

## ARTICULO ORIGINAL

# Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años

*Parental knowledge and attitudes regarding respiratory tract infections and acute gastroenteritis in children less than five years of age*

Drs.: Claudia V. Burgoa Rivero, Ariel A. Salas Mallea

### Resumen

**Objetivo:** determinar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir a un servicio de salud.

**Métodos:** en este estudio transversal, 79 madres de Calamarca (La Paz, Bolivia) fueron seleccionadas aleatoriamente para una entrevista entre julio y septiembre de 2006. Se aplicaron estadísticas descriptivas para resumir los datos demográficos y presentar los conocimientos de las madres en torno a IRA y EDA.

**Resultados:** la mayor proporción de madres entrevistadas tenía en promedio 28 años y un grado de escolaridad primario (79.8%). Con relación a EDA, aproximadamente la mitad reconoció la deshidratación severa (58.2%) y la disentería (59.5%) como signos de alarma. Aproximadamente el 75% indicó la preparación correcta de SRO pero, 51.9% consideró que en niños con EDA debe suspenderse el pecho y la comida. En relación a IRA, aproximadamente un tercio consideró signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e identifica la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos (51.9% y 48.1% respectivamente). Sólo 35.7% acudiría a un centro de salud por estos síntomas en las primeras 24 horas. Dar líquidos y destapar la nariz fueron consideradas conductas saludables en IRA sólo en 55.7% de las encuestadas.

**Conclusiones:** la falta de reconocimiento de signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbilidad y mortalidad infantil. Los mensajes educativos sobre este tema deberían incluir material escrito.

### Palabras claves:

Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (2): 72-76: conocimientos, actitudes, prácticas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas.

### Abstract

**Objective:** to assess parental knowledge and attitudes regarding respiratory tract infections and acute gastroenteritis in children less than five years of age from a rural area

**Method:** cross-sectional parent's survey of 79 children aged 2-60 months by interview using a semi-structured questionnaire. This study was conducted in Calamarca, a rural community in La Paz Bolivia, during July-September 2006. Descriptive statistics were applied to summarize the demographic data and the data regarding the mothers' knowledge of pneumonia and diarrhea and recognition of signs of the diseases.

**Results:** the mean age among interviewed mothers was 28 y/o and their level of education was elementary in most cases (79.8%). Approximately one-half of them were able to recognize severe dehydration signs (58.2%) and dysentery (59.5%) as warning signs in acute gastroenteritis. About 75% could prepare rehydration solutions but only 48.1% consider that infants who have acute gastroenteritis should maintain their usual feeding pattern. Warning signs identified by mothers in acute respiratory infections were rapid breathing (51.9%), grunting/stridor (48.1%), and respiratory distress (chest retractions and nasal flaring) (39%). About 35% of mothers would seek for medical care because of these signs during the first 24 hours. Encouraging drinking plenty of fluids and treating nasal congestion were considered healthy behaviours in acute respiratory infections only for 55.7% of mothers.

**Conclusions:** lack of recognition of illnesses' severity by parents seems to be an important factor associated with higher infant mortality and morbidity. Educative programmes should include printed material.

### Key words:

Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (2): 72-76: health knowledge, attitudes, practice, respiratory tract infections, acute diarrhea.

\* Médico general diplomada en Epidemiología. Acción Internacional por la Salud (AIS) Bolivia. Av. Ituralde 1178 Miraflores. La Paz, Bolivia

\*\* Médico Pediatra-Epidemiólogo. Servicio de Pediatría. Clínica Caja Petrolera de Salud. Av. Arce 2525 San Jorge. La Paz, Bolivia. dr.ariel.salas@gmail.com

Artículo recibido el 7/6/08 y fue aceptado para publicar 10/8/08.

## Introducción

Uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños menores de 5 años atendidos en los servicios de salud es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado de los niños al respecto de los signos de alarma que indican que el niño debe ser visto por un personal de salud. En muchos países se ha observado que aún cuando los servicios y el personal de salud están accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados para ser atendidos por estos, sino que son tratados en el hogar con remedios caseros. En algunos casos, los niños también son vistos por curanderos y otro tipo de personal tradicional. El manejo de la enfermedad de un niño en el hogar no es aconsejado siempre que las medidas de tratamiento que se apliquen no sean potencialmente nocivas y siempre que los padres o responsables del cuidado del niño conozcan y sepan identificar los signos de alarma para decidir que el niño debe ser atendido por un personal de salud. La demora en la consulta al servicio de salud puede provocar un agravamiento de la enfermedad, y puede requerir que el niño sea tratado en un hospital, o incluso puede provocar su muerte. Por esta razón es muy importante que la comunidad conozca los signos de alarma que debe observar en un niño cuando está enfermo para concurrir inmediatamente al servicio de salud en caso de que aparezcan<sup>1</sup>.

La aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia permite mejorar el conocimiento de la comunidad sobre los signos de alarma toda vez que incluye un componente de educación al respecto durante la atención de todos los niños en el servicio de salud, independientemente de su gravedad<sup>1,2</sup>.

El objetivo del presente trabajo fue determinar los conocimientos de los padres y otros responsables del cuidado de los niños menores de 5 años sobre los signos

de alarma en general y de agravamiento de cuadros de infección respiratoria aguda (IRA) o enfermedad diarreica para concurrir a un servicio de salud.

## Métodos

Se realizó un estudio de corte transversal a través de una entrevista personal a madres o encargados del cuidado del niño menor de 5 años que asistieron al “Centro Familiar” de la comunidad Santiago de Calamarca durante el periodo julio-septiembre de 2006. El municipio de Calamarca está situado en el altiplano del departamento de La Paz y tiene una población estimada de 1564 menores de 5 años. La selección de las madres para la entrevista se realizó a través de muestreo por conglomerado, considerando su comunidad de procedencia, y sistemático seleccionando a cada una de acuerdo al número par asignado en una lista numerada preparada para el objetivo del estudio. Los datos obtenidos fueron registrados en un cuestionario de 23 preguntas y posteriormente transferidos a una base de datos para el análisis estadístico con el programa Excel 7.0 (Microsoft corporation, Inc) en primera fase y luego con SPSS 11.5 (SPSS, IL).

## Resultados

De las 226 madres asistentes regulares al lugar de estudio, 79 (35%) fueron seleccionadas para completar la entrevista (n=79). Aproximadamente 82% de las madres encuestadas tenían una edad entre 20 y 39 años con edad promedio de 28,6±7,14 años. La mayor parte de las encuestadas tenían un grado de escolaridad primario (79,8%) y el restante un grado de escolaridad secundaria.

La información sobre conductas e identificación de signos de alarma en EDAs se describen en el cuadro # 1. El reconocimiento de signos de alarma y la conducta apropiada frente a una infección respiratoria aguda en el grupo estudiado se detalla en el cuadro # 2.

**Cuadro # 1. Signos de alarma y conductas saludables en enfermedad diarreica aguda**

	Porcentaje
Reconoce como alarma la diarrea, ojos hundidos y beber con sed.	58.2%
Identifica el signo de pliegue lento como alarma	35.2%
Considera la sangre en heces como signo de alarma	59.5%
Considera que en niños con diarrea no debe suspenderse el pecho ni la comida	48.1%
Puede preparar correctamente las SRO	75.9%

**Cuadro # 2. Signos de alarma y conductas saludables en infecciones respiratorias agudas**

	Porcentaje
Considera signo de alarma toser mas de 21 días y/o tener dificultad para respirar	39.8%
Reconoce a la respiración rápida como signo de alarma	51.9%
Reconoce a la respiración ruidosa como signo de alarma	48.1%
Consideran que dar líquidos y destapar la nariz son conductas saludables	55.7%
Indican que el control de la fiebre es importante	57%

Con relación a la conducta en caso de evidenciar que el niño se siente mal, sólo 65.8% refiere que acudiría al centro de salud, 13.9% preferiría hacer una consulta con un yatiri y 19% recurriría primero a medicina tradicional como infusión de mates caseros.

Tres cuartos de las encuestadas (75%) consultaría en las primeras 48 horas de instalada la enfermedad (20.3% en las primeras 12 horas y 15.2% en las primeras 24 horas). La distancia entre el domicilio y el centro de salud es la principal limitación para acudir de forma pronta (32.9%).

Aproximadamente la mitad de las encuestadas (49.4%) indican que demorarían en la consulta al centro salud porque esperarían a que el niño empeore para llevarlo al centro de salud.

Cerca de un tercio de las entrevistadas (63.3%) pide consejos para el tratamiento de la enfermedad de su niño. De las 50 personas que refieren solicitar consejos, en el 66% se sugiere utilizar mates caseros y esperar a que mejore. Sólo 24% de los consejos están orientados a asistir a un centro de salud.

Por otra parte, 45.6% refiere que se dejaría atender por cualquier médico que se encuentre de turno. Aproximadamente la mitad de las encuestadas (54.4%) refiere miedo para realizar la consulta médica. Los principales miedos están relacionados a uso de tratamiento con inyecciones (47.1%) y a la misma atención médica por el trato (20.6%).

De las personas que recibieron atención médica, 94.9% informa que recibió una explicación apropiada del padecimiento de su hijo. En lo referente al cumplimiento de tratamiento, 88.6% refiere adecuada adherencia al mismo. 86.1% refiere haber recibido información sobre signos de alarma en enfermedades respiratorias y diarreicas.

## Discusión

El presente estudio resume varias actitudes y conocimientos sobre enfermedades prevalentes de la infancia de madres de niños menores de 5 años en una comunidad rural.

Las infecciones respiratorias agudas junto con las enfermedades diarreicas constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de cinco años en los países en desarrollo<sup>1</sup>. En Bolivia, estos dos problemas también son frecuentes y constituyen las dos primeras causas de mortalidad infantil<sup>3</sup>.

Los resultados obtenidos en esta investigación difieren parcialmente de los informados en otras comunidades latinoamericanas. En primer lugar, es interesante observar que no hubo registro de analfabetismo puesto que un gran porcentaje de las encuestadas informó haber completado estudios primarios. Este hallazgo difiere del encontrado en poblaciones rurales de Honduras donde se observó que 38.6% de las madres eran analfabetas<sup>4</sup>.

Con relación a la enfermedad diarreica aguda, en un estudio realizado en Cuba con cuidadoras de niños<sup>5</sup>, 16.2% de las encuestadas consideraron suspender la alimentación en caso de diarrea. En otro estudio reciente realizado en áreas rurales de México, se identificó que aproximadamente un tercio de las madres consideraron que se debe suspender la alimentación<sup>6</sup>. En Honduras, en lo que respecta a las prácticas de alimentación reportadas durante el episodio diarreico, se observó que la mayoría siguieron las recomendaciones brindadas por el personal de salud en lo que se refiere a la lactancia materna, pero no así con otras indicaciones<sup>4</sup>. En ese mismo estudio, el uso de las sales de rehidratación oral (SRO) fue reportada en 34.7%. Por otro lado, la mayoría de las entrevistadas (85.8%) mencionaron la cantidad correcta de agua para preparar las sales de rehidratación oral (SRO). Esta proporción es significativamente mayor a la encontrada en el presente estudio con relación a la habilidad para el uso de SRO (75.9%).

Con respecto al reconocimiento de los signos de alarma de la infección respiratoria aguda en el estudio realizado en Honduras, apenas el 35.4% de las informantes mencionaron la respiración rápida y difícil como signos de alarma<sup>4</sup>. En Perú, el año 1995 UNICEF determinó que el 40% de los padres identificaban la respiración rápida como dato sugente de neumonía, una proporción similar a la encontrada en nuestro estudio. Sin embargo, luego de un programa gubernamental de intervención, este porcentaje se incrementó hasta un 80%<sup>7</sup>.

Ávila y colaboradores también demostraron que para el tratamiento del niño con diarrea o neumonía, más de dos tercios de los entrevistados acudieron por ayuda al centro de salud, y un porcentaje menor recurrieron al consejo de amigos y parientes<sup>4</sup>. En nuestro estudio, una gran proporción (63%) solicitó consejos a vecinos y familiares con relación a la enfermedad de su niño y sólo en 24% de los casos estos consejos estaban orientados a buscar ayuda médica. Por otra parte, aunque el reconocimiento de

datos de alarma está alrededor del 50%, sólo dos tercios indicaron que acudirían a un centro de salud y de este porcentaje sólo el 20% en las primeras 12 horas. La distancia parece ser el principal factor y fue informado como significativo en otro estudio similar en Perú<sup>7</sup>. Sin embargo, también el rol de la medicina tradicional parece ser importante, puesto que una proporción significativa de las madres (aproximadamente un tercio) recurriría a medicina alternativa primero. Este valor es considerablemente mayor al informado recientemente en el estudio realizado por Galvez y colaboradores donde se informa un porcentaje del 15%<sup>7</sup>.

Se reconoce que, para planificar actividades de educación y comunicación social efectivas, se debe contar con información de base sobre la población, particularmente acerca de sus conocimientos, creencias y prácticas en el área de interés<sup>4</sup>. Por los hallazgos de este estudio, es claro que la falta del reconocimiento de los signos de alarma por parte de las madres residentes de área rural probablemente contribuya significativamente con la llegada tardía de los pacientes a las unidades de salud y por tanto al incremento de la mortalidad y morbilidad por cuadros respiratorios y diarreicos<sup>8</sup>. En base a estos resultados se deben orientar las estrategias de intervención educativa hacia el reconocimiento temprano de los signos de alarma y la búsqueda de atención en el momento oportuno. Tomando en cuenta el nivel educativo encontrado que no incluye el analfabetismo, se sugiere que en el diseño de las estrategias de comunicación se enfatice la utilización de medios impresos para la entrega de los mensajes educativos. Diversos estudios de países en desarrollo han demostrado que la educación materna tiene un fuerte impacto sobre la mortalidad infantil, y en promedio cada año de incremento en la educación de las madres se corresponde con una reducción del 7 al 9% en la mortalidad de los niños menores de 5 años<sup>9, 10</sup>.

Se puede concluir que la cultura sanitaria que poseen las madres de niños sobre temas básicos relacionados

con la salud infantil es deficiente y resalta la falta de dominio en la identificación de síntomas y signos de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia. Sería recomendable realizar estudios similares en madres de otras áreas rurales y urbanas donde se ofrece atención primaria de salud para que los hallazgos futuros de estos estudios logren que los programas vigentes sean más aceptables y efectivos en obtener cambios favorables en el comportamiento de los mayores responsables del cuidado de los niños, los padres.

## Referencias

1. Benguigui Y, Bossio JC, Fernandez HR. Investigaciones operativas sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. OPS. Washington DC: 2001.
2. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 1999;354:16-20.
3. Instituto Nacional de Estadística. Bolivia: niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad infantil. Disponible en URL: <http://www.ine.gov.bo/PDF/MortalidadInfantil/Infantil0.pdf>.
4. Avila GA, Henne K, Posas J, Thurston A, Acosta ME, Withson D. Conocimientos y prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias en Lempira, Honduras. *Rev Med Hond* 2001;69:52-61.
5. Hernández JM, Gutiérrez ME, Suarez G, Bermúdez RM. Elementos básicos de salud infantil en mujeres cuidadoras de niños. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004;20:5-6.
6. Avila A, Alvarez M. Evaluación de los cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de las madres beneficiarias del Programa de Apoyo Alimentario PAL-DICONSA después de la capacitación. Disponible en URL: <http://www.rlc.fao.org/es/nutricion/mex3002/pdf/evalpal.pdf>.
7. Galvez CA, Modeste N, Lee JW, Betancourt H, Wilkins RL. Conocimientos de madres peruanas sobre la neumonía en niños menores de 5 años y capacidad para reconocer sus síntomas. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11:99-108.
8. Mazzi E, Cordero D, Mejia M. Estrategia AIEPI en Bolivia. *Rev Soc Bol Ped* 1997;36:106-8.
9. Cleland JG, Van Ginneken JK. Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Soc Sci Med* 1988;27:1357-68.
10. Pena R, Wall S, Persson LA. The effect of poverty, social inequity, and maternal education on infant mortality in Nicaragua, 1988-1993. *Am J Public Health* 2000;90:64-9.