
	3 años-1 mes a 5 años	4	30,8
	Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los datos de hospitalización muestran que el 100,0 % de los padres refiere que su hijo o hija ha sido hospitalizado por neumonía, lo que evidencia antecedentes universales de hospitalización en la población estudiada. En relación con la edad, el 69,2 % de los niños hospitalizados se encuentra entre 1 año y 1 mes a 3 años, mientras que el 30,8 % corresponde al grupo de 3 años y 1 mes a 5 años, lo que confirma una mayor concentración de casos en edades tempranas. Estos resultados reflejan una mayor vulnerabilidad respiratoria durante los primeros años de vida, etapa en la que el sistema inmunológico y pulmonar aún se encuentra en desarrollo.

Discusión

La totalidad de antecedentes de hospitalización por neumonía sugiere un patrón de recurrencia clínica que trasciende el evento agudo y pone en evidencia limitaciones en la continuidad del cuidado posterior al alta. La mayor proporción de casos en niños menores de tres años coincide con la literatura que identifica este grupo etario como el más susceptible a infecciones respiratorias graves y rehospitalizaciones, especialmente cuando existen brechas en educación sanitaria, seguimiento domiciliario y condiciones socioeconómicas desfavorables. En este sentido, la recurrencia de hospitalización constituye un indicador indirecto de debilidades en la preparación familiar para el cuidado en casa, concordante con lo descrito por Rodríguez Capote (2020), quien señala la reincidencia como expresión de insuficiente educación sanitaria y apoyo continuo a los cuidadores.

Pregunta: ¿Utiliza internet o redes sociales para buscar información sobre salud?

Tabla 16

Utilización de internet o redes sociales para la búsqueda sobre salud

	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	4	30,8
Nunca	2	15,4
Ocasionalmente	3	23,1
Rara vez	4	30,8
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados evidencian que el uso de internet o redes sociales para la búsqueda de información en salud se distribuye de manera heterogénea entre los padres encuestados; el 30,8 % refiere utilizar estos medios frecuentemente y un 30,8 % señala hacerlo rara vez, mientras que el 23,1 % accede de forma ocasional. Por otra parte, el 15,4 % manifiesta no utilizar nunca estas plataformas para informarse sobre temas de salud. Esta distribución muestra que una proporción relevante de cuidadores recurre, en mayor o menor medida, a fuentes digitales como apoyo informativo en el cuidado infantil.

Discusión

La presencia de un uso frecuente y ocasional de internet o redes sociales en más de la mitad de los padres refleja la creciente incorporación de medios digitales como recurso para resolver dudas relacionadas con la salud infantil; sin embargo, la coexistencia de un grupo que rara vez o nunca accede a estas plataformas evidencia brechas en alfabetización digital y acceso a información. La variabilidad en la calidad y confiabilidad de los contenidos disponibles en línea plantea el desafío de orientar a los cuidadores hacia fuentes seguras y validadas. En este contexto, la mediación del personal de enfermería resulta fundamental para fortalecer el uso crítico y responsable de recursos virtuales, tal como señalan Acosta Zagal et al. (2025), quienes destacan el rol educativo del profesional de salud en la navegación informada de contenidos digitales.

Pregunta: ¿Sintió que tuvo suficiente tiempo y oportunidad para hacer preguntas y aclarar sus dudas antes de irse a casa?

Tabla 17

Sensación de tener tiempo y oportunidad para hacer preguntas y aclarar sus dudas de irse a casa

	Frecuencia	Porcentaje
En parte, pero me quedaron dudas.	7	53,8
No, el proceso fue muy rápido.	3	23,1
Si, completamente.	3	23,1
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados indican que la mayoría de los padres (53,8 %) percibió que tuvo tiempo y oportunidad para realizar preguntas antes del alta, aunque manifestó que persistieron dudas, lo que evidencia una experiencia educativa parcial. Por otro lado, un 23,1 % señaló que el proceso fue muy rápido, mientras que otro 23,1 % expresó haber aclarado completamente sus inquietudes. Esta distribución refleja que, si bien existe un espacio para la comunicación previa al egreso hospitalario, una proporción significativa de cuidadores no alcanza un nivel óptimo de claridad y seguridad respecto al cuidado domiciliario.

Discusión

La percepción de dudas persistentes o de un proceso apresurado antes del alta hospitalaria pone de manifiesto limitaciones en la calidad y profundidad de la educación brindada a los cuidadores, aspecto crítico en el manejo domiciliario de niños con neumonía. La evidencia señala que la seguridad del cuidador se construye a partir de una comunicación clara, pausada y emocionalmente acompañada, elementos que se ven comprometidos cuando el tiempo educativo resulta insuficiente (Astocondor Jiménez, 2023). Asimismo, la literatura advierte que la comprensión incompleta de las indicaciones favorece errores en el cuidado y aumenta el riesgo de complicaciones y reingresos hospitalarios, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias educativas y los espacios de retroalimentación liderados por enfermería (Herrera et al., 2025)..

Pregunta: Durante la hospitalización, ¿Quién le explicó los cuidados que su hijo/a necesitaría en casa?

Tabla 18

Tipo de información recibida por el personal

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero/a	3	23,1
Médico/a	7	53,8
Nadie me dio explicaciones detalladas.	2	15,4
Personal de apoyo (terapista respiratorio, nutricionista, etc.)	1	7,7
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados evidencian que la mayor parte de los padres (53,8 %) recibió la explicación sobre los cuidados domiciliarios por parte del médico, mientras que solo el 23,1 % identificó al personal de enfermería como fuente principal de orientación. Un 15,4 % manifestó que no recibió explicaciones detalladas, y apenas el 7,7 % señaló haber sido informado por personal de apoyo, como terapistas respiratorios o nutricionistas. Esta distribución refleja un proceso educativo predominantemente medicalizado, con participación limitada de otros profesionales del equipo de salud.

Discusión

La centralización de la educación al alta en el personal médico puede restringir la integralidad del proceso educativo, dado que el enfoque biomédico tiende a priorizar el diagnóstico y tratamiento farmacológico por sobre el acompañamiento continuo del cuidado. La baja proporción de padres que identifican al personal de enfermería como referente educativo resulta relevante, considerando que la enfermería posee un rol clave en la traducción de indicaciones clínicas a prácticas concretas y comprensibles para el hogar. Asimismo, la ausencia de orientación reportada por una parte de los cuidadores constituye un riesgo para la continuidad del cuidado pediátrico. Estos hallazgos coinciden con lo descrito por Justo y Oblitas (2024), quienes destacan que la educación sanitaria liderada por enfermería fortalece la seguridad del cuidador,

reduce errores en el cuidado domiciliario y contribuye a disminuir reingresos hospitalarios.

Pregunta: ¿Qué tipo de materiales educativos recibió para prepararse para el alta?

Tabla 19

Tipo de materiales educativos recibidos para prepararse para el alta

	Frecuencia	Porcentaje
Demostraciones prácticas (ej. cómo usar un inhalador	2	15,4
Folletos, trípticos o material impreso.	1	7,7
Indicaciones a una página web o recurso online.	1	7,7
No recibí ningún material.	3	23,1
Un plan de cuidados por escrito y personalizado.	5	38,5
Únicamente recibí indicaciones verbales.	1	7,7
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados muestran que el 38,5 % de los padres recibió un plan de cuidados por escrito y personalizado, constituyéndose en el material educativo más frecuente previo al alta. No obstante, un 23,1 % manifestó no haber recibido ningún material educativo, mientras que el 15,4 % recibió demostraciones prácticas, y solo un 7,7 % accedió a folletos o material impreso, recursos en línea o únicamente indicaciones verbales, respectivamente. Esta distribución evidencia una provisión desigual de materiales educativos, con predominio de recursos escritos personalizados, pero con brechas importantes en el acceso universal a apoyos didácticos.

Discusión

La limitada diversidad y cobertura de materiales educativos entregados antes del alta puede afectar la comprensión y ejecución adecuada del cuidado domiciliario en niños con neumonía. Si bien la entrega de planes de cuidados personalizados representa una fortaleza del proceso educativo, la ausencia total de materiales en casi una cuarta parte de los cuidadores constituye un riesgo para la continuidad del cuidado y la prevención de complicaciones. La evidencia señala que la combinación de estrategias escritas, visuales y demostrativas mejora la retención de la información y la seguridad del cuidador, especialmente en contextos pediátricos. En este sentido, los hallazgos

coinciden con lo señalado por Herrera et al. (2025), quienes destacan la necesidad de fortalecer la educación al alta mediante recursos didácticos variados que complementen la comunicación verbal y faciliten el autocuidado informado en el hogar.

De los materiales que recibió, ¿cuál consideró más útil y por qué? (Pregunta abierta)

Tabla 20

Materiales recibidos considerados como de mayor utilidad

Categoría organizada	Respuestas incluidas	Frecuencia	Porcentaje
Inhalador	El inhalador	3	23,1 %
Plan de cuidados / plan de alta	El plan de cuidados por escrito	2	15,4 %
Indicaciones verbales	Indicaciones verbales; Indicaciones Verbales	2	15,4 %
Receta médica con indicaciones	La Receta con indicaciones de cuidado; La receta con las indicaciones de cuidado	2	15,4 %
Medicación para control de la fiebre	Paracetamol para el control de la temperatura; Uso de Paracetamol para la fiebre	2	15,4 %
Ninguno / no recibió material	Nada	2	15,4 %
Total		**13**	**100,0 %**

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados evidencian que el inhalador fue el material considerado de mayor utilidad por los padres, con un 23,1 %, lo que refleja la valoración de recursos directamente vinculados al manejo respiratorio del niño. De manera similar, el plan de cuidados por escrito, las indicaciones verbales, la receta médica con orientaciones y la medicación para el control de la fiebre alcanzaron cada uno un 15,4 %, lo que indica una percepción equilibrada entre recursos informativos y terapéuticos. Asimismo, un 15,4 % de los padres manifestó no haber recibido ningún material, lo que evidencia una brecha relevante en la provisión educativa durante el proceso de hospitalización y preparación para el alta.

Discusión

La preferencia por el inhalador y por materiales estructurados como el plan de cuidados escrito confirma que los cuidadores valoran especialmente aquellos recursos que ofrecen instrucciones claras y aplicables de manera inmediata en el hogar. La distribución homogénea entre varios tipos de materiales sugiere que no existe un único recurso dominante, sino la necesidad de estrategias educativas complementarias que integren información verbal, escrita y terapéutica. Sin embargo, la proporción de padres que no recibió ningún material constituye un hallazgo crítico, ya que limita la continuidad del cuidado y aumenta el riesgo de errores en el manejo domiciliario. Estos

resultados son consistentes con la evidencia que señala que los materiales tangibles y de apoyo visual favorecen la comprensión, la adherencia y la retención de las indicaciones en el cuidado pediátrico respiratorio, tal como lo describen Murphy et al. (2024)..

Pregunta: Nivel de confianza para realizar las siguientes tareas de cuidado en casa

Tabla 21

Nivel de confianza en la ejecución de las tareas de cuidado en casa

Tarea de cuidado	Nada de confianza		Algo de confianza		Confianza neutra		Mediana confianza		Mucha confianza	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Administrar medicamentos en la dosis y hora correctas	0	0 %	2	15,4 %	1	7,7 %	6	46,2 %	4	30,8 %
Reconocer los signos de alarma (ej. respiración rápida, color azulado)	2	15,4 %	1	7,7 %	6	46,2 %	4	30,8 %	0	0 %
Asegurar que su hijo/a beba suficientes líquidos	1	7,7 %	2	15,4 %	6	46,2 %	4	30,8 %	0	0 %
Realizar lavados nasales o fisioterapia respiratoria (si fue indicado)	1	7,7 %	6	46,2 %	3	23,1 %	0	0 %	3	23,1 %

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados evidencian diferencias significativas en el nivel de confianza de los padres para ejecutar las tareas de cuidado domiciliario. La administración de medicamentos muestra un predominio de mediana confianza (46,2 %) y mucha confianza (30,8 %), aunque persiste un 23,1 % distribuido entre confianza neutra y algo de confianza, lo que revela márgenes de inseguridad en una actividad crítica. En el reconocimiento de signos de alarma, el 46,2 % presenta confianza neutra y el 30,8 % mediana confianza, mientras que un 23,1 % manifiesta niveles bajos de confianza, sin registros de mucha confianza. Respecto a asegurar la ingesta de líquidos, predomina la confianza neutra (46,2 %) y mediana confianza (30,8 %). Finalmente, los lavados nasales o fisioterapia respiratoria concentran mayor variabilidad, con 46,2 % algo de confianza y 23,1 % mucha confianza.

Discusión

Los hallazgos reflejan que las tareas percibidas como rutinarias o de menor complejidad generan niveles moderados de confianza, mientras que aquellas asociadas a riesgos clínicos, como el reconocimiento oportuno de signos de alarma y la administración farmacológica, mantienen brechas relevantes de seguridad en los cuidadores. La ausencia de niveles altos de confianza en la identificación de signos de alarma constituye un aspecto crítico, dado su impacto directo en la detección precoz de complicaciones. La evidencia señala que la autoconfianza parental se fortalece mediante educación

estructurada, demostraciones prácticas y acompañamiento continuo del personal de enfermería. En este sentido, los resultados coinciden con Nu et al. (2022), quienes demostraron que la educación sanitaria sistemática incrementa significativamente la seguridad de las madres en el manejo domiciliario de niños con neumonía, reduciendo errores y reingresos hospitalarios.

Preguntas ¿Administra los medicamentos a su hijo según la indicación médica?

Tabla 22

Administración de medicamentos según la indicación médica

	Frecuencia	**Porcentaje**
A veces	4	30,8
Nunca	2	15,4
Siempre	7	53,8
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados muestran que el 53,8 % de los padres administra siempre los medicamentos según la indicación médica, lo que evidencia un nivel moderado de adherencia terapéutica en la población estudiada. No obstante, un 30,8 % refiere hacerlo solo a veces y un 15,4 % manifiesta no cumplir nunca con la indicación, lo que en conjunto representa un 46,2 % de adherencia parcial o inexistente. Esta proporción revela una brecha relevante en el cumplimiento del tratamiento farmacológico domiciliario, con posibles repercusiones negativas en la evolución clínica del niño con neumonía.

Discusión

La presencia de casi la mitad de los cuidadores con adherencia incompleta al tratamiento farmacológico constituye un hallazgo crítico, dado que la administración adecuada de los medicamentos es un pilar fundamental en la recuperación de la neumonía infantil. La evidencia científica señala que el incumplimiento total o parcial del esquema terapéutico se asocia con fracaso del tratamiento, prolongación de la enfermedad y mayor riesgo de recaídas y reingresos hospitalarios (Kuitunen & Renko, 2024). Asimismo, diversos estudios advierten que los errores en la administración de medicamentos suelen vincularse con deficiencias en la educación al alta y en la verificación de la comprensión del cuidador, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la

intervención educativa del personal de enfermería mediante estrategias claras, personalizadas y con seguimiento continuo (Herrera et al., 2025)..

Preguntas ¿Qué haría si su hijo presenta dificultad para respirar?

Tabla 23
Dificultad para respirar.

	Frecuencia	Porcentaje
Esperar en casa	2	15,4
Ir al centro de salud	10	76,9
Desconoce	1	7,7
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados evidencian que la mayoría de los padres (76,9 %) acudiría al centro de salud si su hijo presenta dificultad para respirar, lo que indica un reconocimiento adecuado de este signo como una urgencia que requiere atención profesional. Sin embargo, un 15,4 % manifestó que esperaría en casa, mientras que un 7,7 % señaló desconocer qué acción tomar, lo que en conjunto representa un 23,1 % de respuestas inadecuadas o inciertas frente a una situación potencialmente grave. Estos datos reflejan que, aunque predomina una conducta apropiada, persisten brechas relevantes en la identificación y manejo oportuno de signos respiratorios de alarma.

Discusión

La decisión de acudir al centro de salud ante la presencia de dificultad respiratoria constituye una conducta protectora clave en la prevención de complicaciones y mortalidad asociadas a la neumonía infantil. No obstante, la existencia de padres que optarían por esperar en casa o que no saben cómo actuar evidencia limitaciones en la educación sanitaria y en la internalización de los signos de alarma. La literatura señala que las prácticas estandarizadas y las pautas claras fortalecen la confianza del cuidador y favorecen la búsqueda oportuna de atención, reduciendo desenlaces adversos (Opuba & Onyago, 2022). En este contexto, resulta imprescindible reforzar el rol educativo del personal de enfermería, asegurando que los cuidadores comprendan la gravedad de la dificultad respiratoria y adopten conductas inmediatas y adecuadas frente a esta situación crítica..

Pregunta: ¿Ventila diariamente el cuarto del niño?
Tabla 24
Ventilación diaria del cuarto del niño

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	5	38,5
Nunca	1	7,7
Siempre	7	53,8
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados muestran que el 53,8 % de los padres ventila siempre el cuarto del niño, lo que evidencia una práctica adecuada de higiene ambiental en poco más de la mitad de la población estudiada. No obstante, un 38,5 % manifestó realizar esta acción solo a veces y un 7,7 % indicó no ventilar nunca el espacio, lo que representa un 46,2 % de cumplimiento parcial o inexistente. Esta distribución refleja que, aunque la ventilación diaria está presente como práctica preventiva en un grupo importante de cuidadores, persisten brechas en su aplicación sistemática dentro del hogar.

Discusión

La ventilación adecuada del ambiente constituye una medida básica y efectiva para reducir la concentración de contaminantes y agentes infecciosos, favoreciendo la recuperación respiratoria y disminuyendo el riesgo de recaídas en niños con neumonía. La proporción de padres que no realiza esta práctica de forma constante evidencia la necesidad de reforzar la educación sanitaria domiciliaria, especialmente en aspectos de higiene ambiental que suelen percibirse como secundarios frente al tratamiento farmacológico. La Guía de Práctica Clínica de Neumonía Adquirida en la Comunidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) destaca que los espacios ventilados contribuyen a un entorno saludable y protector para el niño; por ello, el personal de enfermería debe enfatizar esta medida durante la hospitalización y el proceso de alta, asegurando su comprensión y aplicación cotidiana en el hogar.

Pregunta: ¿Evita que el niño esté expuesto al humo de leña o cigarrillo?
Tabla 25
Evitación de exposición al humo de leña o cigarrillo

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	5	38,5
Nunca	1	7,7
Siempre	7	53,8
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados indican que el 53,8 % de los padres evita siempre que el niño esté expuesto al humo de leña o cigarrillo, lo que evidencia la adopción de una práctica preventiva adecuada en poco más de la mitad de la población estudiada. Sin embargo, un 38,5 % manifestó aplicar esta medida solo a veces, mientras que un 7,7 % indicó no evitar nunca la exposición, lo que en conjunto representa un 46,2 % de cumplimiento parcial o inexistente. Esta distribución muestra que, aunque existe conciencia sobre el riesgo del humo ambiental, la aplicación de esta medida no es constante en todos los hogares.

Discusión

La exposición al humo de leña o cigarrillo constituye un factor de riesgo relevante para la recurrencia y agravamiento de infecciones respiratorias en la infancia, especialmente en niños con antecedentes de neumonía. La presencia de cuidadores que no evitan de forma sistemática esta exposición refleja limitaciones en la adopción de medidas de protección ambiental dentro del hogar. La Guía de Práctica Clínica de Neumonía Adquirida en la Comunidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) enfatiza la eliminación de contaminantes domésticos como un componente esencial del cuidado domiciliario y la prevención de recaídas. En este contexto, resulta fundamental fortalecer la educación sanitaria liderada por enfermería, orientada a sensibilizar a las familias sobre los efectos nocivos del humo y a promover entornos intradomiciliarios libres de contaminantes como parte integral del cuidado infantil posterior al alta hospitalaria.

Pregunta: ¿Ofrece una alimentación balanceada durante la recuperación?
Tabla 26
Alimentación balanceada durante la recuperación

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	5	38,5
Nunca	1	7,7
Siempre	7	53,8
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados evidencian que el 53,8 % de los padres ofrece siempre una alimentación balanceada durante la recuperación del niño, lo que refleja una práctica nutricional adecuada en poco más de la mitad de los hogares encuestados. No obstante, un 38,5 % manifestó hacerlo solo a veces y un 7,7 % indicó no cumplir nunca con esta práctica, lo que representa un 46,2 % de cumplimiento parcial o inexistente. Esta distribución muestra que, aunque existe reconocimiento de la importancia de la alimentación en el proceso de recuperación, su aplicación no es constante en todos los cuidadores.

Discusión

La alimentación balanceada desempeña un papel fundamental en la recuperación inmunológica y en la reducción del riesgo de recaídas en niños con neumonía, especialmente durante el periodo posterior al alta hospitalaria. La proporción de cuidadores que no mantiene de forma sistemática esta práctica sugiere la presencia de limitaciones relacionadas con conocimientos nutricionales, hábitos familiares o condiciones socioeconómicas. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) enfatiza que una dieta equilibrada, adecuada a la edad y al estado clínico del niño, contribuye a fortalecer las defensas y a optimizar la respuesta al tratamiento. En este contexto, resulta indispensable reforzar la educación nutricional desde enfermería, incorporando orientaciones claras y adaptadas a la realidad de cada familia como parte integral del cuidado domiciliario y la prevención de complicaciones respiratorias..

Pregunta: ¿Sabe cuándo debe llevar a su hijo a control médico?
Tabla 27
Conocimiento de cuando llevar al hijo a control médico

	Frecuencia	Porcentaje
No	3	23,1
Si	10	76,9
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados muestran que el 76,9 % de los padres sabe cuándo debe llevar a su hijo a control médico, lo que evidencia un nivel adecuado de conocimiento respecto al seguimiento posterior a la hospitalización. Sin embargo, un 23,1 % manifestó no tener claridad sobre este aspecto, lo que representa una brecha relevante en la comprensión del control médico oportuno. Esta distribución indica que, aunque la mayoría de los cuidadores reconoce la importancia del seguimiento clínico, persiste un grupo que podría retrasar la consulta y comprometer la detección temprana de posibles complicaciones.

Discusión

El conocimiento sobre el momento adecuado para acudir a control médico constituye un componente esencial del cuidado domiciliario y la prevención de recaídas en niños con neumonía. La proporción de padres que desconoce esta información sugiere deficiencias en la educación brindada al alta o en la verificación de la comprensión del cuidador. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) enfatiza que la orientación clara sobre controles, signos de alarma y tiempos de seguimiento fortalece la continuidad del cuidado y reduce el riesgo de complicaciones y reingresos hospitalarios. En este sentido, resulta fundamental reforzar la intervención educativa del personal de enfermería, asegurando que todos los cuidadores cuenten con información precisa, comprensible y contextualizada sobre el control médico posterior al alta.

Pregunta: ¿Su hijo tiene el esquema completo de vacunas?
Tabla 28
Esquema de vacunación completo

	Frecuencia	Porcentaje
No	2	15,4
Parcialmente	3	23,1
Si	8	61,5
Total	13	100,0

Nota: Información obtenida de la aplicación de encuestas a los padres de niños hospitalizados

Análisis e interpretación

Los resultados indican que el 61,5 % de los niños cuenta con el esquema completo de vacunación, lo que refleja un cumplimiento mayoritario de esta medida preventiva fundamental. No obstante, un 23,1 % presenta un esquema incompleto y un 15,4 % no ha recibido las vacunas correspondientes, lo que en conjunto representa un 38,5 % de cobertura insuficiente. Esta distribución evidencia que, aunque la mayoría de los padres mantiene al día la vacunación de sus hijos, persisten brechas relevantes que pueden incrementar la susceptibilidad a infecciones respiratorias prevenibles.

Discusión

La vacunación completa constituye uno de los pilares más eficaces para la prevención de enfermedades respiratorias y la reducción de complicaciones asociadas a la neumonía en la infancia. La presencia de niños con esquemas incompletos o ausentes señala debilidades en el acceso, seguimiento o adherencia a los programas de inmunización, lo que puede favorecer la recurrencia de cuadros infecciosos y hospitalizaciones. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) enfatiza que el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación fortalece la respuesta inmunológica y protege al niño frente a agentes patógenos de alta prevalencia. En este contexto, el rol del personal de enfermería resulta clave para reforzar la educación a los cuidadores, verificar carnés de vacunación y promover activamente la actualización del esquema como parte integral del cuidado domiciliario y la prevención secundaria.

4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Tabla 18
Resultados obtenidos por objetivos planteados

Objetivo	**Resultado**
Identificar las acciones actuales realizadas por el personal de enfermería durante el proceso de alta hospitalaria de niños con neumonía en el Hospital Alfredo Noboa	Los resultados evidencian que el personal de enfermería realiza acciones educativas durante el proceso de alta hospitalaria; sin embargo, estas no se desarrollan de manera estructurada ni sistemática. La mayoría de los profesionales encuestados señaló que la educación al alta se centra principalmente en la explicación verbal de las indicaciones médicas, destacándose la información relacionada con la administración de medicamentos y el reconocimiento de signos de alarma. No obstante, se identificó que dichas acciones educativas se ejecutan de forma variable, dependiendo del tiempo disponible y de la carga laboral del personal. Una proporción considerable de enfermeros manifestó no contar con recursos educativos suficientes, como guías impresas, trípticos o material audiovisual, lo que limita la efectividad del proceso educativo. Asimismo, se evidenció que no existe un protocolo institucional estandarizado que oriente la

	educación al alta en casos de neumonía pediátrica, lo que genera inconsistencias en la información brindada a los padres. Adicionalmente, los resultados muestran que la evaluación de la comprensión de los padres no se realiza de manera sistemática. Aunque el personal de enfermería reconoce la importancia de verificar si los cuidadores han comprendido las indicaciones, esta práctica se lleva a cabo de forma ocasional, lo que puede afectar la continuidad del cuidado en el hogar. En conjunto, estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer las acciones educativas desde un enfoque organizado, humanizado y basado en la educomunicación en salud.
Determinar las necesidades de los padres respecto al cuidado domiciliario de niños hospitalizados por neumonía	En relación con las necesidades de los padres respecto al cuidado domiciliario de niños hospitalizados por neumonía, los resultados evidencian que una proporción significativa de cuidadores presenta requerimientos de orientación para asumir con mayor seguridad el cuidado del niño tras el alta hospitalaria. Se identificó como necesidades prioritarias la información clara y comprensible sobre la administración correcta de

	los medicamentos, el cumplimiento del esquema antibiótico y el reconocimiento oportuno de signos de alarma que requieran acudir a un establecimiento de salud. Asimismo, los hallazgos muestran que varios padres manifiestan dificultades para ejecutar cuidados respiratorios en el hogar, como nebulizaciones, lavado o aspiración nasal, lo que refleja una necesidad de capacitación práctica y demostrativa por parte del personal de enfermería. De igual manera, los cuidadores valoran la entrega de información escrita como un apoyo complementario, ya que facilita la consulta posterior en el domicilio y refuerza las indicaciones recibidas durante el alta hospitalaria. Adicionalmente, los resultados revelan la presencia de necesidades de apoyo emocional en los padres, quienes expresan temor e incertidumbre frente a posibles recaídas o complicaciones del niño. Este hallazgo indica que la educación al alta no debe centrarse únicamente en aspectos técnicos, sino que debe integrar comunicación empática, escucha activa y contención emocional. En conjunto, estas necesidades sustentan la pertinencia

	de una intervención educomunicativa de enfermería que fortalezca los conocimientos, la confianza y el rol parental en el cuidado domiciliario.
Elaborar una estrategia educomunicativa de enfermería a los padres en el cuidado domiciliario de niños con neumonía	A partir del análisis de los resultados obtenidos en los objetivos anteriores, se elaboró una estrategia educomunicativa de enfermería orientada a fortalecer el cuidado domiciliario de niños con neumonía. Esta estrategia surge como respuesta a la ausencia de protocolos educativos estructurados, a la limitada disponibilidad de recursos didácticos y a las necesidades informativas y emocionales identificadas en los padres. La estrategia propuesta se fundamenta en un enfoque de educomunicación en salud y cuidado humanizado, integrando acciones educativas claras, participativas y culturalmente pertinentes. Incluye contenidos prioritarios como signos de alarma, administración de medicamentos, cuidados respiratorios, higiene ambiental y prevención de recaídas. Asimismo, incorpora metodologías activas, como demostraciones prácticas, entrega de material impreso y espacios de diálogo, que facilitan la

	comprensión y el aprendizaje significativo. Además, la estrategia contempla el uso de los Procesos Cáritas como eje transversal, promoviendo una relación enfermera–familia basada en la empatía, la comunicación efectiva y el acompañamiento emocional. De esta manera, la propuesta educomunicativa no solo busca mejorar el conocimiento de los padres, sino también empoderarlos como cuidadores principales, fortaleciendo la continuidad del cuidado en el hogar y contribuyendo a la reducción de complicaciones y reingresos hospitalarios.

Resultados según el objetivo 3: Elaborar una propuesta educomunicativa de enfermería a los padres en el cuidado domiciliario de niños con neumonía.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

Guía Educomunicativa para el Cuidado Domiciliario de Niños con Neumonía

AUTORES

Rea Patin Rosmery Marisol

Yachimba Moposita Tamara Mishel

TUTOR

Lcda. Gladys Vanessa Mite Cárdenas Mgtr

GUARANDA ECUADOR

2025

ÍNDICE

	Pág
Introducción ……..	**58**
Objetivo general ……...	**59**
Objetivos específicos …….....	**59**
Ejes temáticos ……...	**59**
Conociendo la neumonía infantil	**62**
Signos de alarma y atención oportuna	**64**
Administración segura del tratamiento	**66**
Cuidado ambiental y prevención	**69**
Alimentación y fortalecimiento inmunológico	**71**
Seguimiento y control médico	**73**
Procesos Cáritas	**74**
Referencias ……	**80**

Introducción

La neumonía infantil es una de las principales causas de morbilidad en la población pediátrica ecuatoriana, especialmente en contextos con limitaciones de acceso a la información sanitaria y a los servicios de salud. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento hospitalario, el periodo posterior a la alta médica representa un punto crítico en el proceso de recuperación; la eficacia terapéutica depende, en gran medida, del cumplimiento de los cuidados domiciliarios. En este escenario, el profesional de enfermería asume un rol determinante como educador y mediador comunicativo entre el sistema de salud y la familia, garantizando la continuidad del cuidado mediante estrategias pedagógicas adaptadas a las necesidades del entorno familiar.

Los resultados obtenidos en el estudio evidenciaron que, aunque el personal de enfermería aborda los temas esenciales durante el alta; como los signos de alarma, la medicación y la prevención de recaídas, la comunicación educativa es predominantemente verbal y carece de herramientas didácticas complementarias. De igual manera, los padres presentan comprensión parcial de la información y demandan orientación clara, visual y accesible sobre cómo proceder en el hogar. Estas deficiencias reflejan la necesidad de fortalecer las competencias educomunicativas de enfermería, incorporando métodos participativos que promuevan un aprendizaje significativo y empático.

La neumonía continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil a nivel mundial, con más de 740.000 muertes anuales en menores de cinco años, concentradas en contextos vulnerables (Organización Mundial de la Salud, 2022). En América Latina, la carga sigue siendo elevada, mientras que en Ecuador se registraron más de 59.000 casos en 2023 y 813 casos en la provincia de Bolívar hasta la semana epidemiológica 42 de 2025 (Ministerio de Salud Pública, 2022; Ministerio de Salud Pública, 2025). Estas cifras evidencian una problemática persistente que exige intervenciones educativas estructuradas para fortalecer el cuidado domiciliario y prevenir reingresos.

La presente propuesta surge como respuesta a dicha necesidad y se fundamenta en los principios del cuidado humanizado de Jean Watson, integrando sus Procesos Caritas para establecer una relación terapéutica basada en la confianza, la escucha activa y el respeto por la experiencia familiar. Asimismo, se alinea con los lineamientos de la Estrategia Nacional de Educación para la Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), que plantea la comunicación educativa como pilar del empoderamiento ciudadano en el autocuidado.

El propósito de esta propuesta es desarrollar un programa educomunicativo que brinde a los padres conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para garantizar un cuidado domiciliario seguro, efectivo y humanizado. A través de sesiones educativas breves, demostraciones prácticas, materiales impresos y recursos audiovisuales, se busca fortalecer la adherencia terapéutica, reducir los reingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida infantil. De este modo, la enfermería reafirma su compromiso social y profesional en la promoción de la salud, trascendiendo el ámbito clínico hacia la educación transformadora que dignifica la vida y fortalece el vínculo entre familia y cuidado.

Objetivo General

Fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres en el cuidado domiciliario de niños con neumonía, mediante la implementación de estrategias educomunicativas diseñadas por el personal de enfermería para favorecer la adherencia terapéutica, prevenir recaídas y garantizar la continuidad del cuidado pos hospitalario.

Objetivo específico

- Capacitar a los padres mediante sesiones participativas y demostraciones sobre cuidados domiciliarios, que faciliten la comprensión y correcta aplicación del tratamiento farmacológico, las técnicas de inhalación, el control de la temperatura y las medidas preventivas para evitar complicaciones.

- Promover una comunicación clara y bidireccional entre el personal de enfermería y los cuidadores, con el fin de fortalecer la confianza, el acompañamiento emocional y la seguridad durante el proceso de recuperación del niño.

Ejes temáticos

Los ejes temáticos constituyen la base estructural de la propuesta y orientan las acciones educativas que el personal de enfermería desarrollará con los padres. Cada eje integra contenidos teóricos, prácticos y comunicativos, alineados con los *Procesos Caritas* de Jean Watson y los lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) sobre educación para la salud y prevención de infecciones respiratorias agudas.

Eje Temático	Contenido Principal	Propósito Formativo	Actividades Educomunicativas Sugeridas
1. Conociendo la neumonía infantil	Concepto, causas, factores de riesgo, síntomas y complicaciones.	Brindar información clara sobre la enfermedad y su impacto en la salud infantil.	Charla interactiva con apoyo visual; entrega de folleto ilustrado sobre signos de alarma.
2. Signos de alarma y atención oportuna	Fiebre persistente, dificultad respiratoria, cianosis, inapetencia, letargia.	Enseñar a los padres a reconocer los signos de alerta que requieren atención médica inmediata.	Demostración con láminas educativas; video corto explicativo; simulación de situaciones clínicas.
3. Administración segura del tratamiento	Uso adecuado de antibióticos, inhaladores, nebulizaciones y	Promover la adherencia terapéutica y prevenir errores en la	Taller práctico sobre técnica correcta de inhalación; guía escrita con

	control de temperatura.	administración de medicamentos.	instrucciones paso a paso.
4. Cuidado ambiental y prevención	Ventilación diaria, higiene del hogar, control del humo, prevención del contagio.	Fomentar entornos saludables que favorezcan la recuperación y eviten recaídas.	Dinámica de grupo sobre “mi casa saludable”; afiche con recomendaciones ambientales.
5. Alimentación y fortalecimiento inmunológico	Dieta equilibrada, hidratación, alimentos ricos en vitaminas y proteínas.	Reforzar el rol de la nutrición en la recuperación y defensa del organismo.	Conversatorio con apoyo de nutricionista; recetario educativo con opciones saludables.
6. Seguimiento y control médico	Importancia del cumplimiento de citas, vacunación y monitoreo posterior.	Asegurar la continuidad del cuidado y evitar complicaciones.	Entrega de tarjeta de control y recordatorio digital de citas.
7. Comunicación y apoyo emocional familiar	Escucha activa, acompañamiento afectivo, reducción del estrés y ansiedad parental.	Desarrollar habilidades comunicativas y emocionales en los cuidadores.	Círculo de diálogo con enfermería; aplicación de los *Procesos Caritas* para fortalecer la confianza.

Desarrollo

Temática 1: Conociendo la Neumonía Infantil

La neumonía es una infección respiratoria aguda que afecta directamente a los pulmones. Los alvéolos, pequeñas estructuras donde se realiza el intercambio de oxígeno, se inflaman y pueden llenarse de líquido o pus, lo cual impide que el oxígeno llegue correctamente al torrente sanguíneo. Esto produce dificultad respiratoria, cansancio y decaimiento general. La enfermedad puede ser causada por virus, bacterias o, con menor frecuencia, por hongos. En la infancia, el sistema inmunológico aún inmaduro hace que el organismo tenga menor capacidad de defensa ante estos agentes infecciosos (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Entre los agentes causales más comunes se encuentran el Streptococcus pneumoniae, el Haemophilus influenzae tipo b y el virus sincitial respiratorio. La transmisión se produce por gotitas respiratorias al toser o estornudar y también por contacto con superficies contaminadas. Los factores de riesgo incluyen la desnutrición, la falta de vacunación, la exposición al humo del tabaco o leña, el hacinamiento y la contaminación ambiental (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Los signos y síntomas más frecuentes son fiebre, tos persistente, respiración rápida o dificultosa, hundimiento de las costillas, aleteo nasal y rechazo a la alimentación. En casos severos puede presentarse coloración morada en labios o uñas, lo que indica falta de oxígeno. Ante estos síntomas, se debe acudir de inmediato a un centro de salud para valoración y tratamiento oportuno, evitando complicaciones como insuficiencia respiratoria o derrame pleural (MSP, 2017).

El tratamiento depende del agente causal. Cuando se sospecha infección bacteriana, se utilizan antibióticos prescritos por el médico; también se recomienda mantener buena hidratación, controlar la fiebre con medicación adecuada y asegurar el descanso. No se deben suspender los medicamentos antes del tiempo indicado, ya que esto puede provocar recaídas (UNICEF, 2022).

La prevención es la medida más efectiva: mantener el esquema de vacunación completo (especialmente contra neumococo e influenza), promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, garantizar una buena nutrición, ventilar diariamente la vivienda y evitar la exposición al humo. Estos hábitos fortalecen el sistema inmunológico y disminuyen la probabilidad de infección (OMS, 2023; MSP, 2017).

Metodología educativa recomendada:

Charla explicativa apoyada en imágenes de los pulmones y tarjetas visuales que representen síntomas; diálogo abierto con espacio para preguntas.

Evaluación final de retroalimentación:

Breve cuestionario oral de tres preguntas sobre síntomas y prevención; la enfermera refuerza respuestas erróneas.



Elaborado por: *Rosmery Rea, Tamara Yachimba*

Temática 2: Signos de Alarma y Atención Oportuna

El reconocimiento de los signos de alarma en la neumonía es fundamental para proteger la vida del niño y garantizar un tratamiento oportuno. La fiebre persistente por más de 48 horas, la respiración rápida, el hundimiento de las costillas al inhalar y la coloración azulada o morada en labios y uñas son indicadores de que el organismo no está recibiendo suficiente oxígeno. Estos síntomas reflejan un compromiso respiratorio que requiere atención médica inmediata (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Otros signos relevantes incluyen somnolencia excesiva, irritabilidad, negativa a alimentarse o beber líquidos, vómitos continuos y convulsiones. En los lactantes, el quejido respiratorio o los movimientos nasales rápidos también son señales tempranas de dificultad respiratoria. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) destaca que el reconocimiento temprano de estos signos por parte de los cuidadores puede disminuir la mortalidad infantil asociada a infecciones respiratorias agudas.

La detección precoz y la búsqueda inmediata de atención médica son pasos esenciales para evitar que la neumonía evolucione hacia cuadros severos como el derrame pleural o la insuficiencia respiratoria aguda. El retraso en acudir al centro de salud o el uso de remedios caseros sin supervisión profesional puede agravar el cuadro clínico. Por ello, el personal de enfermería debe enseñar a los padres, durante la hospitalización y el alta, a identificar estas señales y conocer las rutas de acceso al sistema de salud (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2022).

El cuidado en casa debe complementarse con la observación constante del estado general del niño; cualquier cambio en su respiración, color de piel o nivel de actividad debe considerarse una alerta. Además, se recomienda mantener un entorno tranquilo y ventilado mientras se busca asistencia médica. Actuar con rapidez es decisivo, ya que las primeras horas ante una descompensación respiratoria son críticas para evitar complicaciones y garantizar una recuperación exitosa (OMS, 2023; MSP, 2017).

Signos de Alarma en la Neumonía Infantil

1. Fiebre alta y persistente por más de 48 horas, que no disminuye con antipiréticos.
2. Respiración rápida o dificultosa, con sensación de ahogo o fatiga evidente.
3. Hundimiento de las costillas al respirar (tiraje intercostal o supraclavicular).
4. Aleteo nasal, que indica esfuerzo respiratorio.
5. Coloración azulada o morada en labios, uñas o rostro (cianosis).
6. Somnolencia excesiva o dificultad para mantenerse despierto.
7. Negativa a alimentarse o beber líquidos, especialmente en lactantes.
8. Vómitos repetidos o imposibilidad de retener líquidos.
9. Convulsiones o movimientos involuntarios acompañados de fiebre.
10. Quejido respiratorio o sonidos anormales al respirar, como silbidos o ronquidos.
11. Irritabilidad o llanto continuo, especialmente si el niño no responde al consuelo.
12. Reaparición de síntomas tras una aparente mejoría (fiebre o tos que regresan).

Metodología educativa recomendada:

Demostración visual con afiches o videos cortos que muestren los signos de alarma y la conducta adecuada ante cada uno.

Evaluación final de retroalimentación:

Observación mediante dramatización: los padres identifican en imágenes los signos de alarma y explican qué acción tomarían.



Elaborado por: *Rosmery Rea, Tamara Yachimba*

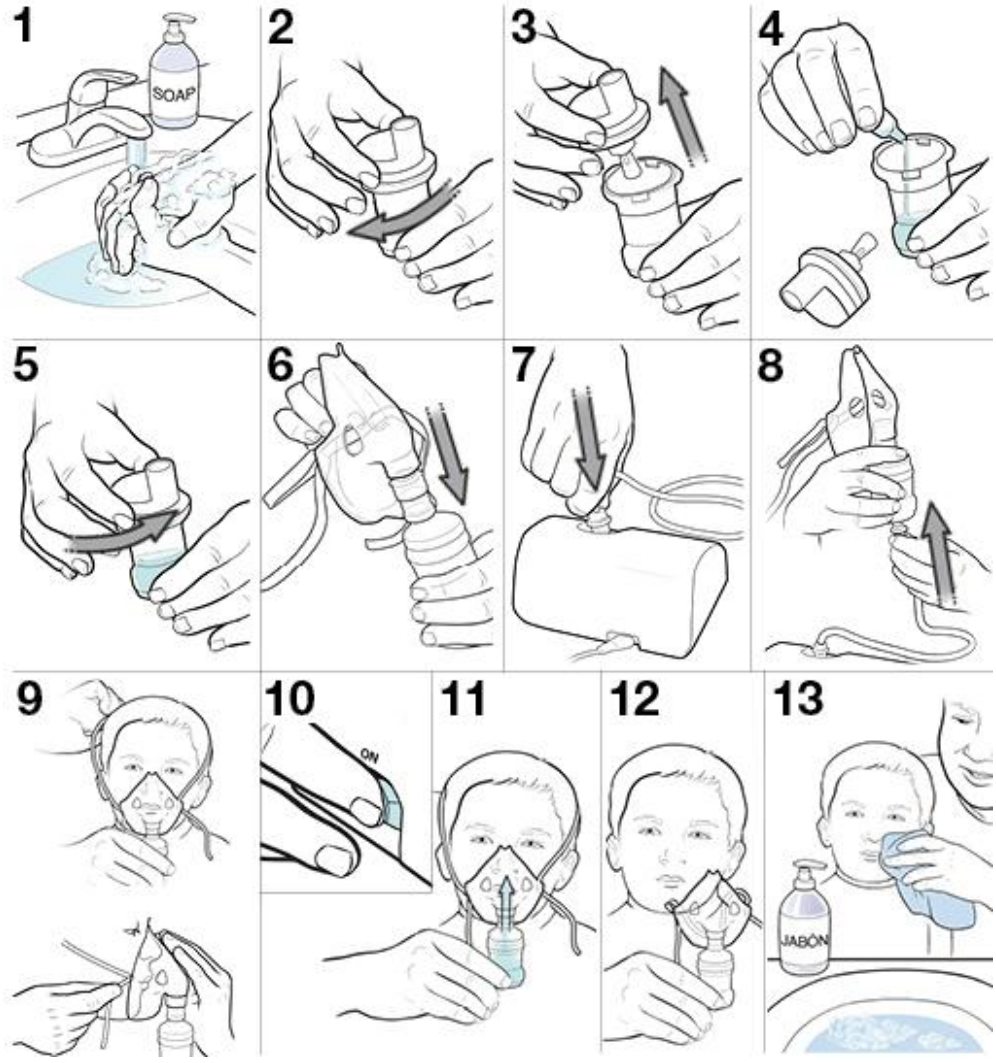
Temática 3: Administración segura del tratamiento

El tratamiento de la neumonía puede incluir antibióticos, antipiréticos e inhaladores recetados por el médico. Es importante respetar horarios, dosis y duración del tratamiento; suspenderlo antes de tiempo puede causar recaídas. Los inhaladores deben usarse con la técnica correcta para que el medicamento llegue a los pulmones. La enfermera está capacitada para enseñar y supervisar estas prácticas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017; UNICEF, 2022 El tratamiento de la neumonía en niños debe seguir de manera estricta las indicaciones del médico tratante y del personal de enfermería, ya que cada dosis y horario cumplen una función clave en la recuperación. Los antibióticos, antipiréticos e inhaladores solo son efectivos cuando se administran de forma adecuada y constante. Interrumpir el tratamiento antes del tiempo indicado, incluso si el niño parece estar mejor, puede causar recaídas o resistencia bacteriana, dificultando futuras curaciones (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Los antibióticos actúan eliminando las bacterias que causan la infección. Es fundamental que los padres administren la dosis exacta en los intervalos prescritos. No deben mezclarse con alimentos ni suspenderse por olvido o falta de síntomas, ya que la infección puede reactivarse. Además, se debe evitar el uso de medicamentos sobrantes o recomendados por otras personas, pues cada tratamiento se ajusta al peso, edad y tipo de infección de cada niño (Organización Mundial de la Salud , 2023).

Los antipiréticos, como el paracetamol o el ibuprofeno, ayudan a controlar la fiebre y el dolor. Es importante administrarlos únicamente bajo orientación médica y con instrumentos dosificadores apropiados. No se deben usar cucharas domésticas, ya que pueden producir errores de medición que afecten la dosis. La enfermera debe enseñar cómo leer la jeringa dosificadora y recalcar la importancia de registrar las horas de administración (MSP, 2017).

En algunos casos, el tratamiento incluye inhaladores o nebulizaciones para mejorar la respiración y facilitar la llegada del aire a los pulmones. Los padres deben asegurarse de que el niño esté tranquilo antes de iniciar la inhalación, colocar bien la boquilla o la mascarilla, y mantener la respiración lenta y profunda. La cámara espaciadora permite que el medicamento llegue a los pulmones de manera más eficaz, especialmente en los más pequeños. La enfermera puede realizar una demostración práctica y luego observar a los padres repetir la técnica para verificar que comprendieron el procedimiento (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2022).



Es recomendable que los padres mantengan un registro diario del tratamiento, anotando la hora de cada medicamento, la temperatura del niño y cualquier cambio en su respiración o comportamiento. Este control facilita la evaluación del progreso y alerta sobre posibles efectos secundarios. Los medicamentos deben guardarse en un lugar fresco, seco y fuera del alcance de los niños.

El rol del personal de enfermería es fundamental: orientar con empatía, explicar con lenguaje sencillo y reforzar la confianza de los padres en su capacidad para cuidar adecuadamente. La educación en salud no solo transmite información, sino que fortalece la seguridad emocional de la familia, promoviendo un cuidado amoroso, responsable y continuo (OMS, 2023; UNICEF, 2022).

Metodología educativa recomendada

- Taller demostrativo: Uso correcto de inhaladores y cámara espaciadora, limpieza de dispositivos y organización del horario de medicación.
- Práctica supervisada: Cada padre demuestra el uso del inhalador y explica las indicaciones médicas principales para confirmar su comprensión.



Elaborado por: *Rosmery Rea, Tamara Yachimba*

Temática 4: Cuidado Ambiental y Prevención

Objetivo:

Promover prácticas saludables en el hogar para mejorar la recuperación y evitar recaídas.

Contenido:

El ambiente del hogar influye directamente en la salud respiratoria del niño. Un entorno limpio, ventilado y libre de contaminantes permite que los pulmones se recuperen con mayor rapidez. La Organización Mundial de la Salud (2023) advierte que los hogares con mala ventilación, humedad o presencia de humo aumentan significativamente el riesgo de neumonía y otras infecciones respiratorias. Por ello, es necesario abrir puertas y ventanas al menos dos veces al día durante 15 a 20 minutos, permitiendo el ingreso de aire fresco y la salida de microorganismos suspendidos.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) recomienda evitar totalmente el uso de carbón, leña o gas en espacios cerrados, ya que el humo contiene partículas tóxicas que irritan los pulmones del niño. De igual forma, se debe impedir la exposición al humo del cigarrillo, tanto activo como pasivo. Los padres, familiares o visitantes no deben fumar en la casa, especialmente cerca del niño, ya que los niños inhalan más rápido y absorben una mayor cantidad de contaminantes.

Mantener una buena higiene ambiental también es clave. Las superficies, juguetes y objetos de uso diario deben limpiarse con agua y jabón o desinfectantes suaves. Los peluches o textiles deben lavarse con frecuencia, ya que acumulan polvo y ácaros que pueden desencadenar alergias o agravar la tos. Es recomendable aspirar o barrer con paños húmedos para evitar que el polvo se disperse.

La higiene de manos es otra práctica fundamental. Antes de alimentar, tocar o medicar al niño, los cuidadores deben lavarse las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos. Esta simple acción puede reducir más del 40 % de las infecciones respiratorias en el hogar (OMS, 2023). Asimismo, se

aconseja enseñar al niño, según su edad, a cubrirse la boca y la nariz con el codo al toser o estornudar.

El descanso adecuado contribuye a la recuperación, ya que el sueño fortalece el sistema inmunológico. Se sugiere mantener un horario regular de sueño, evitar el ruido excesivo y proporcionar un ambiente tranquilo y cálido, especialmente durante la noche. En climas fríos, el abrigo debe ser suficiente pero sin exceso, evitando la sudoración.

Finalmente, la prevención implica una responsabilidad compartida: todos los miembros del hogar deben adoptar hábitos saludables, mantener el entorno ordenado y acudir al control médico del niño. Estas acciones, acompañadas de la guía del personal de enfermería, garantizan que la recuperación sea completa y que el hogar se convierta en un espacio seguro para la salud respiratoria infantil (MSP, 2017; OMS, 2023).

Metodología educativa recomendada:

Conversatorio participativo con ejemplos visuales de ambientes saludables y contaminados; análisis en grupo de buenas prácticas.

Evaluación final de retroalimentación:

Lista de cotejo para que los padres verifiquen semanalmente las condiciones de ventilación y limpieza del hogar.



Elaborado por: *Rosmery Rea, Tamara Yachimba*

Temática 5: Alimentación y Fortalecimiento Inmunológico

La alimentación cumple un papel decisivo en la recuperación del niño con neumonía. Una dieta adecuada no solo aporta la energía necesaria para su desarrollo, sino que fortalece el sistema inmunológico, facilitando la regeneración de tejidos y la respuesta ante las infecciones respiratorias. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), los niños que reciben una nutrición equilibrada tienen menor riesgo de desarrollar complicaciones respiratorias graves y se recuperan más rápido después de un episodio de neumonía.

Durante la convalecencia, se recomienda ofrecer frutas y verduras frescas, especialmente aquellas ricas en vitaminas A, C y E, que estimulan la producción de defensas naturales. Los alimentos como zanahoria, espinaca, mango, papaya, naranja y guayaba son excelentes fuentes de antioxidantes que ayudan al cuerpo a combatir los radicales libres. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) sugiere incluir también legumbres, cereales integrales y carnes magras, que aportan proteínas, hierro y zinc, nutrientes indispensables para la formación de glóbulos blancos y rojos.

Los padres deben ofrecer comidas pequeñas y frecuentes, ya que el apetito puede disminuir durante la enfermedad. La hidratación constante es fundamental; se deben proporcionar líquidos como agua, caldos naturales, infusiones suaves o jugos naturales sin azúcar añadida. La fiebre y la respiración acelerada pueden causar pérdida de líquidos, por lo que mantener una adecuada hidratación ayuda a regular la temperatura corporal y mejorar la oxigenación.

Es importante evitar los alimentos ultraprocesados, bebidas azucaradas, frituras o embutidos, pues debilitan el sistema inmunitario y generan inflamación. También se debe limitar el consumo de sal y azúcar, priorizando alimentos naturales preparados en casa. La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años o más, es una de las mejores estrategias para proteger al niño, ya que aporta anticuerpos y nutrientes esenciales para fortalecer sus defensas (OMS, 2023).

Durante la recuperación, el rol de la enfermera es vital: orientar a los padres sobre menús equilibrados, identificar deficiencias nutricionales y reforzar la educación alimentaria familiar. Una dieta adecuada no solo favorece la salud física del niño, sino que también mejora su ánimo, energía y disposición para retomar las actividades cotidianas. Alimentar bien es cuidar con amor y conocimiento, fortaleciendo al mismo tiempo el cuerpo y el espíritu del niño.

Metodología educativa recomendada:

Taller demostrativo con ejemplos de menús saludables y explicación de alimentos locales ricos en vitaminas A y C.

Evaluación final de retroalimentación:

Cuadro de planificación alimentaria elaborado por los padres con supervisión de la enfermera.



Elaborado por: *Organización Mundial de la salud.*

Temática 6: Seguimiento y Control Médico

El seguimiento médico posterior a un cuadro de neumonía es una etapa esencial en la recuperación del niño, ya que permite evaluar su evolución, detectar posibles recaídas y ajustar los tratamientos si es necesario. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), el cumplimiento de los controles posthospitalarios reduce la probabilidad de complicaciones respiratorias y permite un monitoreo adecuado del crecimiento y desarrollo infantil. Estos controles deben mantenerse incluso cuando el niño muestre mejoría aparente, ya que la infección puede dejar secuelas pulmonares que requieren observación clínica y orientación profesional.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) señala que en cada consulta de seguimiento se debe valorar la frecuencia respiratoria, la presencia de tos o fatiga, y el estado nutricional. Además, se recomienda realizar radiografías o exámenes complementarios solo si el médico lo indica. Los padres deben registrar cualquier cambio en la respiración, el apetito, la temperatura o el nivel de energía del niño, ya que estos datos facilitan la evaluación durante la visita médica.

Un aspecto clave del seguimiento es la actualización del esquema de vacunación, especialmente las vacunas contra el neumococo, la influenza y el sarampión, que protegen al niño frente a enfermedades respiratorias graves. Mantener las vacunas al día fortalece el sistema inmunológico y previene futuras infecciones respiratorias (OMS, 2023). Los padres deben llevar siempre el carné de vacunación a las consultas para verificar que no existan retrasos o dosis pendientes.

Asimismo, se debe promover una comunicación permanente con el personal de salud. Las enfermeras, médicos y promotores comunitarios pueden orientar a las familias sobre cuidados domiciliarios, higiene ambiental y signos de alarma que podrían requerir una atención urgente. Este vínculo cercano entre el personal sanitario y los cuidadores genera confianza, mejora la adherencia terapéutica y contribuye a una recuperación más segura y duradera (MSP, 2017).

Finalmente, el seguimiento no solo tiene un propósito clínico, sino también educativo y emocional. Los padres que participan activamente en los controles aprenden a identificar cambios en la salud del niño, a prevenir recaídas y a fortalecer su rol como principales cuidadores. Cumplir con los controles médicos es un acto de responsabilidad y amor, que garantiza una infancia más saludable y libre de complicaciones respiratorias.

Temática 7 Procesos Cáritas

Los Procesos Cáritas representan una forma humanizada de comprender y ejercer el cuidado de enfermería, centrada en la persona, la familia y la relación terapéutica que se establece durante el proceso de atención. Estos procesos orientan el cuidado más allá de la dimensión técnica, incorporando la comunicación empática, el acompañamiento emocional, la enseñanza significativa y el reconocimiento de la experiencia vivida por los cuidadores. En el contexto de la educación al alta hospitalaria, los Procesos Cáritas permiten estructurar intervenciones educomunicativas que favorecen la comprensión, la confianza y la corresponsabilidad de los padres en el cuidado domiciliario del niño con neumonía.

Diversos estudios evidencian que el acompañamiento enfermero, la comunicación clara y el apoyo emocional fortalecen la capacidad de los padres para asumir el cuidado en el hogar, reducen la ansiedad y mejoran la adherencia a las indicaciones terapéuticas (Acosta Zagal et al., 2025). En este sentido, los Procesos Cáritas se alinean con el rol educativo de enfermería, entendido como una práctica relacional y ética que promueve el empoderamiento familiar y la continuidad del cuidado (Castillo, 2022).

Procesos Cáritas aplicados a la educomunicación en salud

En la presente propuesta educomunicativa, los Procesos Cáritas se operacionalizan a través de diez ejes de cuidado humanizado que orientan la intervención educativa dirigida a padres de niños con neumonía:

1. **Práctica del cuidado con respeto y trato digno**, reconociendo al niño y a su familia como sujetos activos del proceso de recuperación.

2. **Presencia profesional auténtica**, que fortalece la confianza y la seguridad de los padres durante el alta hospitalaria.

3. **Sensibilidad y empatía en la relación enfermera–familia**, favoreciendo un clima de apertura para el aprendizaje.

4. **Relación terapéutica basada en la comunicación efectiva**, utilizando un lenguaje claro, comprensible y adaptado al contexto familiar.

5. **Reconocimiento y validación de emociones**, permitiendo a los padres expresar temores, dudas y preocupaciones frente al cuidado domiciliario.

6. **Uso de estrategias educativas creativas**, como demostraciones prácticas, materiales impresos y apoyo visual, que facilitan la comprensión de los cuidados.

7. **Proceso de enseñanza–aprendizaje significativo**, orientado a desarrollar habilidades prácticas para la administración de medicamentos, identificación de signos de alarma y prevención de recaídas.

8. **Creación de un entorno educativo seguro**, que promueve la participación activa y la confianza en la ejecución de los cuidados en casa.

9. **Atención a las necesidades básicas del niño**, integrando el cuidado físico con el acompañamiento educativo a los padres.

10. **Comprensión de la experiencia familiar**, reconociendo las particularidades culturales, sociales y emocionales que influyen en el cuidado domiciliario.

Aplicación del Proceso Cáritas por los padres en el cuidado domiciliario del niño

La aplicación del Proceso Cáritas en el hogar implica que los padres asuman el cuidado del niño desde una perspectiva humanizada, consciente y

corresponsable, integrando no solo acciones físicas, sino también dimensiones emocionales, comunicativas y relacionales. Este enfoque permite que el cuidado domiciliario tras el alta hospitalaria se convierta en una extensión del cuidado profesional, favoreciendo la recuperación integral del niño y fortaleciendo el vínculo familiar.

En primer lugar, los padres aplican el Proceso Cáritas cuando practican el cuidado con respeto y trato digno, reconociendo al niño como un ser único, sensible y vulnerable. Esto se expresa en la atención paciente, el uso de un lenguaje afectuoso, el respeto a sus tiempos y la consideración de sus molestias físicas y emocionales durante el proceso de recuperación en casa.

El Proceso Cáritas se refleja cuando los padres están presentes y atentos a las necesidades del niño. Esta presencia consciente implica observar cambios en su respiración, estado de ánimo, apetito y descanso, así como brindar acompañamiento constante que transmita seguridad y confianza. La atención plena permite identificar oportunamente signos de alarma y actuar de manera responsable ante cualquier deterioro de la salud.

Otro componente esencial es mostrar sensibilidad y empatía, comprendiendo que el niño puede experimentar miedo, incomodidad o ansiedad tras la hospitalización. Los padres aplican este proceso cuando validan las emociones del niño, lo consuelan, lo escuchan y evitan minimizar su malestar, generando un entorno emocionalmente protector que favorece la recuperación.

El Proceso Cáritas también se manifiesta cuando los padres fomentan una comunicación clara y afectiva, explicando al niño, de acuerdo con su edad, lo que sucede con su cuerpo y los cuidados que recibe. Esta comunicación fortalece la confianza, reduce el temor y promueve la colaboración del niño durante la administración de medicamentos, nebulizaciones o cuidados respiratorios.

Aceptar y permitir la expresión de emociones es otra forma de aplicar el Proceso Cáritas en el hogar. Los padres lo practican cuando permiten que el niño llore, exprese cansancio o frustración sin reprimendas, comprendiendo

que estas reacciones forman parte del proceso de enfermedad y recuperación. Esta actitud contribuye al bienestar emocional y disminuye el estrés infantil.

La aplicación del Proceso Cáritas se fortalece además mediante el uso de estrategias creativas de cuidado, como transformar los tratamientos en momentos menos invasivos, utilizar juegos, canciones o rutinas afectivas durante los cuidados diarios. Estas acciones facilitan la adherencia al tratamiento y hacen del cuidado una experiencia más positiva tanto para el niño como para la familia.

Crear un ambiente seguro y protector en el hogar constituye otro elemento esencial. Los padres aplican este proceso cuando mantienen espacios ventilados, limpios y libres de humo, garantizan condiciones adecuadas para el descanso y organizan el entorno doméstico para prevenir riesgos, contribuyendo a la seguridad física y emocional del niño.

El Proceso Cáritas se concreta cuando los padres atienden las necesidades básicas del niño con responsabilidad y compromiso, asegurando la correcta administración de medicamentos, una alimentación adecuada, hidratación suficiente y seguimiento de las indicaciones médicas. Esta atención integral refleja la comprensión de que el cuidado va más allá de cumplir instrucciones, implicando un acto consciente de amor, responsabilidad y protección.

Metodología educativa recomendada:

Este material educativo se encuentra ubicado en el área de Pediatría, específicamente en la cartelera informativa dispuesta en la Estación de Enfermería del servicio, dentro del Hospital General Alfredo Noboa.

Evaluación final de retroalimentación:

Verificación del cumplimiento de citas y del registro de evolución del niño durante el seguimiento.



Elaborado por: *Rosmery Rea, Tamara Yachimba .*

Recomendaciones educomunicativas:

- Usar lenguaje sencillo, ejemplos cotidianos y contacto visual; reforzar la calma y la confianza en los padres mediante comunicación empática.
- Repetir mensajes clave y ofrecer materiales visuales; motivar preguntas para asegurar la comprensión completa.
- Reforzar la importancia de seguir el tratamiento completo; entregar guías impresas con pictogramas de horarios y dosis.

- Incluir a todos los miembros de la familia en las acciones preventivas; reconocer los esfuerzos de los cuidadores y reforzar su compromiso.
- Motivar cambios graduales en los hábitos alimentarios; reforzar la importancia de la hidratación constante y el ejemplo familiar.
- Fomentar una relación de acompañamiento y confianza; mantener canales de comunicación abiertos entre enfermería y familia para resolver dudas o emergencias.

Referencias

Acosta Zagal, J. F., Aristega, A., Baque, W., & Suárez, K. (2025). Acompañamiento enfermero a familiares de pacientes pediátricos hospitalizados: revisión de literatura. *LATAM, 6*(3). https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/4050/7573

Castillo, M. (2022). El rol del profesional de enfermería en educación para la salud. *Ocronos, 5*(11).https://revistamedica.com/rol-profesional-enfermeria-educacion-sanitaria/

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *Prevención de neumonía infantil: acciones esenciales para madres, padres y cuidadores*. UNICEF. https://www.unicef.org

Iliarte Llop, R., García, Y., & Murillo, M. (2025). El modelo de cuidados centrado en la familia en la atención enfermera pediátrica. *Revista Sanitaria de Investigación*. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-modelo-de-cuidados-centrado-en-la-familia-en-la-atencion-enfermera-pediatrica-articulo-monografico/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Guía de práctica clínica para el manejo de la neumonía en niños menores de cinco años*. MSP. https://www.salud.gob.ec

Organización Mundial de la Salud. (2023). Neumonía. OMS. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Alimentación saludable en la infancia para prevenir enfermedades respiratorias*. OPS. https://www.paho.org

UNICEF. (2022). Prevención de neumonía infantil: acciones esenciales para madres, padres y cuidadores. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised edition). University Press of Colorado.

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1. Recursos

5.2. Presupuesto

Descripción	Cantidad	Costo unitario ($)	Costo total ($)
Acceso a internet	150	0,25	37,5
Traslados (Vehiculo)	10	5	50
Impresiones varias	150	0,15	22,5
Impresión de borradores	700	0,05	35
Anillado	6	2	12
CD	3	2	6
Total			163

5.3. Cronograma

	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Entrega del anteproyecto																
Revisión bibliográfica y documental																
Redacción del planteamiento del problema																
Formulación de la justificación y objetivos																
Desarrollo del marco teórico																
Diseño del marco metodológico																
Elaboración de la matriz de operacionalización de variables																
Diseño y validación del instrumento de recolección de datos																
Aplicación del cuestionario a padres y enfermeros																
Procesamiento de datos (tablas de frecuencia y porcentaje)																
Análisis e interpretación de resultados																
Redacción de resultados según objetivos																

Elaboración de conclusiones y recomendaciones																
Revisión y ajustes del documento final																
Presentación y entrega del informe de investigación																

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Se identificó que el personal de enfermería realiza diversas acciones educativas durante el proceso de alta hospitalaria, enfocadas principalmente en la orientación verbal sobre signos de alarma, medicación y prevención de recaídas; sin embargo, se evidenció una limitada disponibilidad de tiempo y recursos didácticos, lo que restringe la continuidad y efectividad del proceso educativo.

Asimismo, se identificó que los padres presentan necesidades significativas de información y acompañamiento para asumir con seguridad el cuidado del niño en el hogar, especialmente en aspectos relacionados con la administración correcta de medicamentos, el reconocimiento de signos de alarma y la realización de cuidados respiratorios básicos. A estas necesidades se suma la presencia de temor e incertidumbre frente a posibles recaídas, lo que evidencia que el proceso educativo debe integrar no solo contenidos técnicos, sino también apoyo emocional y comunicación empática.

La propuesta educomunicativa de enfermería elaborada integra contenidos teóricos y prácticos sobre prevención, tratamiento, alimentación, cuidado ambiental y control médico, basándose en los Procesos Caritas de Jean Watson; esta estrategia busca fortalecer la educación en salud, fomentar la comunicación empática y garantizar que los padres desarrollen habilidades efectivas para mantener el bienestar respiratorio y emocional de sus hijos.

6.2. Recomendaciones

Se promueva las estrategias educomunicativas mediante el cual facilite la educación al alta hospitalaria: en donde se incluya pasos claros para la orientación de los padres, con fichas informativas, demostraciones prácticas y materiales visuales elaborados por el personal de enfermería, garantizando que todos los pacientes con neumonía reciban información completa y comprensible antes del alta.

Que se capacite al personal de enfermería en comunicación efectiva y educación para la salud con el desarrollo de talleres mensuales que fortalezcan las habilidades educomunicativas del personal, enfocándose en el uso del lenguaje sencillo, técnicas demostrativas, para humanizar el proceso de enseñanza y cuidado.

Implementar el programa continuo de capacitación dirigido al personal de enfermería del área pediátrica, enfocado en estrategias de educomunicación y educación al alta hospitalaria en casos de neumonía infantil.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta Zagal, J. F., Aristega, A., Baque, W., y Suárez, K. (2025). Acompañamiento enfermero a familiares de pacientes pediátricos hospitalizados: revisión de literatura. *LATAM, 6*(3). https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/4050/7573

Arias, J., y Fernández, B. (2025). *Características epidemiológicas y clínicas de la neumonía adquirida en la comunidad en niños de 2 meses a 5 años de edad hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño sede Breña durante el periodo enero 2022 a diciembre 2023.* TDG, Universidad peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16765/Caracterteristicas_AriasColqui_Johana.pdf?sequence=1

Astocondor Jiménez, C. (2023). *Percepción de los padres respecto a la comunicación y apoyo emocional del profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Nacional Hipólito.* TDE, Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14561/Percepcion_AstocondorJimenez_Christian.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cáceres, K. (2020). *Aspectos psicológicos de los cuidados en enfermería "El paciente quirúrgico".* Universidad de Valladolid. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41916/TFG-H1880.pdf;jsessionid=9DF32A322AC92AF282D05A09A659A7FB?sequence=1

Cameli, M., Aznar, S., Lozano, J., Martínez, B., Bustillo, M., y García, C. (2020). Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. *Atención Primaria, 22*(85). https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v22n85/1139-7632-pap-22-85-23.pdf

Cárdenas, T. (2025). Educacomunicación e inteligencia artificial: una exploración en tiempos de inquietudes digitales. *Revista de Comunicación y Cultura*(12). https://doi.org/https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/uru

Castillo, M. (2022). El rol del profesional de Enfermería en educación para la salud. *Ocronos, V*(11). https://revistamedica.com/rol-profesional-enfermeria-educacion-sanitaria/

Choez Tigrero, A. (2023). *Prevalencia de neumonía en niños menores de cinco años en el hospital general Dr. León Becerra Camacho, Milagro 2022.* PDI, Universidad Estatal Península de Santa Elena,. https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/9573/1/UPSE-TEN-2023-0010.pdf

Choez Tigrero, A. (2023). *Prevalencia de neumonía en niños menores de cinco años en el hospital general Dr. León Becerra Camacho, Milagro 2022.* TDG, Universidad Estatal Península de Santa Elena. https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/9573/1/UPSE-TEN-2023-0010.pdf

Cruz, M. (2023). Impacto sobre la ansiedad/depresión tras una intervención educativa de enfermería en pacientes de cirugía cardíaca. *Conocimiento enfermero, 6*(20). https://doi.org/https://doi.org/10.60108/ce.250

Cueva Párraga, J. (2020). *Cuidados de enfermería en pacientes menores de 5 años con neumonía en el servicio de hodpitalización de Pediatría del Hospital San José.* TDE, Universidas Nacional del Callao. https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5713/TESIS-2DAESP-CUEVA%2CPARRAGA%20JUDITH-FCS-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ebedike, C., y Ahmad, T. (Enero de 2023). *Neumonía Pediátrica*. National Library of Medicine: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536940/

Gavilanes, A., Ramírez, L., y Paz, C. (2022). Validación del instrumento para medir los factores ambientales asociados a neumonía en niños menores de 5 años. *más Vita, 4*(2). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392265/mv_vol4_n2-2022-art16.pdf

Gea Izquierdo, E. (2021). Neumonía: La pandemia ignorada. *VIVE, 4*(12), 437 - 442. http://www.scielo.org.bo/pdf/vrs/v4n12/2664-3243-vrs-4-12-3.pdf

Guerra, M., Rojas, I., y Rodríguez, J. (2020). Prácticas y conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niñps menores de 5 años. *Identidad Bolivariana, 4*(2). https://identidadbolivariana.itb.edu.ec/index.php/identidadbolivariana/article/view/94/167

Herrera, L., Lanau, M., Hernández, I., Gil, L., Calvo, A., y Arco, M. (2025). Neumonía infantil: revisión general desde una perspectiva clínica y epidemiológica. *Sanitaria de Investigación*.

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/neumonia-infantil-revision-general-desde-una-perspectiva-clinica-y-epidemiologica/

Iliarte Llop, R., García, Y., y Murillo, M. (2025). El modelo de cuidados centrado en la familia en la atención enfermera pediátrica. *Revista Sanitaria de Investigación*. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-modelo-de-cuidados-centrado-en-la-familia-en-la-atencion-enfermera-pediatrica-articulo-monografico/#google_vignette

Juma Juma, L. (2024). *Plan de atención de enfermería en neumonía en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo.* PDI, Universidad Autónoma de Los Andes. https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/18007/1/UT-ENF-PDI-007-2024.pdf

Justo, M., y Oblitas, S. (2024). Enfermería escolar, pilar fundamental en la educación para la salud: un artículo de revisión. *Investigación e Innovación , 4*(4). https://doi.org/https://doi.org/10.33326/27905543.2024.4.2088

Kuitunen, I., y Renko, M. (2024). ¿Estamos prolongando el tratamiento de la neumonía? *Pediatría Integral, 43*(3). https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2024/xxviii03/15/n3-205-208_NOTICIAS.pdf

Madruga, J., Fonseca, M., Morera, A., y Ríos, E. (2020). Guía de buenas prácticas clínicas para la atención al niño con neumonía adquirida en la comunidad. *Medisur, 17*(2).

https://doi.org/http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v17n6/1727-897X-ms-17-06-907.pdf

Martínez, C., Flores, S., Pesantez, A., Suquinagu, a. M., Bravo, C., y Guevara, M. (2022). Prevalencia de la neumonía en pacientes pediátricos en Latinoamérica durante el periodo 2017-2022. *MEDICIENCIAS UTA, 6*(4), 108-122. https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1819/2210

Mejía Moarales, Y. (2023). *Atención de enfermería en niños con neumonía del Centro de Salud San Rafael de Esmeraldas.* PI, Universidad Regional Autónoma de Los Andes. https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17309/1/UT-ENF-PDI-021-2023.pdf

Mena, E., y Murillo, H. (2024). *Rol de Enfermería en Pacientes Hospitalizados con neumonía en el Hospital Dr. Enrique Ortega Moreira.* TDG, Universidad Espíritu Santo. https://repositorio.uees.edu.ec:8443/server/api/core/bitstreams/1a1da137-8d19-4ac2-bba3-b8c38ae4c3ed/content

Mena, L., Carreño, F., y Cala, L. (2020). Diagnóstico de la neumonía; un problema en la práctica clínica pediátrica. *Medicas UIS, 33*(1). https://doi.org/https://doi.org/10.18273/revmed.v33n1-2020005

Ministerio de la Salud Pública. (2019). *Educación y comunicación para la promoción de la salud.* Manual. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/12/manual_de_educaci%C3%B3n_y_comunicaci

%C3%B3n_para_promoci%C3%B3n_de_la_salud02540900015750572
31.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 15 años.* Guía Práctica CLínica. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/Neumon%C3%ADa-GPC-24-05-2017.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 15 años.* Guía de Práctica Clínica, Dirección de Salud Pública del Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2017). Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 15 años. Guía de Práctica Clínica. 1-50. Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/Neumon%C3%ADa-GPC-24-05-2017.pdf

Ministerio de Salud Pública. (6 de 6 de 2022). *Enfermedades Respiratorias: Neumonía SE01-22Ecuador2022.* https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/11/Neumonia-SE-22.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2025). *Enfermerdades Respiratorias Neumonía CIE -10 J9 J22.* Subsecretaría de vigilancia, prevención y control de la salud. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/10/GACETA-NEUMONIA-SE-42.pdf

Morales, A., Cruz, J., Rovira, J., y Andrade, A. (2024). Respuesta emocional de niños con larga estadía hospitalaria. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 28*(3). http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v28n3/1561-3194-rpr-28-03-e6335.pdf

Murillo Ruiz, I., Villareal, Y., Díaz, R., Vega, A., y Mogollon, F. (2024). Cuidados en el hogar al niño hospitalizado con infecciones respiratorias agudas desde un enfoque cultural. *Cultura de los Cuidados*(69), 299-313. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/147926/1/CultCuid69_23.pdf

Murphy, L., Huang, N., y Kandasamy, S. (2024). Effectiveness of caregiver educational materials for paediatric community-acquired pneumonia in the emergency department: a qualitative study. *Can J Emerg Med, 26*, 784-789. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s43678-024-00777-2

Narvaez, J., Acosta, A., Villagrán, P., y Andrade, S. (2021). Neumonía adquirida en la comunidad, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. *Reciamuc, 5*(1). https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/611/938

Nu, M., Payakkaraung, S., y Sanasuttipun, W. (2022). Factors Predicting Mothers' Self-efficacy in Providing Home Care for Children with Pneumonia in Yangon, Myanmar. *Bursing Science, 40*(3). https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/251112

Opuba, E., y Onyago, P. (2022). Health facility practices and patterns of prescription influencing health-seeking behaviour among caregivers of children diagnosed with pneumonia in Endebess Sub-county, Kenya. *Journal of Global Health Reports, 6*. https://doi.org/https://doi.org/10.29392/001c.35451

Organización Mundial de la Salud. (1 de 11 de 2022). *Neumonía infantil.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia

Organización Mundial de la Salud. (11 de Septiembre de 2023). *Seguridad del paciente.* who.int.: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030.* https://iris.paho.org/items/3678f242-e666-4cfa-8187-ac57b7f7a0de

Reyes Bazan, S. (2020). *Conocimiento y participación de los padres en el cuidado del niño hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.* TDM, Universidad Peruana Unión. https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c09d4f8f-1a52-45f5-91c9-f437aa4289ca/content

Reyes, L., Acebo, J., y Erazo, C. (2023). Neumonía bacteriana en niños en Ecuador: una mirada al impacto de las vacunas. *Revista Chilene de Infectología, 40*(4), 382-387. https://www.scielo.cl/pdf/rci/v40n4/0716-1018-rci-40-04-0382.pdf

Rodríguez Capote, M. (2020). Plan de cuidados para neumonías en niños de 0 a 14 años. *Revista Electrónica de Portales Médicos, XV*(9). https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-para-neumonias-en-ninos-de-0-a-14-anos/

Royo Conde, C. (2024). Neumonía viral vs. bacteriana. Cómo diferenciarlas. *Ocronos, VII*(9). https://revistamedica.com/neumonia-viral-bacteriana-diferencias-diagnostico/

Sailema Tarco, S. (2020). *Plan de cuidados de enfermería para casos de neumonía en pacientes menores de 5 años atendidos en el servicio de*

pediatría del Hospital General Ambato. PDI, Universidad Autónoma de Los Andes. https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/10902/1/PIUAENF026-2019.pdf

Sánchez Pasamón, R., García, P., Muñoz, S., Guerrero, A., Romero, P., y Avellaned, C. (2023). Plan de cuidados de enfermería en un paciente pediátrico diagnosticado de neumonía. *Revista Sanitaria de Investigación*. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-un-paciente-pediatrico-diagnosticado-de-neumonia/

Seclén Nishiyama, L. (2020). *Complicaciones más frecuentes de neumonía adquirida en la comunidad en pacientes pediátricos del Hospital Regional Lambayeque 2015 -2020.* PDI, Universidad nacional Pedro Ruiz Gallo. https://doi.org/file:///D:/Downloads/Secl%C3%A9n_Nishiyama_Lorena_Patricia_del_Rosario.pdf

UNICEF. (11 de 11 de 2024). *La neumonía infantil: todo lo que debes saber.* https://www.unicef.org/es/historias/neumonia-infantil-lo-que-debes-saber

Vardhmaan, J., Vashisht, R., Yilmaz, G., y A., B. (2023). Pneumonia Pathology. *National Library of Medicine*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526116/

Varela-Montes, J., García, C., y Cobos, H. (2020). Depresión en el adulto mayor intervenido quirúrgicamente. *Cirugía y Cirujanos, 88*(6), 721-725. https://doi.org/https://doi.org/10.24875/ciru.20001632

Villalta Crespo, O. (2020). *Proceso de atención de enfermería en lactante menor con neumonía en el área de pediatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.* TFG, Universidad Técnica de Babahoyo, Ecuador. https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7497/E-UTB-FCS-ENF-000280.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Villanueva, J. (2023). *Frecuencia de ansiedad en los pacientes del servicio de Hospitalización de cirugía general del Hospital San José del Callao.* Universidad Nacional . http://190.12.84.13:8080/bitstream/handle/20.500.13084/7078/TESIS__JONATHAN%20VILLANUEVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zambrano Chang, L. (2024). *Frecuencia de neumonía adquirida en la comunidad en menores de 5 años, ingresados en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo 2019-2023.* TDT, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/23214/1/UCSG-C46-22765.pdf

ANEXOS

Anexo. 1 Designación del tutor

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA
Unidad de Titulación

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 15 de agosto de 2025

Magister
Vanessa Mite Cárdenas
Profesora Investigadora

De mi consideración:

Con un cordial saludo, me permito informar que, según resolución Nro. FCSSH- CD-417-2025 del Consejo Directivo en sesión extraordinaria (13) del 28 de julio de 2025 resuelve:

Aprobar la distribución de los grupos de Titulación de la Carrera de Enfermería según: acta 002-UT-CEFCSSH de la Comisión de Titulación con la asignación de directores según la modalidad, tema presentado, líneas de investigación. Periodo académico agosto-diciembre 2025, Modalidad Proyecto de Investigación.

Por lo expuesto se ha realizado la designación como director de Tesis del proyecto según el siguiente detalle:

Nombres y Apellidos	Tema Aprobado por consejo directivo	Modalidad de titulación	Director de tesis asignado
Rosmery Marisol Rea Patin Tamara Mishel Yachimba Moposita	Educomunicaciòn en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa. Agosto-diciembre 2025	Proyecto de investigación	Mgtr. Vanessa Mite Cárdenas

Por lo que solicito muy respetuosamente se proceda con el acompañamiento, según los tiempos establecidos

Atentamente

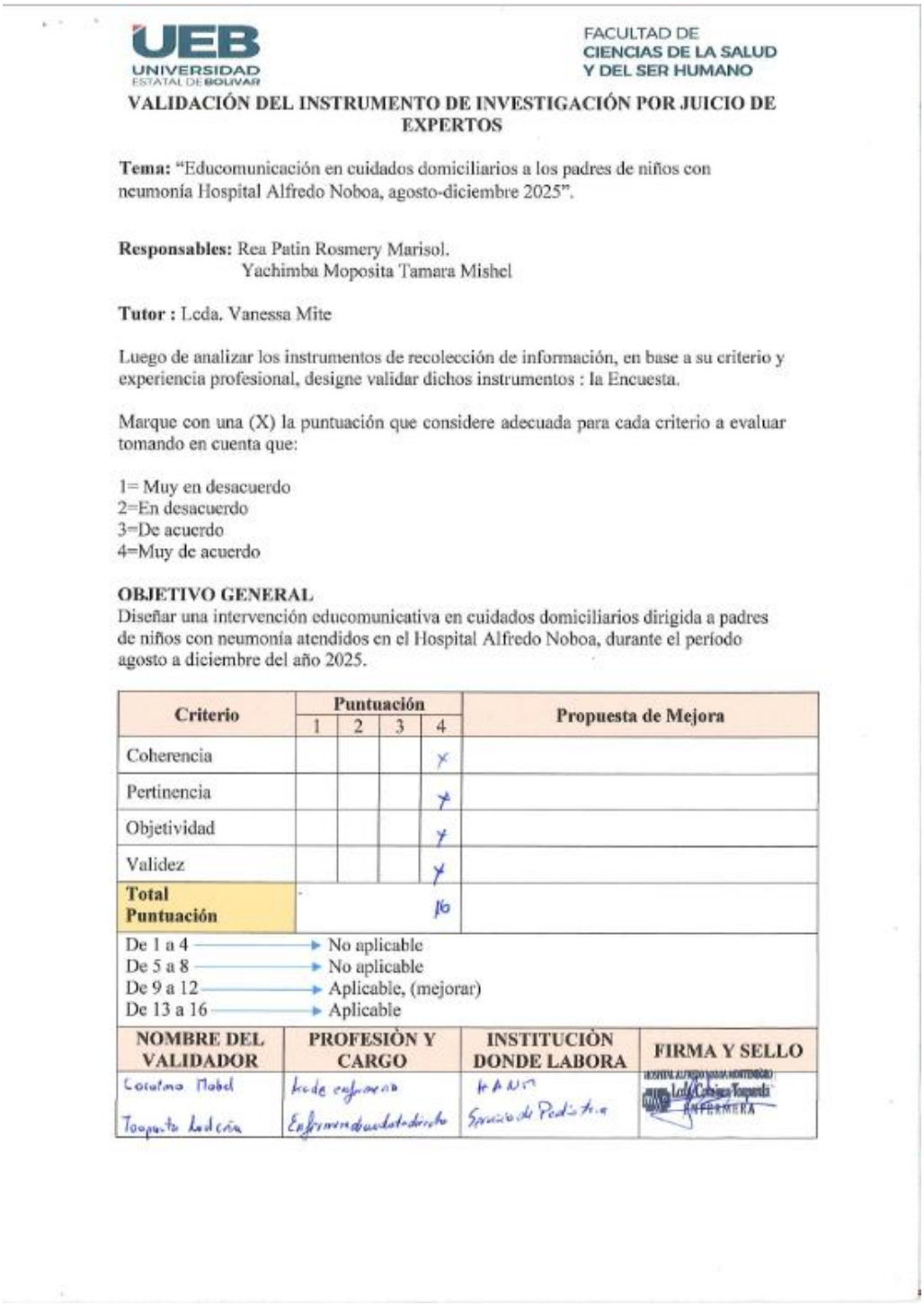
MARIA HUMBELINA OLALLA GARCIA

Mgtr. María Humbelina Olalla García
Coordinadora Unidad de Titulación

Recibido
09-09-25
10h00 am

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo. 2 Validación de instrumento.



UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Tema: "Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa, agosto-diciembre 2025".

Responsables: Rea Patin Rosmery Marisol.
Yachimba Moposita Tamara Mishel

Tutor : Lcda. Vanessa Mite

Luego de analizar los instrumentos de recolección de información, en base a su criterio y experiencia profesional, designe validar dichos instrumentos : la Encuesta.

Marque con una (X) la puntuación que considere adecuada para cada criterio a evaluar tomando en cuenta que:

1= Muy en desacuerdo
2=En desacuerdo
3=De acuerdo
4=Muy de acuerdo

OBJETIVO GENERAL
Diseñar una intervención educomunicativa en cuidados domiciliarios dirigida a padres de niños con neumonía atendidos en el Hospital Alfredo Noboa, durante el período agosto a diciembre del año 2025.

Criterio	Puntuación				Propuesta de Mejora
	1	2	3	4	
Coherencia				X	
Pertinencia				X	
Objetividad				X	
Validez				X	
Total Puntuación				16	

De 1 a 4 → No aplicable
De 5 a 8 → No aplicable
De 9 a 12 → Aplicable, (mejorar)
De 13 a 16 → Aplicable

NOMBRE DEL VALIDADOR	PROFESIÓN Y CARGO	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	FIRMA Y SELLO
Cocatma Mabel	Lcda de enfermería	HANM	HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO Lcda. Catalina Tasquinda ENFERMERA
Tasquinda Lucía	Enfermera de cuidado directo	Servicio de Pediatría	

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Tema: "Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa, agosto-diciembre 2025".

Responsables: Rea Patin Rosmery Marisol.
Yachimba Moposita Tamara Mishel

Tutor : Lcda. Vanessa Mite

Luego de analizar los instrumentos de recolección de información, en base a su criterio y experiencia profesional, designe validar dichos instrumentos : la Encuesta.

Marque con una (X) la puntuación que considere adecuada para cada criterio a evaluar tomando en cuenta que:

1= Muy en desacuerdo
2=En desacuerdo
3=De acuerdo
4=Muy de acuerdo

OBJETIVO GENERAL
Diseñar una intervención educomunicativa en cuidados domiciliarios dirigida a padres de niños con neumonía atendidos en el Hospital Alfredo Noboa, durante el período agosto a diciembre del año 2025.

Criterio	Puntuación				Propuesta de Mejora
	1	2	3	4	
Coherencia			X		
Pertinencia			X		
Objetividad			X		
Validez			X		
Total Puntuación					

De 1 a 4 → No aplicable
De 5 a 8 → No aplicable
De 9 a 12 → Aplicable, (mejorar)
De 13 a 16 → Aplicable

NOMBRE DEL VALIDADOR	PROFESIÒN Y CARGO	INSTITUCIÒN DONDE LABORA	FIRMA Y SELLO
[signature]	Lcda. Enfermería	H.A.N.N.	[signature] ENFERMERA

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Tema: "Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa, agosto-diciembre 2025".

Responsables: Rea Patin Rosmery Marisol.
Yachimba Moposita Tamara Mishel

Tutor : Lcda. Vanessa Mite

Luego de analizar los instrumentos de recolección de información, en base a su criterio y experiencia profesional, designe validar dichos instrumentos : la Encuesta.

Marque con una (X) la puntuación que considere adecuada para cada criterio a evaluar tomando en cuenta que:

1= Muy en desacuerdo
2=En desacuerdo
3=De acuerdo
4=Muy de acuerdo

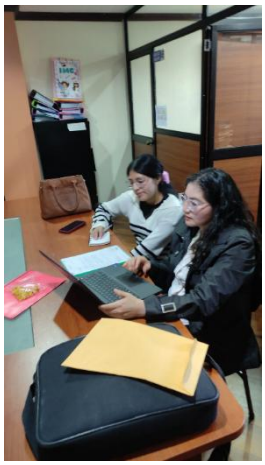
OBJETIVO GENERAL
Diseñar una intervención educomunicativa en cuidados domiciliarios dirigida a padres de niños con neumonía atendidos en el Hospital Alfredo Noboa, durante el período agosto a diciembre del año 2025.

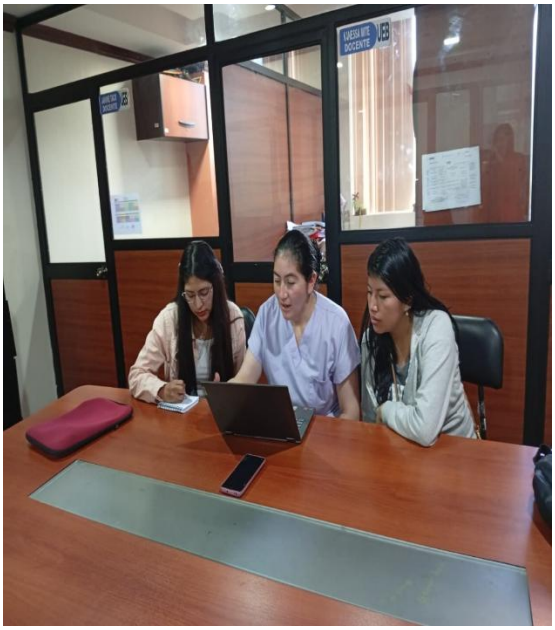
Criterio	Puntuación				Propuesta de Mejora
	1	2	3	4	
Coherencia				X	
Pertinencia				X	
Objetividad				X	
Validez				X	
Total Puntuación				16.	

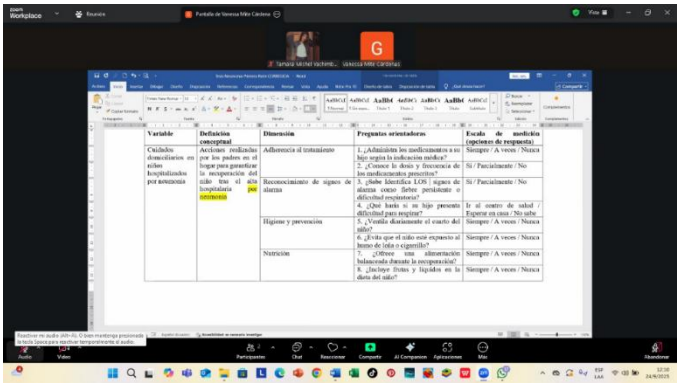
De 1 a 4 → No aplicable
De 5 a 8 → No aplicable
De 9 a 12 → Aplicable, (mejorar)
De 13 a 16 → Aplicable

NOMBRE DEL VALIDADOR	PROFESIÒN Y CARGO	INSTITUCIÒN DONDE LABORA	FIRMA Y SELLO
Laura Paola Avendaño Castro	Pediatra Jefe de servicio de Pediatría	Hospital Alfredo Noboa Montenegro	Dra. Paola Avendaño Castro Especialista En Pediatría Reg. Sen. 0105249376

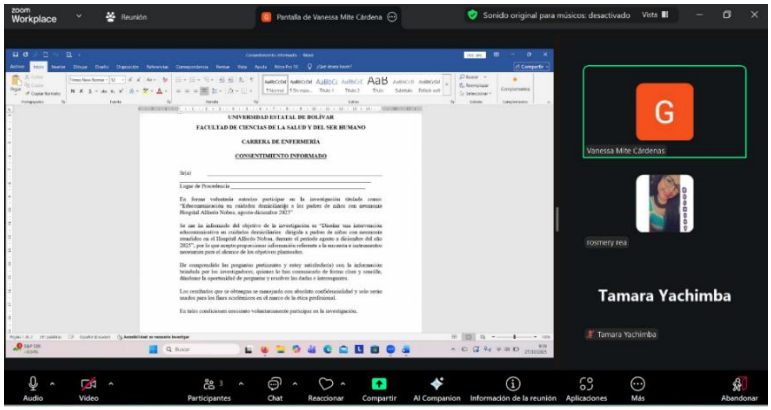
Anexo. 3 Reuniones de tutoría







Variable	Definición conceptual	Dimensión	Preguntas orientadoras	Escala de medición (opciones de respuesta)
Cuidados domiciliarios en niños hospitalizados por neumonía	Acciones realizadas por los padres en el hogar para garantizar la recuperación del niño tras el alta hospitalaria por neumonía	Adherencia al tratamiento	1. ¿Administra los medicamentos a su hijo según la indicación médica?	Siempre / A veces / Nunca
			2. ¿Conoce la dosis y frecuencia de los medicamentos prescritos?	Sí / Parcialmente / No
		Reconocimiento de signos de alarma	3. ¿Sabe identifica LOS	signos de alarma cocio fiebre persistente o dificultad respiratoria?	Sí / Parcialmente / No
			4. ¿Que hariá si su hijo presenta dificultad para respirar?	Ir al centro de salud / Esperar en casa / No sabe
		Higiene y prevención	5. ¿Ventila diariamente el cuarto del niño?	Siempre / A veces / Nunca
			6. ¿Evita que el niño esté expuesto al humo de (olo o cigarrillo?	Siempre / A veces / Nunca
		Nutrición	7. ¿Ofrece una alimentación balanceada durante la recuperación?	Siempre / A veces / Nunca
			8. ¿Incluye frutas y líquidos en la dieta del niño?	Siempre / A veces / Nunca



Anexo. 4 Presentación de guía a padres de familia con niños menores de 5 años que presentaron neumonía en el Hospital Alfredo Noboa.











Anexo. 5 Demostración de cuidados que se deben realizar en el domicilio a niños menores de 5 años

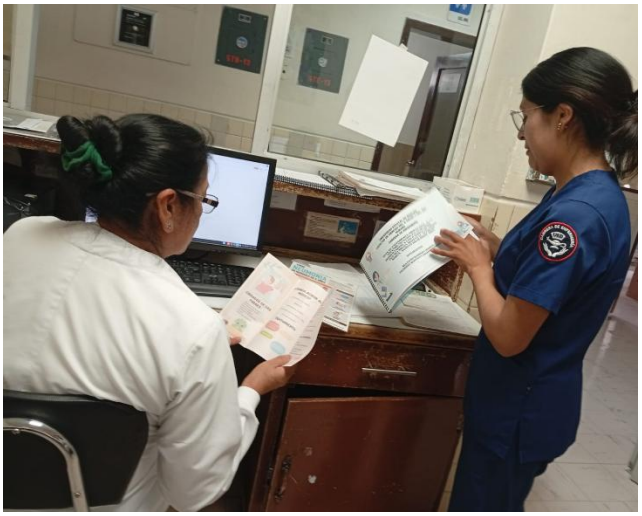


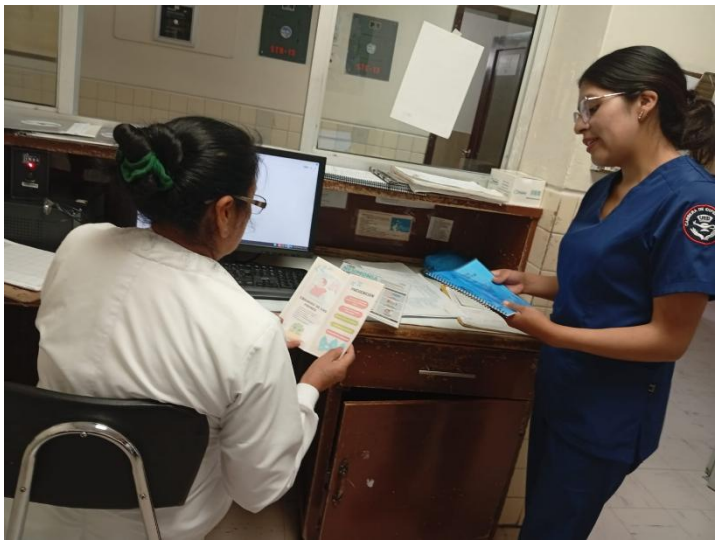


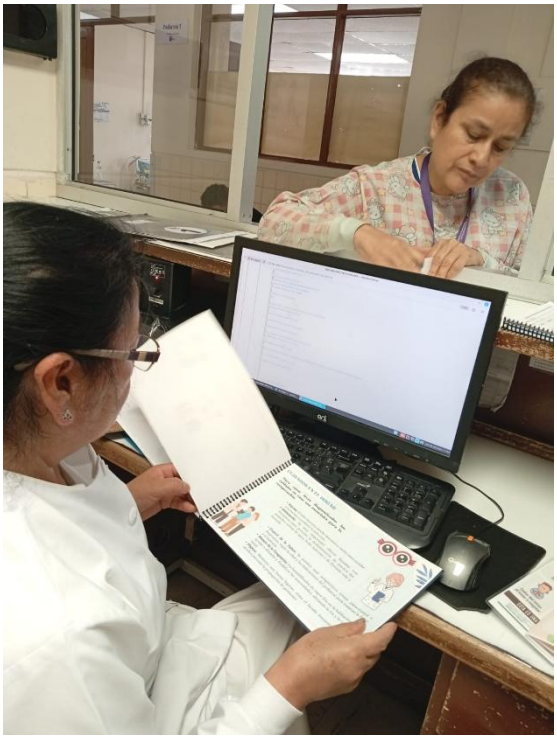




Anexo. 6 Presentación de guía educomucacional al personal de enfermería en el Hospital Alfredo Noboa











Anexo. 7 Cuestionario

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA: Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa, agosto-diciembre 2025

Instrumento de Recolección de Datos
Dirigido a: Personal de Enfermería
Objetivo: Identificar las acciones actuales realizadas por el personal de enfermería durante el proceso de alta hospitalaria de niños con neumonía en el Hospital Alfredo Noboa.
Instrucciones: Marque con una (✓) la opción que refleje su conocimiento o práctica. La información será confidencial y utilizada con fines académicos.

Sección A. Datos sociodemográficos

1. Edad: ____
2. Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre
3. Nivel de formación: ☐ Auxiliar ☐ Tecnólogo ☐ Licenciado/a ☐ Especialista
4. Años de experiencia en pediatría: ☐ <1 año ☐ 1–3 años ☐ 4–6 años ☐ >6 años
5. Jornada laboral: ☐ Matutina ☐ Vespertina ☐ Nocturna ☐ Rotativa

Sección B Desarrollo

Pregunta	**Opciones**
1. ¿Qué temas considera esenciales para incluir en una intervención educomunicativa sobre neumonía pediátrica?	☐ Signos de alarma ☐ Medicación ☐ Higiene, Nutrición ☐ Prevención de recaídas
2. ¿Con qué frecuencia se abordan estos temas al momento del alta?	☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
3. ¿Qué métodos utiliza o considera más efectivos para educar a los padres?	☐ Charlas ☐ Demostraciones ☐ Trípticos ☐ Videos ☐ Conversación informal
4. ¿Considera que los padres comprenden adecuadamente la información brindada?	☐ Totalmente ☐ Parcialmente ☐ No
5. ¿Qué materiales educativos ha utilizado para orientar a los padres?	☐ Guías impresas ☐ Trípticos ☐ Videos ☐ Ninguno

6. ¿Dispone de recursos suficientes para realizar educación al alta?	□ Sí □ No
7. ¿Dispone de tiempo suficiente para realizar educación al alta?	□ Siempre □ A veces □ Nunca
8. ¿Evalúa si los padres comprendieron la información brindada?	□ Siempre □ A veces □ Nunca
9. ¿Existe un protocolo institucional para la educación al alta en casos de neumonía pediátrica?	□ Sí □ No □ No sabe

Gracias por su colaboración.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA: Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa, agosto-diciembre 2025

Instrumento de Recolección de Datos
Dirigido a: Padres/cuidadores
Objetivo: Determinar las necesidades de los padres respecto al cuidado domiciliario de niños hospitalizados por neumonía.
Instrucciones: Marque con una (✓) la opción que refleje su conocimiento o práctica. La información será confidencial y utilizada con fines académicos.

Sección A. Datos Sociodemográficos de los Padres o Cuidadores

1. **Edad:** _____ años
2. **Sexo:**
   ☐ Mujer
   ☐ Hombre
   ☐ Prefiere no responder
3. **Estado civil:**
   ☐ Soltero/a
   ☐ Casado/a
   ☐ Unión libre
   ☐ Separado/a
   ☐ Viudo/a
4. **Nivel de instrucción:**
   ☐ Sin estudios
   ☐ Educación básica
   ☐ Bachillerato
   ☐ Educación superior incompleta
   ☐ Educación superior completa
5. **Ocupación principal:**
   ☐ Ama de casa
   ☐ Empleado/a público/a
   ☐ Empleado/a privado/a
   ☐ Trabajador/a independiente
   ☐ Desempleado/a
   ☐ Otro: _____
6. **Número de hijos:** _____
7. **Edad del niño/a hospitalizado por neumonía:** _____ años
8. **Cobertura de seguro de salud:**
   ☐ Sí
   ☐ No

9. **Lugar de residencia:**
   ☐ Urbana
   ☐ Rural

Sección B: Datos clínicos

10. Su hijo/a sido hospitalizado anteriormente por neumonía

- Si
- No
- Desconozco

11. ¿Utiliza internet o redes sociales para buscar información sobre salud?

☐ Frecuentemente
☐ Ocasionalmente
☐ Rara vez
☐ Nunca

12. ¿Sintió que tuvo suficiente tiempo y oportunidad para hacer preguntas y aclarar sus dudas antes de irse a casa?

☐ Sí, completamente.
☐ En parte, pero me quedaron dudas.
☐ No, el proceso fue muy rápido.

13. Durante la hospitalización, ¿quién le explicó los cuidados que su hijo/a necesitaría en casa? (Puede marcar varias opciones)

☐ Médico/a
☐ Enfermero/a
☐ Personal de apoyo (terapista respiratorio, nutricionista, etc.)
☐ Nadie me dio explicaciones detalladas.

14. **¿Qué tipo de materiales educativos recibió para prepararse para el alta? (Puede marcar varias opciones)**

☐ Folletos, trípticos o material impreso.
☐ Un plan de cuidados por escrito y personalizado.
☐ Demostraciones prácticas (ej. cómo usar un inhalador).
☐ Videos o material audiovisual.
☐ Indicaciones a una página web o recurso online.
☐ Únicamente recibí indicaciones verbales.
☐ No recibí ningún material.

15. De los materiales que recibió, ¿cuál consideró más útil y por qué? (Pregunta abierta)

16. Por favor, indique su nivel de confianza para realizar las siguientes tareas de cuidado en casa: (1 = Nada de confianza, 5 = Mucha confianza)

Tarea de Cuidado	1	2	3	4	5
Administrar medicamentos en la dosis y hora correctas.	☐	☐	☐	☐	☐

Reconocer los signos de alarma (ej. respiración rápida, color azulado).	☐	☐	☐	☐	☐
Asegurar que su hijo/a beba suficientes líquidos.	☐	☐	☐	☐	☐
Realizar lavados nasales o fisioterapia respiratoria (si fue indicado).	☐	☐	☐	☐	☐

Sección C: Desarrollo

Preguntas orientadoras	**Escala de medición (opciones de respuesta)**
17. ¿Administra los medicamentos a su hijo según la indicación médica?	☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
18. ¿Qué haría si su hijo presenta dificultad para respirar?	☐ Ir al centro de salud ☐ Esperar en casa ☐ No sabe
19. ¿Ventila diariamente el cuarto del niño?	☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
20. ¿Evita que el niño esté expuesto al humo de leña o cigarrillo?	☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
21. ¿Ofrece una alimentación balanceada durante la recuperación?	☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
22. ¿Sabe cuándo debe llevar a su hijo a control médico?	☐ Sí ☐ No
23. ¿ Su hijo tiene el esquema completo de vacunas?	☐ Si ☐ No ☐ Parcialmente

Gracias por su colaboración.

Anexo. 8 Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr(a)
_____
_____
____
Lugar de Procedencia
_____

En forma voluntaria autorizo participar en la investigación titulada como: "Educomunicación en cuidados domiciliarios a los padres de niños con neumonía Hospital Alfredo Noboa, agosto-diciembre 2025"

Se me ha informado del objetivo de la investigación es "Diseñar una intervención educomunicativa en cuidados domiciliarios dirigida a padres de niños con neumonía atendidos en el Hospital Alfredo Noboa, durante el período agosto a diciembre del año 2025", por lo que acepto proporcionar información referente a la encuesta e instrumentos necesarios para el alcance de los objetivos planteados.

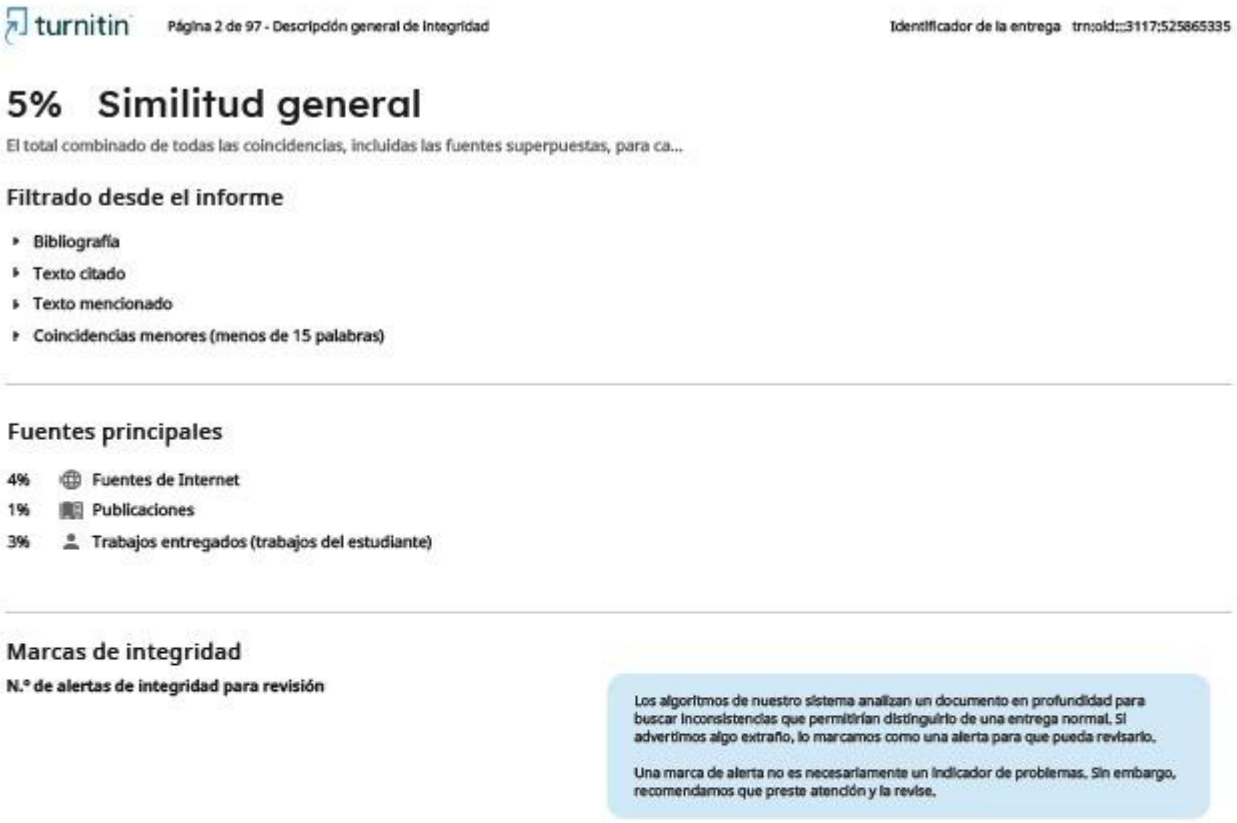
He comprendido las preguntas pertinentes y estoy satisfecho(a) con la información brindada por los investigadores, quienes lo han comunicado de forma clara y sencilla, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas e interrogantes.

Los resultados que se obtengan se manejarán con absoluta confidencialidad y solo serán usados para los fines académicos en el marco de la ética profesional.

En tales condiciones consiento voluntariamente participar en la investigación.

…….
Firma del Participante

Anexo. 9 **Certificado de antiplagio**



turnitin Página 2 de 97 - Descripción general de Integridad Identificador de la entrega trn:oid:::3117:525865335

5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

4% Fuentes de Internet
1% Publicaciones
3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.° de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.