

**CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA PARA EDA E IRA DE
CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS, DE UNA
LOCALIDAD DE CARTAGENA. 2018.**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
IRMA YOLANDA CASTILLO AVILA**

**COINVESTIGADORES
JEYMIS ESTHER CABEZA MIRANDA
ERIKA PATRICIA GONZÁLEZ DE LA ROSA
DIANA MARCELA HERRERA GALVIS
ELIZABETH MARTINEZ MARTÍNEZ
INGRID MORALES GUERRERO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
CAMPUS CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

SEPTIEMBRE DE 2018

TABLA DE CONTENIDO

LISTADO DE TABLA	3
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
MARCO TEORICO	11
<i>Salud infantil en el contexto internacional</i>	11
<i>La estrategia AIEPI como herramienta para mejorar la salud infantil</i>	12
<i>Atención en salud para la primera infancia en el marco legal de la Resolución 3280 de 2018</i>	14
<i>Las enfermedades más prevalentes en la infancia</i>	15
<i>Conocimientos de los cuidadores de menores de cinco años para detectar signos de alarmas en el estado de salud</i>	16
<i>El rol de enfermería para la mejora de los conocimientos de los cuidadores sobre signos de alarma</i>	17
MATERIALES Y METODOS	19
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
ANEXO 1. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	44
ANEXOS 2. TABLAS DE RESULTADOS	49

LISTADO DE TABLA

Tabla 1. Listado de barrios pertenecientes a la localidad 3	20
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes del estudio	49
Tabla 3. Frecuencia de Gripe, Resfriado o Tos en el último año	51
Tabla 4. Molestias reconocidas por el cuidador cuando el menor presenta problemas respiratorios	51
Tabla 5. Reconocimiento de los signos de alarma para Infecciones Respiratorias Agudas ...	51
Tabla 6. Acciones realizadas por el cuidador cuando reconocen signos de alarma para infecciones respiratorias agudas en el menor	52
Tabla 7. Otros signos de infección respiratoria aguda reconocidos por los cuidadores	53
Tabla 8. Frecuencia de diarrea en los niños en el último año	54
Tabla 9. Reconocimiento de los signos de alarma para Enfermedad Diarreica Aguda	54
Tabla 10. Acciones realizadas por el cuidador cuando reconocen signos de alarma para Enfermedades Diarreicas Agudas en el menor	55
Tabla 11. Otros signos de alarma reconocidos por los cuidadores de la enfermedad diarreica aguda	56

RESUMEN

Objetivos: Determinar los conocimientos sobre los signos de alarma para enfermedades prevalentes (EDA E IRA) de los cuidadores de niños y niñas menores de 5 años de una localidad de Cartagena 2018.

Método: Estudio descriptivo. La muestra estuvo constituida por 523 familias con niños menores de 5 años, quienes se eligieron aleatoriamente en los barrios de la localidad 3 de la ciudad de Cartagena, Colombia. Se aplicó un instrumento de la OPS en el cual se midieron variables sociodemográficas y los conocimientos que poseen los cuidadores, sobre los signos de alarma para EDA e IRA. Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 21. Se aplicó estadística descriptiva. Los resultados son presentados en tablas.

Resultados: El promedio de edad de los cuidadores es de 34 años (DE=13,3) y el promedio de edad de los niños es 2,6 años (DE=1,4). En relación a los signos de alarma para infecciones respiratorias los encuestados reconoce en un 83.6% (437) la aparición de la fiebre, a pesar que ésta no se considera como un signo de alarma y el signo que menos reconocen es la tos con un 31% (162). En cuanto a Enfermedad Diarreica, el 88,1% (461) reconoce las heces acuosas como un signo de alarma, a diferencia de los vómitos repetitivos el cual es reconocido solo en un 41,9% (219).

Conclusiones: Se observó deficiencia en los conocimientos, así como prácticas inadecuadas por parte de los cuidadores frente a signos de peligro para EDA e IRA, evidenciándose la necesidad de reforzar el componente educativo dirigido a los cuidadores desde las instituciones de salud.

Palabras clave: Salud infantil, Cuidadores, AIEPI, Diarrea, Infecciones del sistema respiratorio, Conocimientos, Mortalidad infantil. Fuente: DeCS

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades prevalentes en la infancia son un conjunto de enfermedades que suelen ser de un curso benigno, en nuestro medio estas son las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones del sistema respiratorio, ambas suelen presentarse en niños menores de 5 años y van acompañadas por signos de alarma que alertan sobre el curso de la enfermedad y con ello su gravedad (1).

El no reconocimiento de los signos de alarma de las enfermedades prevalentes en la infancia por parte de los padres y cuidadores puede retrasar y limitar la atención oportuna para que el niño sea visto por un profesional de la salud y, de esta manera, mitigar los riesgos de complicaciones en la salud, así como la muerte de los menores (2).

Por lo mencionado anteriormente el presente estudio tiene como objetivo determinar cuáles son los conocimientos que tienen los cuidadores de niños menores de cinco años sobre signos de alarma en enfermedades prevalentes EDA e IRA, haciendo énfasis en la importancia de reconocer de manera oportuna estos signos y ofrecerle una atención oportuna al menor.

El estudio inicialmente muestra la situación mundial, nacional y local de la mortalidad infantil a causa de estas enfermedades, así como el conocimiento de los padres, madres y cuidadores sobre los signos de alarma, luego menciona el marco teórico, los objetivos y la metodología utilizada.

La segunda parte de la investigación muestra los resultados arrojados por el instrumento de recolección, así como el análisis a partir de los resultados obtenidos.

El instrumento de recolección está constituido por 3 secciones donde la primera indaga sobre los datos sociodemográficos de los cuidadores y los niños, la segunda cuestiona sobre los conocimientos que tienen los cuidadores sobre los signos de alarma para las IRAs y la última sección indaga sobre los conocimientos de los cuidadores sobre los signos de alarma para las EDAs. Los cuidadores podían marcar que acciones realizaban ante la presencia de cada signo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, de acuerdo con la UNICEF, cada año mueren en los países en desarrollo casi once millones de niños y niñas menores de cinco años, a consecuencia de enfermedades de fácil prevención y tratamiento, como la deshidratación diarreica y las infecciones agudas de las vías respiratorias (1). La OMS, ha indicado que más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se deben a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y asequibles (2), lo que podría atribuirse al desconocimiento por parte del cuidador de los signos de alarma que les permitiría a los menores ser tratados de manera oportuna y, también a la falta de cobertura del sistema de salud en cuanto al desarrollo adecuado de los programas de prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia (1).

A pesar de los esfuerzos mundiales para la reducción de la mortalidad infantil, no pudo ser alcanzado el cuarto objetivo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que buscó reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años (3), por lo que esta mortalidad sigue siendo considerada un problema de salud pública. En el 2015, se estimó que aproximadamente 9 millones de niños menores de cinco años mueren cada año, lo que significa que fallece un niño en el mundo cada 4 segundos (4). Por consiguiente, desde de enero de 2016 y hasta el año 2030 se trabaja por dichos objetivos mundiales los cuales, en la actualidad, llevan por nombre Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (5). En ese sentido el aporte de las diferentes organizaciones relacionadas con la salud infantil, deben estar encaminadas cada vez más a la disminución de la tasa de mortalidad infantil, haciendo énfasis en las causas prevenibles y corregibles como lo son las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas (4).

De acuerdo a la situación de salud en Colombia y según lo contemplado en los ODS en su tercer objetivo sobre salud y bienestar, se decidió mantener tres metas, entre ellas, reducir la mortalidad infantil, debido a que, a pesar de la disminución en las cifras de niños y niñas fallecidos (6), según reportes del Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad por IRA en lo corrido del año 2018 es de 8,3 y por EDA de 1,6 por cada 100.00 niños menores de cinco años. Por otro lado, la semana epidemiológica 34 del mismo año, reporta la notificación de 429 casos de muerte por Infección Respiratoria Aguda (IRA) incluidos casos procedentes del exterior, mientras que para Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) se han presentado 98 casos de niños menores de cinco años incluidos casos de infantes procedentes del exterior (7). Es importante resaltar que, pese a los esfuerzos mundiales y específicamente en Colombia de acuerdo al boletín epidemiológico, a semana 22 de 2018, la enfermedad diarreica aguda sigue siendo una de las cinco primeras causas de consulta, hospitalización y mortalidad en dicho grupo poblacional (7).

Por otra parte, en el departamento de Bolívar para el año 2017, se registró que la tasa de mortalidad para EDA fue de 4,83 por cada 100.000 menores de 5 años. Y la tasa de mortalidad para IRA fue de 20,3 casos por cada 100.000 menores de cinco años (8).

En el Distrito de Cartagena, durante el año 2018 hasta el periodo epidemiológico IX se notificaron un total de 39.075 casos de Enfermedad Diarreica Aguda. Con respecto al reporte del SIVIGILA, tomando como referencia la semana epidemiológica 33 se evidencia una disminución considerable en la presencia de casos por dicha patología, puesto que en el 2017 se presentaron 1002 casos mientras que en el 2018 se presentaron 978. Con relación a las tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años, se determinó que la tendencia es al ascenso, debido a que durante lo recorrido en el 2015 se observó una tasa de 12,1 por 100.000 menores de 5 años, para el año 2016 se aprecia una tasa de 9,7 por 100.000 menores de 5 años, para el 2017 se estimó una tasa de 7,3 por 100.000 menores de 5 años y para el presente año una tasa de 26,7 por cada 100.000 menores de 5 años (9).

En el 2018 se notificaron al DADIS hasta semana epidemiológica número 32, un total de 23 casos de muerte por IRA en menores de cinco años, de los cuales confirmaron 21 casos, 12 de ellos fueron confirmados como muerte evitable por IRA en menor de 5 años, los cuales se distribuyeron en las localidades del Distrito de la siguiente manera: mayoritariamente en la Localidad 2: De la Virgen y turística (12 casos), localidad 3: Industrial y de la Bahía (8 casos) y localidad 1: Histórica y del caribe (1 casos); mientras que por EDA fueron notificados 2 casos, de los cuales se confirmaron con presencia en las localidades 2 y 3 (9).

Debido a estos factores, la prestación de atención de calidad a los niños enfermos supone un importante desafío, razón por la cual los esfuerzos de la OMS y UNICEF se han concentrado en la implementación de la estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (10). Esta estrategia, se constituye actualmente en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez, centrando su atención en el estado de salud de los menores de cinco años y no en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo favorece las oportunidades de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para madres, padres y personal de salud, además incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, así como su crecimiento y desarrollo saludable (11).

En este sentido, es importante que los cuidadores reconozcan a tiempo el deterioro en la salud de los niños y niñas, puesto que al no hacerlo se genera un retraso en la consulta al servicio de salud, lo cual puede generar un agravamiento de la enfermedad, y puede requerir que el niño sea tratado en un centro de salud de alta complejidad, o incluso puede provocar su muerte (3). Aunque si bien la mejora de los tratamientos médicos, en combinación con un mayor acceso a la atención sanitaria, ha beneficiado a la infancia en muchas partes del mundo, en otras continúan falleciendo una gran cantidad de niños y niñas de forma innecesaria. Muchos de estos niños y niñas nunca han asistido a un centro de atención sanitaria, bien sea porque los servicios no existen, porque sus familias no tienen acceso a ellos, o porque las familias u otras personas responsables de su cuidado son incapaces de reconocer los síntomas de una enfermedad mortal (12).

Actualmente en Colombia se comenzó a implementar el modelo integral de atención en salud (MIAS) regido por la resolución 3280 del 2018 donde se da paso a las rutas integrales de atención en salud (RIAS), a partir de su ejecución cambiará lo que se venía trabajando en Colombia, ya que tanto las entidades territoriales, las aseguradoras, y los prestadores de servicios, estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad en todos los grupos de edad (13).

Este modelo se encargará de enfatizar lo preventivo sobre lo curativo a través de educación y empoderamiento de la propia salud, es decir, las personas estarán activamente involucradas participando e implicándose en su estado de salud. Si se habla específicamente del grupo de primera infancia, se espera que la información que se brindará a los padres, cuidadores y los propios niños tenga resultados positivos disminuyendo el desconocimiento de muchos temas de interés en salud (13).

Uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños menores de cinco años atendidos en los servicios de salud, es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado de los niños con respecto a los signos de alarma que indican que el niño debe ser visto por un personal de salud (14). Lo anterior, fue comprobado en un estudio realizado en Chile, en el cual participaron 118 madres o cuidadores de niños, donde se relaciona el nivel de conocimiento sobre signos de alarma de IRA con la escolaridad, nivel socioeconómico y educación previa sobre la patología, resultan ser directamente proporcional; asimismo concluyen que se muestra un aumento en el nivel de conocimientos sobre dichos signos de alarma cuando la madre o cuidador han tenido la experiencia de un hijo con patologías respiratorias u hospitalización por esta causa o un familiar con una enfermedad respiratoria crónica; enfatizando en que se hace necesario potenciar el área de educación respecto al tema en atención primaria, para disminuir la morbilidad y mortalidad infantil por esta causa, y donde las madres o cuidadores de niños puedan detectar los signos de alarma a tiempo, para garantizar una atención primaria oportuna (15).

En Colombia la estrategia AIEPI se adopta desde el año 1.999 a través del Ministerio de Salud para contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años, existiendo evidencias de su implementación en grandes ciudades como Bogotá, Cali, Medellín y departamentos como Atlántico. Esta estrategia ha sido utilizada como herramienta de vigilancia epidemiológica y sus directrices parten de las políticas de salud pública del país, logrando disminuir la muerte por Eda e Ira incluyendo medidas de promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento. Sin embargo, son muy pocas las publicaciones de estudios realizados acerca de los signos de peligro y las prácticas del cuidado en casa aplicadas por los cuidadores en Colombia (16).

En Cartagena la estrategia AIEPI es promovida a través del Departamento Administrativo Distrital de Cartagena (DADIS) como programa de salud pública (17). Sin embargo, pese a la implementación de dicha estrategia, aún es muy poco el conocimiento que poseen los

cuidadores sobre los signos de alarma, tal como se evidencia en un estudio realizado por Delgado M (18), donde se indica que, del total de las madres encuestadas, 54% conocen como mínimo dos signos de peligro en EDA (18). Por otro lado, Díaz C (16), realizó un estudio donde encuestó a 127 madres de niños menores de 5 años de los corregimientos de Barú y Caño del Oro, obteniendo como resultados que un 86,9% de las encuestadas no supieron identificar los signos de alarma para EDA e IRA, ratificando aún más la falta de conocimiento de los cuidadores sobre los mismos (16).

En atención a lo anterior y luego de observar la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, relacionados con las IRA y EDA en la ciudad de Cartagena de Indias y sus localidades, surge la necesidad de conocer la preparación de los cuidadores de esta población a través de la determinación de su conocimiento sobre los signos de alarma y atención requerida. Como bien se indicó anteriormente, la ciudad de Cartagena cuenta con 3 localidades, a saber, la Localidad Histórica y del Caribe, de la Virgen y turística e Industrial y de la Bahía, siendo esta última, la segunda con más muertes en niños menores de cinco años por IRA y una de las localidades en las que se presentan casos de EDA. Lo anterior podría estar relacionado con su ubicación, en la zona sur occidental de la ciudad, la población solo cubre el 35% de su territorio, la zona industrial y una serie de puertos ubicados en Mamonal, también cuenta con grandes cadenas en el sector comercial. Por tanto, la aplicación de un estudio en dicha zona, para establecer el conocimiento de sus residentes ante los signos de alarma de enfermedades causantes de mortalidad en la población infantil, permitiría identificar las necesidades de formación y orientación comunitaria que desde enfermería ayuden a las autoridades sanitarias a establecer mecanismos correctivos en pro de la reducción de este tipo de muertes (15, 20).

Por tal motivo se ha planteado la siguiente pregunta: *¿Qué conocimientos sobre signos de alarma para Eda e Ira tienen los cuidadores de niños y niñas menores de cinco años de una localidad de la ciudad de Cartagena?*

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos de los cuidadores de niños y niñas menores de 5 años sobre los signos de alarma para enfermedades prevalentes (EDA e IRA) en una localidad Cartagena 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de niños y niñas menores de 5 años participantes en el estudio.
- Determinar los conocimientos sobre los signos de alarma de IRA en cuidadores de niños y niñas menores de 5 años.
- Determinar los conocimientos sobre los signos de peligro de EDA en cuidadores de niños y niñas menores de 5 años.

MARCO TEORICO

En el desarrollo del presente estudio, es necesario tener claridad sobre algunos aspectos, tales como la importancia de la salud infantil y las estrategias para su atención y disminución de la mortalidad, al igual que el tipo de enfermedades con mayor presencia y respecto de las cuales debe tenerse especial cuidado. Así mismo, debe establecerse el papel que juega la enfermería en los cuidados y promoción de su conocimiento en el cuidado de los niños, especialmente en la identificación de signos de alarmas, aspecto fundamental en la disminución y erradicación de mortalidad en menores que pueden ser prevenibles, prevenibles y tratables (2).

Salud infantil en el contexto internacional

El avance de los países americanos en la reducción de la mortalidad y la morbilidad en la niñez, empleando intervenciones basadas en datos científicos, conocimientos y tecnologías nuevas ha sido importante. La población infantil representa el futuro, su crecimiento y desarrollo saludable son puntos que deben representarse como una de las máximas prioridades para todas las sociedades. Los niños y los recién nacidos son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría (19). Aunque la inversión en la salud del niño ha estado en la agenda de las políticas públicas durante más de 40 años y los estados miembros han logrado mejores niveles de integración de los servicios de salud del niño en los establecimientos sanitarios, estos requieren una renovada atención y un enfoque intersectorial en cuanto a la integración de nuevas políticas, estrategias, planes sanitarios nacionales, leyes y reglamentos (20).

Muchos niños de países en desarrollo no alcanzan a desarrollar todas sus potencialidades debido a un factor muy importante: sus familias son de bajos recursos económicos. Estas familias no cuentan con una nutrición y unos cuidados adecuados, y sus oportunidades de aprender son limitadas debido a las pocas oportunidades que se les brindan. Los servicios de salud, los trabajadores sanitarios y los dispensadores comunitarios pueden desempeñar un papel importante en la promoción del desarrollo de los niños pequeños (10).

Cada día millones de padres, madres o cuidadores acuden a hospitales o centros de salud, en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos. Los estudios indican que en muchos casos el personal de salud no evalúa ni trata adecuadamente a los niños, y que los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado. En los servicios sanitarios de primer nivel de países de bajos ingresos, el apoyo diagnóstico de servicios como los de radiología y laboratorio es mínimo o inexistente y a menudo escasean los medicamentos y el equipo. La limitación de suministros y de equipo, junto con el ritmo irregular del flujo de pacientes, reducen las posibilidades de que los médicos de este nivel de atención puedan aplicar procedimientos clínicos complejos para tratar a los niños (10).

La estrategia AIEPI como herramienta para mejorar la salud infantil

La estrategia AIEPI es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Fue creada en relación con la organización panamericana de la salud y el fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo de todos los agentes que velan por un mejor servicio de la salud en los menores. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios (10).

Sus objetivos son:

- Contribuir a la reducción de la mortalidad en la infancia.
- Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños.
- Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años de vida de los niños (21).

La estrategia AIEPI abarca tres componentes principales:

- Mejora de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos.
- Mejora general de los sistemas de salud.
- Mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades (10).

En los centros sanitarios, la estrategia AIEPI promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños con enfermedades graves. En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la mejora de la nutrición, la atención preventiva y la aplicación correcta del tratamiento prescrito (10).

La estrategia AIEPI se promueve por la necesidad de:

Disminuir de forma considerable la muerte en los menores de cinco años, la cual se puede ver representada a través de las enfermedades más comunes como lo son: neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones (22).

Lograr una disminución en la incidencia e incluso la gravedad de los diferentes episodios de enfermedades que llegan a ser infecciosas afectando a los menores, especialmente por neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria, además de los trastornos nutricionales (22).

Garantizar una mejora tanto en los servicios como en la calidad de la atención brindada a los menores de cinco años, no solo en el servicio de salud correspondiente sino también en el hogar (10).

Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la niñez y la atención de los servicios de salud, en la dinámica familiar, comunitaria y local; apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los niños menores de 5 años y la protección del ambiente (22).

Con respecto a las estrategias promovidas por AIEPI es importante establecer que para poder lograr cada uno de los puntos anteriores, ésta realiza ciertas intervenciones en el hogar con el fin de lograr una mejoría en el sistema de salud brindado a los menores (22).

La OMS y el UNICEF, sobre la base de pruebas científicas y de la experiencia existente, promueven a través de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, prácticas clave para fomentar el crecimiento y desarrollo saludables de los menores de cinco años (23).

Las prácticas se organizan en cuatro grupos, según la intención que tiene cada una de las Mismas. Los cuales son:

- **Grupo 1:** Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño: en este grupo se encuentran las prácticas que tienen que ver con la alimentación y la estimulación.
- **Grupo 2:** Para prevenir enfermedades: En este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con el cuidado del ambiente (saneamiento, prevención de malaria y dengue y, de infección por VIH SIDA).
- **Grupo 3:** Para los cuidados en el hogar: En este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con todas las acciones que se deben llevar a cabo para el cuidado del niño enfermo en el hogar y para evitar que desmejore su estado y mejorar el auto cuidado familiar.
- **Grupo 4:** Para buscar atención fuera del hogar: Aquí se encuentran las prácticas relacionadas con la identificación de los signos de peligro, los cuidados posteriores a la atención y los cuidados a la gestante (24).

Este último grupo abarca 3 prácticas claves, donde se encuentra la práctica 16 siendo el objetivo fundamental del presente trabajo. Dicha práctica lleva por nombre: **Identificar signos de peligro** la cual brinda las pautas para saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud para evitar daños graves o la muerte (24).

Los signos generales de peligro que establece la estrategia son: No quiere mamar, está letárgico o inconsciente, convulsión, vomita todo lo que come, dificultad respiratoria, ruidos respiratorios, tiraje subcostal y aleteo nasal (24).

Cuando se habla sobre los signos de alarma se hace referencia a todos esos signos o síntomas que indican la presencia de alteraciones graves en el organismo (25) que pueden poner en peligro la salud de las personas en este caso la de los menores. En relación a la fiebre es importante resaltar que es una respuesta del organismo frente a diversas situaciones siendo un mecanismo de defensa, por lo cual no se debe considerar como un signo de peligro. Pero de igual manera aclara que en presencia de esta se debe vigilar y acudir en busca de ayuda cuando esté acompañada de: rigidez de nuca, convulsiones, Petequias, decaimiento o cuando la temperatura sea mayor de 40°C (26).

Uno de los puntos más importantes es la educación que se le debe brindar, no solo a la madre sino también a todas aquellas personas que se encuentren responsables de la salud y bienestar del niño. Además, el manejo precoz de la situación independientemente de cuál sea, permitirá atender de forma oportuna a través del conocimiento al menor, de tal forma en que se pueda salvar su vida, preservar su integridad y bienestar. Por último, es muy importante que los familiares logren seguir las indicaciones establecidas por el médico para de esta manera poder observar la evolución que el menor ha tenido en relación con la enfermedad dictaminada (22).

Aparte de la estrategia AIEPI que vela por la salud de la primera infancia y por disminuir la morbilidad y mortalidad también acatamos la resolución 3280 de 02 de agosto de 2018 la cual modifica la 0412 de 2000 la cual rige las normas técnicas y administrativas dándole vía a las rutas integrales de atención en salud, beneficiando y mejorando la atención a la población en general.

Atención en salud para la primera infancia en el marco legal de la Resolución 3280 de 2018.

Las rutas integrales de atención en salud (RIAS), en el marco del modelo integral de atención en salud (MIAS), tiene como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligados a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, gestantes, adolescentes, adultos y adultos mayores (27). Por consiguiente las RIAS son una herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las comunidades, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud (27).

En ese orden de ideas se encuentra que enfermería juega un papel importante en la implementación de dicho modelo, y hablando específicamente de la primera infancia se halla que los objetivos de estas son:

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral (físico, cognitivo, social de los niños y niñas)
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños(as) mediante la información en salud con padres o cuidadores y niños(as) lo cual va de la mano con la estrategia AIEPI que se centra en la prevención y promoción de la salud en este grupo de edad, donde se evidencia que se involucra a los niños en la promoción de su salud mediante la educación (28).

Las enfermedades más prevalentes en la infancia

Según la ONG internacional La mortalidad infantil tiene 6 principales causas posicionándose en primer lugar las infecciones respiratorias como neumonía con un 19%, y las enfermedades diarreicas en segundo lugar con un 17% (29).

Enfermedad diarreica aguda se define como una infección del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la diarrea. Esto es, la deposición 3 o más veces al día de heces sueltas o líquidas.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, como en el caso del cólera.
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disintérica o disentería
- la diarrea persistente, que dura 14 días o más (29).

La enfermedad diarreica por su parte es la segunda mayor causa de muerte de niños menores de 5 años, y ocasionan la muerte de 760.000 millones de niños cada año (30). En Colombia para la semana epidemiológica 22 de 2018 la tasa de mortalidad nacional para EDA es de 10,5 casos por 1.000.000 de niños menores de 5 años (31). De la misma manera podemos observar que la morbilidad por EDA, teniendo en cuenta los grupos de edad, el más afectado fue el comprendido 1 a 4 años con un 11441 casos (32).

El programa de infancia, estrategia AIEPI del DADIS con el apoyo de la Dirección Operativa de Salud Pública siguen adelantando medidas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, en la población infantil para disminuir la mortalidad y morbilidad en los niños menores de cinco años con sus respectivas acciones (33).

Señales de gravedad en el niño con enfermedad diarreica:

- Ojos hundidos.
- Fontanela o mollera hundida.
- Boca seca o mucha sed.
- Al pellizcar la piel en la zona abdominal demora en recuperar su posición normal (18).

Infección respiratoria aguda: La Infección Respiratoria Aguda (IRA) constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país (34). Para la semana 22 de 2018 la tasa de mortalidad en Colombia fue de 4,7 por cada 100.000 niños menores de 5 años (31).

Señales de gravedad en el niño con infección respiratoria:

- Aumento en la frecuencia respiratoria o respiración rápida
- Se le hundan las costillas al respirar.
- Presenta ruidos extraños al respirar o “le silba el pecho”.
- No quiere comer o beber y vomita todo.
- Decaimiento y somnolencia.
- Ataques o convulsiones (34).

Conocimientos de los cuidadores de menores de cinco años para detectar signos de alarmas en el estado de salud

La estrategia AIEPI plantea dentro de sus componentes las practicas claves, lo que permite que madres, padres, cuidadores y allegados a los menores de 5 años, pongan en práctica su contenido y de esta forma disminuir la mortalidad infantil, pero se debe indagar porque a pesar de que existe el material para prevenir las muertes infantiles por causas prevenibles siguen existiendo casos; es allí donde se decide mirar dos aspectos importantes en lo que va a ser el entorno de los niños. Primero el nivel de educación de la madre, y la edad de la misma.

En un estudio realizado en la ciudad de Cartagena se encontró que tanto la edad y el nivel educativo va a influir en el reconocimiento de un signo de alarma para IRA específicamente y de igual forma su manejo oportuno, donde se evidencia que en la adolescencia tardía (17-19 años) se identifican más o menos 3 signos de alarma de IRA respiración rápida (68,4%), resultado significativo en cuanto a la adolescencia temprana (14-16) donde sólo un 31,6% o identificaron. En una relación similar se encontró el signo de reconocimiento de ruidos raros donde en el primer grupo la reconoció en mayor proporción (35).

Por otro lado se encontró otra variable en el estudio y es el nivel educativo de la madre, donde de igual forma se tomó en cuenta aquellas madres cuyos estudios llegaron hasta octavo o menos, o de noveno a once, donde aquellas madres con un nivel de educación más avanzado identificaron en mayor proporción la respiración rápida como signo de alarma (70,8%) en comparación con el segundo grupo donde solo el 29,1% lo hizo, y se comporta de forma similar en otros signos como ruidos raros al respirar (35).

En un estudio realizado por Cristóbal V (36) identifica variables como la edad y el nivel de educación sobre enfermedades diarreicas y como debe ser la alimentación del menor cuando presenta la enfermedad, donde se encontró que la diferencia es significativa en cuanto al nivel educativo y la edad donde la mayoría de madres tuvieron conocimientos

deficientes (83,2%) y prácticas inadecuadas (96,8%) sobre la alimentación del niño durante EDA, siendo estas variables (edad, nivel educativo) importantes para las buenas prácticas y conocimiento en enfermedades prevalentes (36).

En este punto se debe tener muy en cuenta aquellos factores que influyen en el cuidado de los niños y la edad de la madre, ya que esto puede ser un factor protector para el buen trato y cuidado de los infantes, en el artículo “educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos” se tienen en cuenta varios aspectos como lo son el comportamiento nutricional de los niños menores de 3 años, consulta de crecimiento y desarrollo, comportamiento neurológico y desarrollo intelectual, y un dato bastante importante que es con relación a la morbilidad se identificó que las enfermedades IRA y EDA estuvieron presentes en todos los hijos de madres adolescentes. Así tenemos que el 63,3 % presentó EDA y el 38,7 % IRA; siendo estas unas enfermedades totalmente prevalentes se debería hacer la respectiva educación para que no se conviertan en casos reales de mortalidad infantil (37).

Según lo anterior, se sabe que la edad y el nivel educativo van a influir en la aparición y buen cuidado de enfermedades como IRA, EDA, pero también debemos tener en cuenta la importancia de que las madres tengan un buen cuidado con sus hijos para que estas no aparezcan o en caso tal que se tengan, se resuelvan lo más pronto posible sin ninguna complicación, entonces encontramos que estadísticamente los niños y niñas menores de 3 años de los países de vía de desarrollo presentan un promedio de tres episodios diarreicos por año (37).

En este caso la educación de madres y cuidadores va a ser fundamental para que no haya una incidencia de casos, según un estudio aplicado a una comunidad peruana se decidió determinar los conocimientos previos a una educación y después de la intervención por parte del personal de enfermería, donde se dio como resultado que antes de la educación los conocimientos era deficientes donde se daba por resultado que no se conocían signos de alarma tales como presencia de sangre en las deposiciones (11,7%), beber mal o no poder beber (13,3%), tiraje subcostal (8,3%) y silbido de pecho (15%), después de la respectiva educación se encontró que los signos más reconocidos fueron respiración rápida (86.7%), diarreas acuosas(88,3%) y ojos hundidos (83.3%) (38).

Concluyendo así que las intervenciones por parte del personal de salud siempre van a ser de suma importancia para el control de mortalidad infantil por enfermedades prevalentes.

El rol de enfermería para la mejora de los conocimientos de los cuidadores sobre signos de alarma.

El cuidado es fundamental en la atención de individuos sanos o enfermos de una comunidad en todos los grupos poblacionales. En cuanto a los cuidadores cabe mencionar que al referirnos a cuidadores informales por lo general se trata de familiares o allegados a la persona que se encuentra en mal estado de salud, este se encargan de asumir los cuidados de la misma, en algunos casos suele ser por voluntad propia, en otros por necesidad e incluso obligación cultural, en el caso de los niños por lo general son los padres los que se

encargan de este cuidado o en su defecto familiares o las personas legalmente a cargo de ellos (39).

Mientras que el cuidado formal es brindado por el personal técnico o profesional de enfermería del cual es la esencia en esta disciplina y su finalidad es preservar al ser humano sus condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado las cuales se encuentran basadas en conocimientos teórico-práctico científicos y humanísticos que contribuirán a la conservación y mantenimiento de la vida de una forma integral y holística (40). De acuerdo con la teorista Madeleine Leininger es importante que la atención de enfermería se brinde teniendo en cuenta el contexto cultural en la que se encuentre la persona, los valores, creencias, principios, entre otros aspectos propios de cada comunidad y que así mismo la atención brindada sea culturalmente coherente y acorde a su modo de vida, implementándola de una manera holística a padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años (39).

La educación sanitaria es uno de los pilares básicos dentro de la Enfermería, por esto precisamente, porque transmite y proporciona una serie de conocimientos y herramientas a la población acerca de aquello que no puede solucionar por sí misma en temas de salud y consigue que ésta sea capaz de solucionar estos problemas (41). La educación hace parte del rol del enfermero y del cuidado profesional que brinda a las personas en los diferentes ámbitos, en la cual sus objetivos educacionales se encuentran: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y la rehabilitación de las personas (42). La intervención de la enfermería sobre los cuidadores permite que estos se informen de forma más amplia sobre el verdadero papel que juegan en cuanto al cuidado de personas con enfermedades que no pueden suplir sus propias necesidades, e incluso en la adquisición de diferentes conocimientos para el tratar de la misma. Algunos de los puntos que normalmente se desarrollan con la enfermería son las diferentes estrategias para brindar cuidado con calidad, otro de los puntos incluso más importantes es la comunicación que se tiene con el “paciente”- cuidador, y por último los conflictos intrafamiliares.

No dejando atrás cada uno de los apuntes nombrados, es en este contexto donde resulta importante la labor de enfermería, ya que esta es la encargada de tener en cuenta los principales principios y funciones pertenecientes a todo profesional de enfermería en relación con la educación, a través de la cual se pretende resaltar y lograr reconocer tanto las fortalezas como las falencias con el fin de reforzar o cambiar prácticas de cuidado y, así mismo, ayudar a padres y/o cuidadores de los niños al reconocimiento temprano de los signos y síntomas de las enfermedades prevalentes en la infancia, logrando una consulta temprana a las instituciones de salud (39).

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio: Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del presente estudio corresponde a una *investigación descriptiva* ya que se describen los resultados encontrados.

Población: La población de estudio estuvo integrada por los cuidadores de los niños menores de cinco años residentes en la localidad 3: *industrial y de la bahía* de la ciudad de Cartagena, la cual está compuesta por 68 barrios divididos en 5 Unidades Comuneras de Gobierno (UCG) y 3 zonas rurales, contando aproximadamente con 305.820 habitantes según reporte del DADIS Cartagena en el año 2015 (43), de los cuales 29.347 representan a la población infantil menores de 5 años según estimaciones realizadas por datos obtenido de proyección poblacional DANE (44).

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 523 familias de padres de niños menores de 5 años, la cual surge después de aplicar la fórmula de población finita $n = \frac{Z^2 \cdot (P \cdot Q)}{e^2}$, donde:

Z=Nivel de confianza: 95%= 1,96

P= Proporción esperada del evento: 31% o 0,31

Q= Complemento de P de 69% o 0,69

e= Margen de error de 4% o 0,04

Ajustando al tamaño de población N= 9634

Y finalmente ajustando el tamaño de la muestra al porcentaje de pérdidas con la fórmula:

$$n_0 = \frac{n}{1 - R}, \text{ Donde:}$$

n_0 = Tamaño de la muestra ajustada

n= Muestra calculada= 523

R= Porcentaje de pérdidas: 10%= 0,10

Muestreo: Los participantes se eligieron por un muestreo aleatorio simple donde todos tuvieron la misma oportunidad de ser elegidos. Utilizando un muestreo estratificado.

TABLA 1: listado de los barrios pertenecientes a la localidad 3.

N°	LISTADO DE LOS BARRIOS DE LA LOC. 3	UCG	PERSONAS	MENORES DE 5 AÑOS	MUESTRA
1	CAMILO TORRES	14	1.263	121	7
2	EL CAMPESTRE	12	14.412	1.383	75
3	EL CARMELO	12	7.272	698	38
4	EL REPOSO	15	2.430	233	13
5	HENEQUEN	15	377	36	2
6	LA SIERRITA	14	409	39	2
7	LOS JARDINES	15	3.864	371	20
8	LUIS CARLOS GALAN	15	1.928	185	10
9	MARIA CANO	14	1.537	147	8
10	NELSON MANDELA	14	20.118	1.931	105
11	NUEVA JERUSALEN	14	782	75	4
12	PUERTA DE HIERRO	11	442	42	2
13	SAN FERNANDO	14	28.211	2.708	147
14	SAN PEDRO	12	4.970	477	26
15	VEINTE DE JULIO SUR	11	5.241	503	27
16	VILLA BARRAZA	11	367	35	2
17	VILLA FANNY	14	380	36	2
18	VILLA HERMOSA	14	3.958	380	21
19	VILLA ROSA	11	639	61	3
20	VILLA RUBIA	14	1.770	170	9
TOTALES			100.370	9.634	523

Fuente: DADIS CARTAGENA. CRUE: localidades 2015. Barrios localidad 3. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/crue/localidades/barrios_localidad3_2015.pdf

Criterios de inclusión

- Cuidadores de niños menores de 5 años que acepten participar
- Cuidadores con más de 6 meses de convivir en la ciudad.

Criterios de exclusión

- Cuidadores con problemas cognitivos

Instrumento

El instrumento de medición consta de dos partes, donde la primera hace referencia a los datos sociodemográficos del cuidador, tales como: barrio, sexo, edad, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, tipo de afiliación, religión, ingreso familiar mensual, tipología familiar; y del niño, como: edad, sexo, número de personas con las que vive más parentesco y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo. La segunda parte del instrumento se obtuvo de la OPS en el cual se aplica la estrategia AIEPI. Consta de un total de 36 preguntas, donde se describen cada uno de los signos de alarma para infecciones

del sistema respiratorio y enfermedades diarreicas agudas. Los encuestados marcaban con una equis (X) los signos de alarma que reconocían, así como las prácticas utilizadas o empleadas ante estos.

Los signos que se evaluaron para las infecciones respiratorias fueron: respiración rápida, dificultad para respirar, tos, fiebre, respiración ruidosa, bebe mal o no puede beber, si conoce otro signo o no sabe; y en el caso de enfermedades diarreicas los signos fueron: muchas heces acuosas, vomito repetitivos, sed intensa, bebe mal o no puede beber, fiebre, sangre en las heces, no mejora o está más enfermo, si conoce otro signo o no sabe. En cuanto a las practicas realizadas o empleadas ante la identificación de dichos signos de alarmas, los participantes podían marcar con una equis (X) múltiples respuestas, en relación con las infecciones respiratorias las opciones de respuestas fueron: lo automedica, le frota el pecho/ espalda, le hace inhalaciones, lo lleva al hospital o Centro Salud, le da bebidas calientes, lo abriga, le realiza lavados nasales, o no hace nada. Y para las enfermedades diarreicas las prácticas fueron: lo automedica, le da líquidos, suspende la lactancia/ alimentación, lo lleva al hospital o Centro Salud, no hace nada.

Procedimiento

Se explicó a los participantes el objetivo del estudio, la confidencialidad de los resultados y la participación de manera voluntaria. Se solicitó la firma de un consentimiento informado para ser partícipes de la encuesta, de igual manera se solicitó la firma de un testigo en los casos donde los cuidadores fueron menores de edad.

Se aplicó el instrumento donde los participantes auto diligenciaron la encuesta y en situaciones donde se presentaban dudas el encuestador las aclaraba.

Análisis estadístico: Los resultados se interpretaron de acuerdo a los datos demográficos y preguntas de la encuesta donde se evidenció que tanto conocen los cuidadores sobre los signos de alarma para infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas, haciendo uso de la estadística descriptiva. Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 21.

Aspectos éticos: El proyecto de investigación no tiene ningún tipo de riesgo que puedan afectar la integridad o dimensiones éticas, morales o creencias de las personas encuestadas, se respetará siempre los derechos y las decisiones tomadas por los mismos, acogiéndonos a los lineamientos de la Resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia.

VARIABLES:

- **Características sociodemográficas:** son el conjunto de características biológicas y socioculturales que están presentes en una población.
- **Conocimientos de los cuidadores sobre signos de alarma:** Es toda la información que poseen los cuidadores sobre cada signo de alarma de las enfermedades prevalentes en los niños como son EDA e IRA.

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	NIVEL DE MEDICION
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas y socioculturales que están presentes en una población.	Sexo	Femenino- masculino	Nominal cualitativa
		Edad	Nº de años cumplidos	Razón cuantitativa
		Estrato	1, 2, 3, 4, 5, 6.	Ordinal Cualitativa
		Escolaridad	-Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Técnico -Tecnólogo -Sin escolaridad	Nominal cualitativa
		Tipo de afiliación	-Contributivo -Subsidiado -Especial -No afiliado	Nominal cualitativa
		Ocupación	-Ama de casa -Trabajo independiente -Empleado -Desempleado	Nominal cualitativa

		Religión	<ul style="list-style-type: none"> -Católica -Cristiana -Testigo de Jehová -Adventista -Ninguna -Otras 	Nominal cualitativa
		Ingresos familiares mensual	<ul style="list-style-type: none"> -<1SMLV -1SMLV -2SMLV -3SMLV -4SMLV ó mas 	Ordinal Cualitativa
		Número de personas con las que convive.	<p>Nombre del familiar. Edad Parentesco</p>	Nominal cualitativa
		Tipología familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Nuclear completa -Nuclear modificada -Extensa -Extensa modificada 	Nominal cualitativa.

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	NIVEL DE MEDICION
		IRA	Reconocen algunos de los siguientes signos de alarma: Respiración rápida. SI NO Dificultad para respirar. SI NO Tos SI NO Aparición de fiebre. SI NO Respiración ruidosa. SI NO Bebe mal o no puede beber. SI NO Se pone morado. SI NO Otros. (¿Cual?)	Nominal cualitativo Nominal cualitativo Nominal cualitativo Nominal cualitativo Nominal cualitativo Nominal cualitativo

		<p>¿Qué practicas realiza ante la identificación de los signos de alarmas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Lo automedica -Le frota el pecho/espaldada. -Le hace inhalaciones. -Lo lleva al hospital o Centro de salud. -Le da bebidas calientes. -Lo abriga. -Lavados Nasal. -No hace nada. 	<p>Nominal cualitativo</p>
--	--	--	--	----------------------------

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	NIVEL DE MEDICION
<p>Conocimientos de los cuidadores sobre signos de alarma para Eda, Ira en niños menores de 5 años.</p>	<p>Es toda la información que poseen los cuidadores sobre cada signo de alarma de las enfermedades prevalentes en los niños como son EDA e IRA.</p>	<p>EDA</p>	<p>Reconocen algunos de los siguientes signos de alarma:</p> <p>Heces acuosas. SI NO</p> <p>Vómitos repetitivos. SI NO</p> <p>Sed intensa. SI NO</p> <p>Bebe mal o no puede beber. SI NO</p> <p>Aparición de fiebre. SI NO</p> <p>Sangre en heces. SI NO</p> <p>No mejora. SI NO</p>	<p>Nominal cualitativo</p> <p>Nominal cualitativo</p> <p>Nominal cualitativo</p> <p>Nominal cualitativo</p> <p>Nominal cualitativo</p> <p>Nominal cualitativo</p> <p>Nominal cualitativo</p>

		<p>¿Qué practicas realiza ante la identificación de los signos de alarmas?</p>	<p>Ojos hundidos. SI NO</p> <p>Otros. (¿Cual?)</p> <p>-Lo automedica. -Le da líquidos. -Suspende lactancia/ alimentación. -Le coloca paños de agua tibia. -Lo lleva al hospital o Centro de Salud. -No hace nada.</p>	<p>Nominal cualitativo</p> <p>Nominal cualitativo</p> <p>Nominal cualitativo</p>
--	--	--	---	--

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los participantes del estudio

Participaron 523 cuidadores de 20 barrios de la ciudad de Cartagena. La mayor proporción de los cuidadores son de sexo femenino con un 82.8% (433); el estrato socioeconómico en el que vivían fue el estrato 2 con el 53.3% (279) seguido del estrato 1 con 42.3% (221); según el nivel de escolaridad predomina la secundaria completa con el 40,9% (214). En cuanto a la seguridad social de los cuidadores prima el régimen subsidiado con el 58,5% (306), según la ocupación de los mismos predominan: ama de casa con el 55.3% (289), y estudiantes con 6,7% (35); de acuerdo a las creencias religiosas en su mayoría se consideran católicos con el 69.4% (363). En relación a los ingresos económicos familiares, se tiene que el 57.4% (300) de los menores pertenecen a hogares con ingresos de 1 SMLV. El tipo de familia que predomina entre los participantes son: extensas con el 48% (251), mientras que el 45.7% son familias nucleares.

En cuanto a los datos de los menores se encontró que predomina el sexo masculino con el 51.6% (270) Con respecto a la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, los resultados de la encuesta permiten inferir que el 71.7% (375) de los menores si asiste a los mismos. (Ver tabla 2)

Frecuencia de gripe, resfriado o tos en el último año.

De los participantes encuestados, se evidencia que el 67.9% (355) de los menores a su cuidado ha sufrido de gripe, resfriado o tos de 1 a 3 veces en el último año, en menor proporción un 7,3% (38) manifiesta más de 8 episodios de gripe, resfriado o tos. (Ver tabla 3)

Conocimientos sobre los signos de alarma para la IRA entre los cuidadores

Molestias reconocidas por el cuidador cuando el menor presenta problemas respiratorios.

En cuanto a las molestias reconocidas por los cuidadores, se tiene que el 82,2% (430) de los mismos, reconoce la secreción nasal como parte de los problemas respiratorios, a diferencia del dolor de oído que sólo es reconocido por el 9,2% (48) de los encuestados como síntoma propio de los problemas respiratorios. (Ver tabla 4)

Reconocimiento de la dificultad para beber como un signo de alarma frente a la infección respiratoria.

Si el niño bebe mal o no bebe, sólo el 52,8% (276) de los cuidadores considera que tiene una infección respiratoria, mientras que el 21% (110) no sabe. Dicho resultado refleja el claro desconocimiento de un síntoma muy importante causado por una infección respiratoria y, ante el cual, hay que tener especial urgencia. (Ver tabla 5)

Reconocimiento de la respiración rápida, dificultad para respirar, la respiración ruidosa y la coloración morada en la piel del menor como un signo de alarma frente a la infección respiratoria.

El 50,9% (266) de los cuidadores considera que cuando el niño respira rápido, es porque tiene una infección respiratoria. Con respecto a la dificultad para respirar los encuestados respondieron que si se trata de un signo de alarma con un 75,3% (394), por el contrario, un 9,2% (48) no sabe. Al indagar si la presencia de respiración ruidosa en el niño podría deberse a una infección respiratoria, el 75% (392) de los participantes respondió que sí, mientras que el 11,5% (60) no sabe. El 78,4% (410) de los cuidadores considera que si el niño se pone morado es porque tiene una infección respiratoria, mientras que el 6,7% (35) no sabe. (Ver tabla 5)

Reconocimiento de la tos y la aparición de fiebre como signos de alarma frente a la infección respiratoria.

Al indagar si la tos indica que hay una infección respiratoria los encuestados respondieron que no un 63,5% (332) mientras que el 5,6% (29) no sabe. Para un 83,6% (437) de los encuestados que el niño presente fiebre se puede relacionar con una infección respiratoria, mientras que el 3,4% (18) no sabe. Esto indica que, aunque la fiebre no es un signo de alarma, la mayoría de cuidadores lo asimilan como una alerta frente a una patología presentada por el menor. (Ver tabla 5)

Acciones realizadas por el cuidador cuando reconocen signos de alarma para infecciones respiratorias en el menor.

En relación a las acciones realizadas por los cuidadores ante un signo de alarma en infecciones respiratorias agudas tenemos que los encuestados como primera acción los llevan al hospital ante los signos de respiración rápida 74,8% (391), dificultad para respirar 82,6% (432), fiebre con 73,2% (383), respiración ruidosa 78,4% (410), beber mal o no puede beber 77,1% (403) y coloración morada en la piel 96% (502), caso contrario al signo tos donde la acción prioritaria de los cuidadores es la automedicación con un 70,9% (371).

Los cuidadores acuden a la automedicación como segunda acción ante los signos de dificultad para respirar con un 13% (68), fiebre con 51,1% (267), beber mal o no puede beber 6,9% (36) y coloración morada en la piel 3,6% (19), en caso de respiración rápida y respiración ruidosa los cuidadores acuden a las inhalaciones con un 11% (61), 14,5% (76) respectivamente, en relación a la tos los cuidadores acuden al hospital en un 63,9% (334). (Ver tabla de 6)

Otros signos de infección respiratoria reconocidos por los cuidadores.

Al abordar acerca del conocimiento de otro signo de alarma ante una infección respiratoria, un alto porcentaje de los participantes indicó no conocer ninguno (81,3%) equivalente a 425 participantes, no obstante, el 11,5% (60) señaló Tiraje y el 2,9% (14) el llanto intenso.

Revelando la ausencia de conocimiento de otros signos tales como aleteo nasal, no mejora o sigue igual, convulsiones, etc., que al igual son de gravedad en las IRAs y en caso de presentarse en los menores, los cuidadores obviarían el signo evitando una atención médica oportuna. (Ver tabla 7)

Conocimientos sobre los signos de alarma para EDA entre los cuidadores

Frecuencia de diarrea en el último año

Al indagar por la frecuencia de diarreas en el último año, la mayoría de cuidadores afirma que los menores presentaron entre 1 y 3 episodios equivalente a 57,7% (302), mientras que solo el 1,1% (6) presentaron entre 4 – 7 episodios. (Ver tabla 8)

Reconocimiento de la dificultad para beber como un signo de alarma frente a la enfermedad diarreica.

Con relación a la condición de que el niño beba mal o no pueda beber, 50,1% (262) de los encuestados afirma que si es un signo de alarma. Evidenciándose que la mitad de los participantes al desconocer o negar la relación de este signo con la EDA podrían no tomar las medidas adecuadas o requeridas por el niño o la niña pasando por alto la alarma de deshidratación que acompaña este signo. (Ver tabla 9)

Reconocimiento de los ojos hundidos, sangre en heces y la sed intensa como un signo de alarma frente a la enfermedad diarreica.

Si el niño tiene los ojos hundidos, el 67,1% (351) de los cuidadores considera que es un signo de alarma para enfermedad diarreica, mientras que el 4,4% (23) piensa que no. En cuanto a la presencia de sangre en las heces en los menores, los cuidadores consideran en un 83% (434) que sí es un signo de alarma atribuida a las enfermedades diarreicas agudas, contrario al 7,6% (40) señala que no lo es. Referente a la sed intensa presentados por el menor, el 58,9% (308) de los cuidadores considera que ésta es un signo de alarma, y el 10,3% (54) no sabe. (Ver tabla 9)

Reconocimiento de las heces acuosas, vómitos repetitivos, aparición de fiebre, y estado muy enfermo del menor como un signo de alarma frente a la enfermedad diarreica.

Al ser cuestionados por la relación entre la presencia de heces acuosas con la diarrea, el 88,1% (461) considera que si el niño presenta muchas heces acuosas es porque tiene diarrea, mientras que un 2,7% (14)

manifiesta no saber. En relación a los vómitos repetitivos presentados por el menor, se tiene que el 49,9% (261) de los cuidadores considera que no es un signo de alarma, mientras que el 8,2% (43) no sabe.

Al indagar sobre si la aparición de la fiebre es un signo de alarma, el 62,1% (325) de los cuestionados afirma que, si lo es, mientras que sólo un 15,5% (81) no sabe. En relación a que el niño no mejore, se encuentre muy enfermo, el 67,7% (354) de los cuidadores considera que es un signo de alarma, mientras que el 14,1% no sabe (Ver tabla 9)

Acciones realizadas por el cuidador cuando reconocen signos de alarma para enfermedades diarreicas en el menor.

Con respecto a las acciones realizadas por los cuidadores ante los signos de alarma para Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) encontramos que la gran mayoría de los participantes como primera y segunda medida optan por llevar al hospital a los infantes y proporcionarles líquidos ante la presencia de heces acuosas, sangre en heces, no mejora/está muy enfermo, ojos hundidos, bebe mal o no puede beber y vómitos repetitivos. Caso contrario al signo sed intensa donde los cuidadores toman como primera medida proporcionarle líquidos seguido por llevarlo al hospital. Aunque con respecto a la fiebre, el 50.9% (266) de los cuidadores prefieren automedicar a los menores de 5 años. (Ver tabla 10)

Con relación al conocimiento de otro signo de alarma diferente a los anteriormente referidos el 90% de los encuestados manifiestan no conocer otro signo, por el contrario, un 3% señala que el estado letárgico es un signo de alarma. Evidenciándose la falta de conocimiento de otros signos considerados importantes dentro de las enfermedades diarreicas agudas que ponen en riesgo la vida del menor. (Ver tabla 11)

DISCUSIÓN

Entre los cuidadores de niños y niñas menores de 5 años los signos de alarma más reconocidos para IRA son aparición de la fiebre con 84%, dificultad respiratoria en un 75% y respiración ruidosa con 75%, en caso de EDA los signos más reconocidos son heces acuosas con 88% y sangre en heces en un 83%.

El promedio de edad de los cuidadores fue de 34 años y el nivel educativo secundaria completa. Datos contrarios al estudio de Lapeira P. (14) donde las madres son más jóvenes con edades entre 20 a 24 años y predomina el nivel educativo secundaria incompleta. Siendo los cuidadores en promedio adultos maduros, suelen asumir con mayor responsabilidad lo concerniente al cuidado de los niños, así mismo los determinantes personales como la escolaridad impactan de forma positiva en los conocimientos de los cuidadores lo que permite la mejor identificación de los signos de alarma de las IRAs (45).

El reconocimiento de los signos de gravedad o de alarma es un elemento que debe ser abordado con seriedad porque de esto depende la evolución, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas y otras enfermedades prevalentes en la infancia. La no percepción de estos, es un factor de riesgo de complicaciones no deseadas para los menores de 5 años que incluso pueden causar la muerte (46).

A propósito de las enfermedades respiratorias agudas, un alto porcentaje declararon que los niños presentaron episodios de IRA de 1 a 3 veces en el último año, en similitud al estudio de Vargas CR. (47), donde el 73.15% de todas las madres entrevistadas manifestaron que sus niños tuvieron entre 1 a 4 episodios de gripa. Aunque es frecuente que la IRA presente un curso benigno, los episodios repetidos pueden producir complicaciones sobre el estado nutricional del niño, generando un ambiente propicio para otras enfermedades, así como alteración del entorno social y del desarrollo cognitivo, por lo tanto, es esencial identificar los factores externos que podrían afectar la incidencia, y promover acciones que disminuyan la posibilidad de cuadros complicados de la enfermedad (48).

Cabe resaltar qué, aunque la fiebre no es considerada un signo de alarma, el 84% de los encuestados de este estudio la relacionan como un signo notable en las infecciones respiratorias agudas, en similitud con Bacca F. (49) donde menciona que el 86,8% de su población de estudio refiere este signo como relevante ante una infección respiratoria. El alto porcentaje de reconocimiento de los cuidadores a un alza térmica puede deberse principalmente al miedo de desencadenarse convulsiones, así como daño cerebral y pérdida de la conciencia (50).

Lapeira P. (14) en su estudio en Santa Marta Colombia, muestra que el signo que más reconocen es la respiración rápida con 48,2% seguido por dificultad respiratoria con un 47,3% (14); resultados que difieren del presente estudio donde la dificultad para respirar ocupa el tercer lugar con un 75.3% entre los más reconocidos y, la respiración rápida el sexto lugar con 50.9%; sin embargo a pesar de ocupar dichos lugares estos resultados son

más reconocidos por los cuidadores que en el estudio de Lapeira, de igual manera refleja la necesidad de sensibilización y conocimiento en la población para motivar la demanda oportuna de consulta (48).

En cuanto al signo bebe mal o no puede beber se obtuvo que ocupa el quinto lugar de reconocimiento con un 52,8%, a diferencia de Ferreira E. (48) donde se halla que este ocupa el segundo lugar. Este resultado obtenido de los participantes puede ser considerado negativo puesto que, si los niños no son capaces de beber, pueden perder líquidos rápidamente y empeorar su condición, por lo cual el reconocimiento oportuno se convierte en una herramienta para tomar decisiones pertinentes encaminadas a prevenir complicaciones que puedan poner en peligro la salud del infante (52, (51).

Camps M. (46) en su estudio sobre infecciones respiratorias agudas, menciona que la cianosis o coloración morada en la piel solo fue reconocida en un 5.6 %, a demás manifiesta que es un signo que evidencia una gravedad extrema de IRA, lo cual demuestra total desconocimiento. Si se contrasta con la presente investigación donde el 78.4% de los encuestados reconocieron dicho signo, se considera un factor positivo que indica que los cuidadores lo conocen en gran medida. Esto sugiere que, aunque existen algunos conocimientos en los cuidadores, es necesario que los profesionales de la salud sigan educando y aporten un amplio conocimiento y adecuadas prácticas de cuidado (52).

Un alto porcentaje de los encuestados reconoce la respiración ruidosa como un signo de alarma (75%). Domínguez R. (35) por su lado, halló que las madres distinguen en un 64,1% este signo. El porcentaje restante de cuidadores del estudio que no identifican este signo, podría deberse a la subestimación de su gravedad, la cual radica en la aparición de ruidos respiratorios que se logran escuchar a la distancia, por ende, no buscarían oportunamente atención profesional. Esta conducta podría modificarse mediante intervenciones educativas, como una herramienta importante para garantizar mejores habilidades en el cuidador (52, (53),(54).

Los cuidadores en un 81,3% no conocen ningún otro signo de peligro que no hayan sido mencionado en la encuesta, situación que pasa por alto muchos signos que al igual son de vital importancia en caso de que un niño presente una infección respiratoria. En segundo lugar, se reconoció el tiraje y en tercer lugar llanto intenso. En comparación al estudio realizado por Camps M. (46) donde se distinguió el llanto fuerte y tiraje con un 18.9% y 11.6% respectivamente; observando similitud con el presente estudio para el signo de tiraje con un 11% y diferencia en cuanto al llanto fuerte, que no fue tan identificado (3%).

Por último, la automedicación constituye un problema grave de salud pública que produce importantes deterioros a la comunidad. El uso irracional de los medicamentos tiene implicaciones sanitarias de gran importancia, una vez se practica la automedicación se generan importantes efectos negativos sobre la salud (55). En relación a lo anterior, los cuidadores de este estudio recurren a la automedicación, ya sea por asuntos económicos o de tiempo en cuanto a la espera de atención en un centro de salud, dichos cuidadores confían más en un farmaceuta u otra persona no autorizada para atender la situación de

salud de los menores (56). Caso similar ocurre en la investigación de Camps M. (46) donde los participantes también recurren a la automedicación.

En relación a la enfermedad diarreica aguda, un alto porcentaje (57.7%) manifestó que los niños han presentado episodios de EDA de 1 a 3 veces en el último año, observándose una similitud en los resultados con un estudio de Abreu P. (57) donde el 49% de todos los cuidadores encuestados manifestaron que sus niños tuvieron al menos un episodio de diarrea en el periodo 2014 – 2015. Estos episodios repetitivos podrían estar relacionados a la manipulación y almacenamiento del agua para el consumo y el inadecuado saneamiento básico en los hogares de los menores; por otra parte, las medidas preventivas como el lavado de las manos con jabón contribuye un factor importante debido a que la EDA puede transmitirse de persona a persona.

Cuando se habla de los signos más reconocidos por los cuidadores en las enfermedades diarreicas agudas, estos reconocen en primera medida las heces acuosas con un 88,1% en similitud con una investigación realizada en Perú por Valladares M. (38), donde las heces acuosas son identificadas en primer lugar con un 70% como signo de alarma. Debido al alto porcentaje de reconocimiento de este signo los cuidadores buscarían ayuda ante la evidencia de deposiciones líquidas frecuentes ya que la presencia de estas de forma abundante puede producir deshidratación por pérdida de líquido (58).

El signo sangre en heces es reconocido en un 83% a diferencia del estudio de Valladares M. (38) y López F. (59) los cuales tiene un reconocimiento solo de 11% y 24.1% respectivamente, evidenciando mayor conocimiento de este signo en la población encuestada de este estudio, lo cual se evidencia como una ventaja frente a los participantes de los estudios anteriormente mencionados, que les permitirá acudir oportunamente en búsqueda de ayuda profesional mitigando el riesgo que este signo produce en el infante puesto que la diarrea con sangre conlleva a un potencial riesgo de complicaciones graves e incluso fatales .

Por otra parte, se encuentra en una investigación realizada en la ciudad de Bucaramanga por Abreu P. (57) donde el signo fiebre tiene una diferencia significativa con un 30.9% de reconocimiento, contrario a la presente investigación donde a pesar de ocupar el quinto puesto los cuidadores lo identifican en un 62%.

En relación a los signos de ojos hundidos y sed intensa, el 67.1% y 50.1% de los cuidadores lo reconocen respectivamente, en contraste con los resultados obtenidos por Abreu P. (57), donde los ojos hundidos son identificados solo por un 37.6% y la sed intensa por un 18%. Llama la atención que la mitad de los encuestados no los identifique como un signo de alarma, mostrando la necesidad de reforzar la educación a los cuidadores acerca del tema. Una de las vías más efectivas para minimizar el riesgo es promover la continuidad de la educación en las madres o cuidadores, pues este precedente puede actuar como un factor protector, reduciendo las muertes en menores y favoreciendo el desarrollo saludable del niño (35).

En cuanto a las prácticas que realizan los cuidadores, asistir a un centro hospitalario es la primera acción efectuada por ellos cuando el niño presenta una enfermedad diarreica aguda, en similitud con Lapeira P. (14) cuyo porcentaje de asistencia a un hospital es de 74%. y Alarco J. (60) con un 67%. Cabe resaltar que el hecho de que los cuidadores realicen esta acción que se consideraría adecuada, estaría relacionada a los factores o características que hacen parte de la estructura social donde se encuentra inmersa la madre o el cuidador del menor, como su nivel de escolaridad y las personas de quienes aprende y que ejercen influencia en las costumbres para el manejo de la diarrea (61).

La morbilidad y mortalidad infantil requiere participación activa de la población, y de un trabajo colaborativo entre los profesionales de salud y las familias, es indispensable que las poblaciones vulnerables reciban información sobre la salud y el desarrollo de los niños (35).

Las fortalezas del estudio consisten principalmente en la información recolectada que permitió identificar el conocimiento de los cuidadores de niños menores de 5 años acerca de los signos de alarma de las enfermedades prevalentes en la infancia EDA E IRA. También arroja datos de interés, y fomenta la investigación en las otras localidades de la ciudad.

Las Limitaciones estuvieron presentes principalmente en la inseguridad de algunos barrios la cual impedía el desplazamiento a ciertos puntos donde se pudo haber encontrado familias que contribuyeran a la investigación, de igual manera los horarios académicos aportaron a que la recolección de la información se hiciera en horas donde los cuidadores debían dejar sus labores domésticas o que decidieran no realizar la encuesta.

CONCLUSIONES

1. Se observó deficiencia en los conocimientos, así como prácticas inadecuadas por parte de los cuidadores frente a signos de peligro para EDA e IRA, evidenciándose la necesidad de reforzar el componente educativo dirigido a los cuidadores desde las instituciones de salud.
2. A pesar de que los cuidadores en su mayoría sean personas maduras y tengan un nivel educativo de secundaria completa, es palpable la deficiencia educativa impartida en los servicios de salud, evidenciándose en el hecho que estos no conozcan los signos de alarma más importantes
3. En cuanto a la identificación de los signos de alarma para EDA, los cuidadores reconocen en menor proporción los signos de deshidratación en el niño, sin la identificación oportuna de estos se retarda la búsqueda de atención fuera del hogar.

RECOMENDACIONES

1. La entidad territorial en salud de la ciudad podría hacer uso de campañas publicitarias a través de los distintos medios de comunicación enseñando o educando sobre los signos de alarma para IRA y EDA en niños menores de 5 años y, lo que se debe hacer ante cada signo.
2. Que se garantice la cobertura en el sistema de salud a todos los niños y niñas, pues como se evidencia en este estudio, aún existen menores que se encuentran por fuera del sistema general de seguridad social en salud y que tienen menor posibilidad de asistir a los controles de crecimiento y desarrollo.
3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrían trabajar en unión con las entidades promotoras de salud, y por medio de los programas de promoción y prevención se realice captación de los cuidadores de niños y niñas menores de 5 años y se fortalezcan las estrategias para generar y/o enriquecer los conocimientos sobre los signos de alarma de IRA y EDA. Así mismo realizar seguimiento por medio de visitas domiciliarias a niños reincidentes de dichas patologías.
4. Desde la academia y en el ejercicio de la profesión, empoderar a través de estrategias educativas a los cuidadores de niños menores de 5 años sobre la estrategia AIEPI.
5. Se recomienda realizar estudios similares en las dos localidades que no se abarcaron en ésta investigación (localidad 1 y localidad 2), especialmente en la localidad 2, la cual encabeza la lista como la de mayor morbilidad por IRA y EDA según los reportes del DADIS.
6. Dar a conocer este estudio ante la entidad territorial en salud de la ciudad.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. UNICEF. Atención integrada a las enfermedades de prevalencia infantil [Internet]. [cited 2015 Mar 5]. Available from: https://www.unicef.org/spanish/health/index_imcd.html
2. OMS. Reducción de la mortalidad en la niñez [Internet]. 2018 [cited 2015 Mar 6]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
3. ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU [Internet]. [cited 2015 Feb 26]. Available from: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/global.shtml>
4. Gaviria Uribe A, Dávila Guerrero C, Correa Serna L, Burgos Bernal G, Girón Vargas S. Análisis de situación de salud [Internet]. 2015. p. 242. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 17]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
6. CEPAL. Objetivos de desarrollo sostenible, Colombia: herramientas de aproximación al contexto local [Internet]. Available from: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSW-2016.pdf>
7. Instituto nacional de Salud. Situación de la lepra [Internet]. Vol. 34. 2018. Available from: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018 Boletín epidemiológico semana 34.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2034.pdf)
8. Rodriguez A, Moreno Segura c. analisis de situación de salud (ASIS) colombia, 2017 [Internet]. Bogotá; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
9. Sagbini Fernandez A, Corley Vargas Y. Boletín semana número 32 de infección respiratoria aguda y vigilancia integral de muertes en menores de 5 años por IRA, ED, por /y asociada a desnutrición, en el distrito de Cartagena año 2018 [Internet]. Cartagena; 2018. Available from: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/boletines/2018/ira_sem_32_2018.pdf
10. OMS. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) [Internet]. [cited 2015 Mar 16]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
11. OPS, OMS. Sobre la Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI [Internet]. Available from: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiepi&Itemid=0

12. Salas Romero Maria cornejo silva maria del carmen. Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en niños menores de 5 años y su concurrencia inmediata a un servicio de salud tacna [Internet]. Vol. 19, Ciencia y Desarrollo. Universidad Alas Peruanas. 2016. p. 4. Available from: <http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/CYD/article/view/204>
13. Ministerio de de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud - RIAS [Internet]. Atención integral en salud. 2014 [cited 2018 Sep 20]. p. 24. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>
14. Lapeira Panneflex P, Acosta Salazar D. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. Duazary Rev Int Ciencias la Salud [Internet]. 2014;11(1):36–40. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4788277>
15. Pérez Salas Alicia RCN. Conocimiento De Los Padres O Cuidadores Sobre Los Signos De Alarma Para Infección Respiratoria Aguda (Ira) Que Motiven Llevar Al Niño Menor De 1 Año a Un Centro De Salud [Internet]. UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE; 2009. Available from: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmp438c/doc/fmp438c.pdf>
16. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. AIEPI: una estrategia ausente por la distancia en comunidades vulnerables. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2012;5(2):147–8. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v5n2/carta2.pdf>
17. DADIS. Programas de Salud Publica [Internet]. [cited 2015 May 7]. Available from: <http://www.dadiscartagena.gov.co/index.php/salud-publica/programas>
18. Delgado MF, Sierra CH, Calvache JA, Rios ÁM, Mosquera C, Salas I, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Colomb Med [Internet]. 2006;37(4):293–8. Available from: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc06058>
19. OMS. Salud del niño [Internet]. [cited 2016 Aug 17]. Available from: http://www.who.int/topics/child_health/es/
20. OMS. Salud Integral del Niño [Internet]. [cited 2016 Jul 5]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5350:2011-salud-integral-nino&Itemid=1084&lang=es
21. Ministerio de de Salud y Protección Social. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud [Internet]. ARAO Talle. Bogotá D.C., Colombia; 2010. 1-52 p. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia_profesionales_salud.pdf
22. Hospital Universitario del Caribe. Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia [Internet]. [cited 2016 Jul 9]. Available from:

- <http://www.hucaribe.gov.co/novedades/aiepi.pdf>
23. Ministerio de de Salud y Protección Social. Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables. 62(3). Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/practicas-familiares-clave-para-el-crecimiento-y-desarrollo-infantil-saludable.pdf>
 24. Yina, Gonzalez Parra, Gutierrez Gomez Neidis JGJ, Isaac. Prácticas claves de AIEPI aplicadas por familias de niños menores de 5 años del área rural de Cartagena 2015 [Internet]. Universidad de Cartagena; 2015. Available from: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2656>
 25. Dominguez Arcila Juan Carlos. Signos de alarma en el embarazo [Internet]. [cited 2017 Sep 9]. Available from: <https://blog.segurossura.com.co/articulo/tendencias/efectos-negativos-sedentarismo-salud>
 26. Clinic M. Fiebre Síntomas y causas [Internet]. [cited 2018 Jul 30]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fever/symptoms-causes/syc-20352759>
 27. Así vamos en salud. Resolución 3280 de 2018 - Nuevas rutas integrales de atención en salud [Internet]. [cited 2018 Sep 11]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/prestaciones-de-servicios-de-salud/resolucion-3280-de>
 28. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución No. 3280 de 2018 [Internet]. 3280 2018 Colombia; Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No._3280_de_20183280.pdf)
 29. Ministerio de salud y protección. . Enfermedades diarreicas agudas [Internet]. [cited 2018 Aug 17]. Available from: <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/133-enfermedades-diarreicas>
 30. OMS. enfermedades diarreicas [Internet]. [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease> ya estaba
 31. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Boletín Epidemiológico Semanal número 22 Morbilidad EDA [Internet]. Cartagena; 2018. Report No.: 22. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018_Boletin_epidemiologico_semana_22.pdf
 32. DADIS. Boletín comportamiento de la morbilidad de enfermedad diarreica aguda periodo epidemiológico IX, semana 33, cartagena D, T y C año 2018 [Internet]. Cartagena; 2018. Report No.: 33. Available from: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/boletines/2018/eda_sem_33_2018.pdf
 33. DADIS. perfil epidemiológico 2015 semana 33 [Internet]. cartagena; Available from: http://dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/perfil_epidemiologico_2015_1.pdf
 34. Ministerio de salud y protección. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) [Internet]. [cited 2018 Aug 9]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas->

- (IRA).aspx
35. Dominguez R, Tapia E, Hernández J CI. Edad y nivel educativo asociados al conocimiento sobre signos de alarma para infecciones respiratorias en madres adolescentes. *Rev Cuid* [Internet]. 2017;8(3):1809–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.395>
 36. Miriam Consuelo Valerio Cristóbal. Conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la enfermedad diarreica aguda en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación Oral según edad y nivel de educación de la madre - Lima 2010. 2012;55. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1167/Valerio_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 37. Alonso Uría RM, Victoria García-Viniegra CR, Alonso BR, González AC, Rodríguez MM, Ramos GS, et al. Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2012;24(3):1–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300011
 38. Valladares-Garrido M. Conocimientos Y Prácticas De Infecciones Respiratorias Y Enfermedades Diarreicas Agudas en madres de una comunidad de Piura, Perú. *Cimel* [Internet]. 2016;21(1):9–13. Available from: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/597>
 39. Brito Suarez , Marie Juliete RBM. Conocimientos Y Experiencias De Padres Y Cuidadores De Niños Entre 2 a 5 Años Sobre Signos Y Sintomas De Alarma De Enfermedades Respiratorias Agudas, 2011 [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2011. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9665/tesis17-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 40. García Hernández María, Cárdenas Becerril Lucila, Arana Gómez Beatriz et al. Construcción emergente del concepto: Cuidado profesional de enfermería. *Texto e Context Enferm* [Internet]. 2011;20(SPEC. ISSUE):74–80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500009
 41. Fernandez Rodriguez Celia, Garcia, Fernandez mercedes PRE. Etiología de la diarrea con sangre en menores de 5 años [Internet]. Universidad publica de Navarra; 2015. Available from: http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18549/Izaskun_Turrillas_Bueno.pdf?sequence=1
 42. Cardozo García Yadira, Liliana ECC, Andrea CVP. Interacción del personal de enfermería con el cuidador familiar en el ámbito hospitalario. *Investig Andin* [Internet]. 2015;17(30):1224–37. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2390/239035878007/>
 43. DADIS Cartagena CRUE. localidades 2015. Barrios localidad 3 [Internet]. Cartagena; 2000. Available from: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/crue/localidades/barrios_localidad3_2015.pdf
 44. DANE. Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005-2020). [Internet]. [cited 2016 Oct 11]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

45. Rainero C lopez. conocimientos y practicas sobre las infecciones respiratorias agudas en los padres de menores de 5 años que acuden al servicio de emergencia pediátrica del hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen en enero de 2016 [Internet]. universidad nacional jorge Basadre; Available from: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2198/784_2016_casma_lopez_rm_facsc_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. Camps Jeffers, Mariela. Calzado Begué, Dominga. Galano Guzmán, Zulema. Perdomo Hernández, Juan. Zafra Rodríguez V. Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Conocimiento materno. 2015;92(4):745–54. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6027569>
47. Vargas Serpas, Carlos Roberto. Zelaya Márquez, Lenin Antonia. Lizama Ventura E. Conocimientos y prácticas que tienen las madres de niños menores de cinco años y su relación con la presencia de infecciones respiratorias agudas atendidas en las unidades comunitarias de salud familiar, cantón jocote dulce, municipio de chinameca, depart [Internet]. Universidad de El Salvador. Facultad multidisciplinaria oriental. Departamento de medicina.; 2013. Available from: <http://ri.ues.edu.sv/4932/1/50107844.pdf>
48. Ferreira Guerrero Elizabeth, Báez Saldaña Renata, Trejo Valdivia Belem et al. Infecciones respiratorias en niños y signos de alarma identificados por padres en México. Salud Publica Mex [Internet]. 2013;55(2):307–13. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a30.pdf>
49. Daniel BAF. Conocimientos y prácticas sobre los Signos de Alarma de Infecciones Respiratorias Agudas en tutoras de niños < de 5 años atendidas en el Centro de Salud Ayapal, San José de Bocay, Jinotega, Agosto - Octubre 2016 [Internet]. UNAN - Managua; 2016. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/4540/1/96691.pdf>
50. Mollinedo Aguirre Daniela MSH. Conocimiento de los padres sobre la fiebre en de emergencias en el hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria.” Rev Medica La Paz [Internet]. 2017;23(1). Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v23n1/v23n1_a04.pdf
51. AboutKidsHealth. Deshidratación [Internet]. [cited 2018 Aug 14]. Available from: <https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=776&language=Spanish>
52. oyolal amprea alexandra , cuevas cardenas ibeth cano varela sandra. Prácticas de cuidado en una comunidad de cuidadores de niños menores de cinco años con Infección Respiratoria Aguda [Internet]. Pontificia universidad Javeriana; 2016. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20446/CanoVarelaSandraPatricia2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Sáenz de Tejada Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala 1. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 1997;4(4):259–65. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9101/0417.pdf;sequence=1>.
54. Orlando COJ. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la Neumonía en niños y niñas menores de 5 años y Bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2014. Available from: <http://www.iets.org.co/reportes-iets/Documentacin>

- Reportes/GuiaPadresyCuidadores.pdf
55. Del toro Rubio Mariana, Diaz perez Anderson CAIY. Revista CUIDARTE. 2017;8(1):1509–18. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/367/759>
 56. Morales Aguineth, Orahulio Candy, Rengifo Carlos, Sánchez José, Edwin, Seminario, Susaya Sandra y Zapata Liliana. Grado de conocimiento y prevención materna de la infección respiratoria aguda en el niño menor de 5 años en san juan de Miraflores. Rev. Facultad de medicina humana. 1999; 1 (1): 39-44. [Internet]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v01_n1/a10.htm
 57. Abreu pilar, Ochoa E Miguel RM. Conocimientos , actitudes y prácticas asociados a diarrea aguda en la zona norte de Bucaramanga . Estudio observacional analítico , 2014 - 2015. 2015; Available from: <http://dx.doi.org/10.18273/revmed.v30n1-2017002>
 58. larico condori banch. Universidad inca garcilaso de la vega [Internet]. 2018. Available from: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2593/TESIS_EFREN_LARICO_CONDORI.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 59. López FE, Gil AM C, DY, Moreno AM J, E. Prácticas familiares en el cuidado de los menores de la zona rural de Sopetrán , Antioquia. 2016;36(1):24–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a04>
 60. Alarco J, Aguirre E ÁE. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica , Perú. 2013;6(1):25–31. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v6n1/original4.pdf>
 61. Septiembre J, Andres W, Gómez a. Conocimientos, actitudes y practicas de la enfermedad diarreica aguga adoptadas por los cuidadores de los niños menores de cin. 2010;1–84. available from: <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/t.G.Enfermeria/204.T.G-Wilmer-Andres-Aragon-Gomez-Mayerly-Barrera-Dussan-Nathaly->

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR PARA CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Objetivo: Determinar el conocimiento de los cuidadores de niños menores de 5 años sobre los signos de alarma en enfermedades prevalentes (EDA e IRA) Cartagena 2018.

Fecha: _____

Barrio: _____

Nombre completo del cuidador: _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

1. Sexo: Femenino () Masculino ()
2. Edad: _____ años
3. Estrato: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
4. Escolaridad: Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta ()
5. Secundaria completa () Técnico () Tecnólogo () Profesional () Sin escolaridad ()
6. Tipo de afiliación: Contributivo () Subsidiado () Especial () No afiliado ()
7. Ocupación: Ama de casa () Trabajo independiente () Empleado () Desempleado ()
8. Religión:

INFORMACION DEL NIÑO

9) Edad del niño:
10) Sexo: F () M ()
11) EPS:
12) Asiste a control de crecimiento y desarrollo: SI () NO ()

13) **Ingreso familiar mensual:** Menos de 1 salario mínimo __ 1 salario mínimo __ 2 salarios mínimos __ 3 salarios mínimos __ 4 o mas __

Número de personas con las que convive: _____ Tipo de familia _____

Integrantes de la familia	Edad	Parentesco

CONOCIMIENTOS DE SIGNOS DE ALARMA EN CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS PARA CONCURRIR EN BUSCA DE AYUDA A UNSERVICIO DE SALUD

¿CUÁNDO DEBE LLEVAR USTED UN NIÑO CON IRA PARA QUE SEA VISTO EN UN SERVICIO DE SALUD?

14) ¿Cuántas veces se enfermó su niño de gripe, resfriado, tos en el último año?

- 1) Ninguna vez () 2) 1-3 veces () 3) 4-7 veces () 4) 8 o más veces ()

15) ¿Qué molestias reconoce usted cuando su niño presenta problemas respiratorios?

- 1) tos/dolor de garganta () 2) secreción nasal () 3) dolor de oído () 4) fiebre ()

16) ¿Qué hace usted cuando reconoce en su niño problemas respiratorios?

- 1) Lo automedica () 2) Le frota el pecho/espalda () 3) Le hace Inhalaciones () 4) Lo lleva al hospital o c.s. () 5) Le da bebidas calientes () 6) lo abriga () 7) no hace nada () 8) No aplica () .

17) ¿usted considera que, si su niño Respira rápido, es porque tiene una infección respiratoria?

- 1) Si () 2) No () 3)No Sabe

18) ¿Qué hace usted si su niño presenta respiración rápida?

- 1) Lo automedica () 2) Le frota el pecho/espalda () 3) Le hace Inhalaciones () 4) Lo lleva al hospital o c.s. () 5) Le da bebidas calientes () 6) lo abriga () 7) no hace nada () 8) No aplica ()

19) ¿usted considera que, si su niño presenta dificultad para respirar, es porque tiene una infección respiratoria?

- 1) Si () 2) No () 3)No Sabe

20) ¿Qué hace usted si su niño presenta dificultad para respirar?

- 1) Lo automedica () 2) Le frota el pecho/espalda () 3) Le hace Inhalaciones () 4) Lo lleva al hospital o c.s. () 5) Le da bebidas calientes () 6) lo abriga () 7) no hace nada () 8) No aplica ()

21) ¿usted considera que, si su niño presenta tos, es porque tiene una infección respiratoria?

- 1) Si () 2) No () 3)No Sabe

22) ¿Qué hace usted si su niño presenta tos?

- 1) Lo automedica () 2) Le frota el pecho/espalda () 3) Le hace Inhalaciones () 4) Lo lleva al hospital o c.s. () 5) Le da bebidas calientes () 6) lo abriga () 7) no hace nada () 8) No aplica ()

23) ¿usted considera que, si su niño presenta fiebre, es porque tiene una infección respiratoria?

- 1) Si () 2) No () 3)No Sabe

24) ¿Qué hace usted si su niño presenta fiebre? 1) Lo automedica () 2) Le frota el pecho/espalda () 3) Le hace Inhalaciones () 4) Lo lleva al hospital o c.s. () 5) Le da bebidas calientes () 6) lo abriga () 7) le pone paños de agua fría () 8) no hace nada () 9) No aplica ()

25) ¿usted considera que, si su niño presenta respiración ruidosa, es porque tiene una infección respiratoria?

1) Si () 2) No () 3) No Sabe

26) ¿Qué hace usted si su niño presenta respiración ruidosa?

1) Lo automedica () 2) Le frota el pecho/espalda () 3) Le hace Inhalaciones () 4) Lo lleva al hospital o c.s. () 5) Le da bebidas calientes () 6) lo abriga () 7) no hace nada () 8) No aplica ()

27) ¿usted considera que, si su niño bebe mal o no puede beber, es porque tiene una infección respiratoria?

1) SI () 2) NO () 3) No Sabe

28) ¿Qué hace usted si su niño bebe mal o no puede beber?

1) Lo automedica () 2) Le frota el pecho/espalda () 3) Le hace Inhalaciones () 4) Lo lleva al hospital o c.s. () 5) Le da bebidas calientes () 6) lo abriga () 7) no hace nada () 8) No aplica ()

29) ¿usted considera que, si su niño se pone morado, es porque tiene una infección respiratoria?

1) Si () 2) No () 3) No Sabe

30) ¿Qué hace usted si su niño se pone morado?

1) Lo automedica () 2) Le frota el pecho/espalda () 3) Le hace Inhalaciones () 4) Lo lleva al hospital o c.s. () 5) Le da bebidas calientes () 6) lo abriga () 7) no hace nada () 8) No aplica ()

31) ¿Qué otro signo conoce de alarma de una infección respiratoria?

¿CUÁNDO DEBE LLEVAR USTED A UN NIÑO CON DIARREA PARA QUE SEA VISTO EN UN SERVICIO O POR PERSONAL DE SALUD?

32) ¿Cuántas veces se enfermó su niño diarrea en el último año?

1) Ninguna vez () 2) 1-3 veces () 3) 4-7 veces () 4) 8 o más veces ()

33) ¿usted considera que si su niño presenta muchas heces acuosas, es porque tiene una enfermedad diarreica aguda?

1) Si () 2) No () 3) No Sabe

34) ¿Qué hace usted si su niño presenta muchas heces acuosas?

1) Lo automedica 2) le da líquidos 3) suspende la lactancia/ alimentación. 4) Lo lleva al hospital o c.s. 5) no hace nada 6) No aplica

35) ¿usted considera que, si su niño presenta vómitos repetidos, es porque tiene una enfermedad diarreaica aguda? 1) Si () 2) No () 3) No Sabe

36) ¿Qué hace usted si su niño presenta vómitos repetidos?

1) Lo automedica 2) le da líquidos 3) suspende la lactancia/ alimentación. 4) Lo lleva al hospital o c.s. 5) no hace nada 6) No aplica

37) ¿usted considera que, si su niño presenta sed intensa, es porque tiene una enfermedad diarreaica aguda? 1) Si () 2) No () 3) No Sabe

38) ¿Qué hace usted si su niño presenta sed intensa?

1) Lo automedica 2) le da líquidos 3) suspende la lactancia/ alimentación. 4) Lo lleva al hospital o c.s. 5) no hace nada 6) No aplica

39) ¿usted considera que, si su niño bebe mal o no puede beber, es porque tiene una enfermedad diarreaica aguda? 1) Si () 2) No () 3) No Sabe

40) ¿Qué hace usted si su niño bebe mal o no puede beber?

1) Lo automedica 2) le da líquidos 3) suspende la lactancia/ alimentación. 4) Lo lleva al hospital o c.s. 5) no hace nada 6) No aplica

41) ¿usted considera que, si su niño tiene fiebre, es porque tiene una enfermedad diarreaica aguda? 1) Si () 2) No () 3) No Sabe

42) ¿Qué hace usted si su niño tiene fiebre?

1) Lo automedica 2) le da líquidos 3) suspende la lactancia/ alimentación. 4) Lo lleva al hospital o c.s. 5) no hace nada 6) No aplica

43) ¿usted considera que si su niño presenta sangre en heces esta con una enfermedad diarreaica aguda? 1) Si () 2) No () 3) No Sabe

44) ¿Qué hace usted si su niño presenta sangre en las heces?

1) Lo automedica 2) le da líquidos 3) suspende la lactancia/ alimentación. 4) Lo lleva al hospital o c.s. 5) no hace nada 6) No aplica

45) ¿usted considera que, si su niño no mejora, está enfermo muy enfermo, es porque tiene una enfermedad diarreaica aguda? 1) Si () 2) No () 3) No Sabe

46) ¿Qué hace usted si su niño no mejora, está enfermo muy enfermo?

1) Lo automedica 2) le da líquidos 3) suspende la lactancia/ alimentación. 4) Lo lleva al hospital o c.s. 5) no hace nada 6) No aplica

47) ¿usted considera que si su niño tiene los ojos hundidos, es porque tiene una enfermedad diarreaica aguda? 1) Si () 2) No () 3) No Sabe

48) ¿Qué hace usted si su niño tiene los ojos hundidos?

1) Lo automedica 2) le da líquidos 3) suspende la lactancia/ alimentación. 4) Lo lleva al hospital o c.s. 5) no hace nada 6) No aplica

49) ¿Qué otro signo conoce de alarma de enfermedad diarreaica aguda?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTA DIRIGIDO A CUIDADORES FAMILIARES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN CARTAGENA.

Todos los participantes llenaran el siguiente formato previo a la realización de las preguntas. Esta es una forma de aceptación legal para participar en la investigación, que usted puede libremente firmar si está de acuerdo en los siguientes aspectos.

Yo _____ con cedula de ciudadanía N° _____ con dirección _____ y teléfono _____ acepto participar en la ejecución de este proyecto de investigación. Con relación a los aspectos legales que corresponde declaro que recibo y brindo información amplia sobre el estudio conocimiento sobre signos de alarma para EDA e IRA de los cuidadores de niños menores de 5 años en la localidad 3 de la ciudad de Cartagena de indias a cargo de la tutora e investigadora principal Irma Yolanda castillo y por las coinvestigadoras: Jeymis Ester Cabeza Miranda, Erika Patricia González de la Rosa, Diana Marcela Herrera Galvis, Elizabeth Martínez Martínez , Ingrid Johana Morales Guerrero.

El cual tiene como objetivo determinar el conocimiento de los cuidadores de niños menores de 5 años sobre los signos de alarma en enfermedades prevalentes (EDA e IRA) en Cartagena 2018.

Por lo anterior es importante destacar que nuestra investigación surgió de la necesidad de saber que tanto conocimiento tienen los cuidadores familiares de los niños menores de 5 años debido a la incidencia de las enfermedades prevalentes en la infancia.

Teniendo en cuenta lo anterior usted acepta que fue informado sobre los siguientes puntos:

- ❖ Se me ha explicado que me realizaran una encuesta asistida que indaga sobre el conocimiento de los signos de alarma de enfermedades prevalentes en la infancia IRA Y EDA, dejando claro que soy autónomo (a) de rehusarme a no responder cualquier pregunta que esta enunciada en la encuesta.
- ❖ Soy consciente que no recibiré ningún beneficio económico, ya que se realiza para fines investigativos.
- ❖ Soy consciente de los compromisos que adquiero con el proyecto y que en todo momento seré libre de continuar o de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo al investigador (es).

NOTA: en caso de ser menor de edad necesita la firma y autorización de un testigo (a).

Yo _____ con cedula de ciudadanía N° _____ con dirección _____ y teléfono _____ asumo el papel de testigo(a) presencial del presente consentimiento informado en la ciudad de Cartagena el día__-mes__del año_____

_____ (Testigo)(a)

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Firma del cuidador

ANEXOS 2. TABLAS DE RESULTADOS

TABLA 2: características sociodemográficas de los participantes del estudio.

CARACTERÍSTICAS		N	%
SEXO CUIDADOR	Femenino	433	82.8%
	Masculino	90	17.2%
ESTRATO SOCIOECONOMICO	1	221	42.3%
	2	279	53.3%
	3	23	4.4%
NIVEL EDUCATIVO DEL CUIDADOR	Sin escolaridad	2	0,4%
	Primaria Incompleta	17	3,3%
	Primaria Completa	23	4,4%
	secundaria Incompleta	82	15,7%
	secundaria Completa	214	40,9%
	Técnico	95	18,2%
	Tecnólogo	33	6,3%
	Professional	57	10,9%
SEGURIDAD SOCIAL DEL CUIDADOR	No afiliado	18	3.4%
	Régimen Subsidiado	306	58.5%
	Régimen Contributivo	191	36.5%
	Especial	8	2%
OCUPACIÓN	Desempleado	21	4.0%
	Ama de casa	289	55.3%
	Estudiante	35	6.7%
	Independiente	64	12.2%
	Empleado	114	21.8%
RELIGION	Ninguna	59	11,28%
	Adventista	1	0,2%
	Católica	363	69,4%
	Cristiana	88	16,8%
	Evangélica	5	1,0%
	Testigos de jehová	7	1,3%
SEXO DEL NIÑO	Femenino	253	48.4%

	Masculino	270	51,6%
EDAD DEL NIÑO	Menor de un año	84	16,1%
	1 año	84	16,1%
	2 años	97	18,5%
	3 años	116	22,2%
	4 años	78	14,9%
	5 años	64	12,2%
ASISTENCIA AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SI	375	71,7%
	NO	149	28,5%
ASISTENCIA A CONTROL DE C Y D POR AFILIACION A EPS	SI	372	74%
	NO	133	26%
INGRESO FAMILIAR	<1	41	7,8%
	1	300	57,4%
	2	150	28,7%
	3	32	6,1%
	4	0	0%
TIPO DE FAMILIA	Monoparental	28	5,4%
	Nuclear	239	45,7%
	Nuclear reconstituida	5	1%
	Extensa	251	48%

Fuente: encuesta del estudio

CONOCIMIENTOS SOBRE IRA

Tabla 3. Frecuencia de Gripe, Resfriado o Tos en el último año.

	N	%
1-3 VECES	355	67,9
4-7 VECES	54	10,3
8 O MÁS	38	7,3
NINGUNA VEZ	76	14,5
Total	523	100,0

Fuente: encuestas del estudio

Tabla 4. Molestias reconocidas por el cuidador cuando el menor presenta problemas respiratorios.

	RECONOCEN	%	NO RECONOCEN	%
Tos	268	51,2	255	48,8
Secreción nasal	430	82,2	93	17,8
Dolor de oído	48	9,2	475	90,8
Fiebre	226	43,2	297	56,8

Fuente: encuestas del estudio.

Tabla 5. Reconocimiento de los signos de alarma para Infecciones Respiratorias Agudas

Signos de alarma	Reconoce		No reconoce		No sabe	
	N	%	N	%	N	%
Respiración rápida	266	50,9	201	38,4	56	10,7
Dificultad para respirar	394	75,3	81	15,5	48	9,2
Tos	162	31,0	332	63,5	29	5,6
Fiebre	437	83,6	68	13,0	18	3,4
Respiración ruidosa	392	75,0	71	13,6	60	11,5
Dificultad o abstinencia para beber	276	52,8	137	26,2	110	21,0
Coloración morada en la piel	410	78,4	78	14,9	35	6,7

Fuente: encuestas del estudio

Tabla 6. Acciones realizadas por el cuidador cuando reconocen signos de alarma para infecciones respiratorias agudas en el menor.

SIGNOS DE ALARMAS	AUTOM EDICACION	Le frota el pecho/espalda	Le hace inhalaciones	Lo lleva al hospital	Le da bebidas calientes	Lo abriga	lavados nasales	No hace nada
*Fiebre	51.1%	1.5%	0.8%	73.2%	1.5%	9.2%	NA	0%
Respiración ruidosa	9.2%	8.6%	14.5%	78.4%	2.7%	7.1%	4%	1.5%
Dificultad respiratoria	13%	8.6%	11.1%	82.6%	0%	1.1%	1%	0.4 %
Ponerse morado	3.6%	1%	2.5%	96%	0%	3.3%	NA	0%
Bebe mal o no puede beber	6.9%	0.4%	1.7%	77.1%	1.3%	0.4%	NA	5% (26)
Respiración rápida	15.7% (82)	7.8% (41)	16.4% (86)	74.8 % (391)	0.4% (2)	NA	1%	6.1% (32)
Tos	70.9% (371)	8.2% (43)	19.7% (110)	63.9% (334)	3.3% (17)	6.7% (35)	NA	0.2%

Fuente: Encuesta del estudio

*Los cuidadores recurren a colocar paños de agua a los menores ante la presencia del signo fiebre en un 32,1%

Tabla 7. Otros signos de infección respiratoria aguda reconocidos por los cuidadores.

	N	%
Ahogamiento	4	0,8
Falta de apetito	4	0,8
Frio	1	0,2
Letárgico	4	0,8
Llanto intenso	15	2,9
Mal olor en la nariz	1	0,2
Moco verde	1	0,2
Muy agitado	2	0,4
Ninguno	425	81,3
Tiraje	60	11,5
Tos seca abundante	2	0,4
Vómitos	4	0,8
Total	523	100,0

Fuente: encuestas del estudio.

CONOCIMIENTOS SOBRE EDA.

Tabla 8. Frecuencia de diarrea en los niños en el último año.

Frecuencia	N	%
1-3 VECES	302	57,7
4-7 VECES	6	1,1
NINGUNA VEZ	215	41,1
Total	523	100,0

Fuente: encuestas del estudio.

Tabla 9. Reconocimiento de los signos de alarma para Enfermedad Diarreica Aguda.

Signos de alarma	Reconoce		No reconoce		No sabe	
	N	%	N	%	N	%
Heces acuosas	461	88,1	48	9,2	14	2,7
Sed intensa	308	58,9	161	30,8	54	10,3
Vómitos repetitivos	219	41,9	261	49,9	43	8,2
Dificultad o abstinencia para beber	262	50,1	160	30,6	101	19,3
Fiebre	325	62,1	117	22,4	81	15,5
Sangre en heces	434	83,0	40	7,6	49	9,4
Muy enfermo o no mejora	354	67,7	95	18,2	74	14,1
Ojos hundidos	351	67,1	23	4,4	149	28,5

Fuente: encuestas del estudio.

Tabla 10. Acciones realizadas por el cuidador cuando reconocen signos de alarma para Enfermedades Diarreicas Agudas en el menor

SIGNOS DE ALARMAS	AUTOMEDICACION	Le da líquidos	Suspende lactancia materna	Lo lleva al hospital	No hace nada
Heces acuosas	25.4%	50.9%	0.6%	71.1%	0.2%
Sangre en heces	1%	2.3%	0.2%	92.7%	0%
No mejora/está muy enfermo	1.5%	14.3%	0.2%	86.2%	1%
Ojos hundidos	3.65	16.8%	0.6%	79%	1.3%
Fiebre	50.9%	12.4%	0%	64.6%	0%
Sed intensa	12.6%	52.6%	0.2%	51.6%	2.1%
Bebe mal o no puede beber	4.6%	15.1%	0%	77.1%	11.9%
Vómitos repetitivos	4.2%	11.3%	0%	14%	0.4%

Fuente: encuestas del estudio.

Tabla 11. Otros signos de alarma reconocidos por los cuidadores de la enfermedad diarreica aguda.

	N	%
Deshidratación	4	1
Dolor estomacal	3	1
Falta de apetito	5	1
Heces fétidas	2	0
Irritable	3	1
Labios Blancos	3	1
Letárgico	14	3
Llorar sin lagrimas	1	0
Más de 4 deposiciones al día	5	1
Ninguno	472	90
No quiere beber	2	0
Palidez generalizada	7	1
Perdida excesiva de peso	2	0
Total	523	100

Fuente: encuestas del estudio.