

Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años

Ángela María Pulgarín Torres¹
Sandra Patricia Osorio Galeano²
Yolanda Restrepo Suarez³
Ángela María Segura Cardona⁴

- 1 Enfermera, Especialista en Enfermería Cardiovascular y Magister en Epidemiología. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. email: angelapulgarin@gmail.com
- 2 Enfermera, Especialista en Enfermería neonatal y Magister en Epidemiología. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. email: sandraog7@gmail.com
- 3 Enfermera. Especialista en Farmacodependencia. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. email: yolrestrepo@tone.udea.edu.co
- 4 Estadística e informática, Magister en Epidemiología y Doctora en Epidemiología. Profesora de la Universidad CES, Colombia. email: asecura@ces.edu.co

Subvención: Artículo derivado de la investigación "Los conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a ERA en niños de 2 meses a 5 años. Medellín", realizada entre abril y agosto de 2009, y financiada con recursos propios de las autoras.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 14 de mayo de 2010.

Fecha de aprobado: 28 de septiembre de 2010.

Cómo citar este artículo: Pulgarín AM, Osorio SP, Restrepo Y, Segura AM. Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años. Invest Educ Enferm. 2011;29(1): 19 – 27.

Resumen

Objetivo. Establecer la relación existente entre la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) y los conocimientos y prácticas que tiene el cuidador del niño. **Metodología.** Estudio de casos y controles en el que los casos fueron los niños hospitalizados por ERA y los controles los niños hospitalizados por causas diferentes. Se realizó entrevista a los cuidadores de los niños con el fin de indagar el nivel de conocimientos y prácticas que tenían con respecto a la ERA. **Resultados.** Se estudiaron 24 casos y 24 controles. El perfil del cuidador de ambos grupos de estudio es el de mujeres, madres del menor, amas de casa, con nivel educativo de secundaria, afiliadas al régimen contributivo y de estratos socioeconómicos 2 y mayores. Los cuidadores de los casos tuvieron menor proporción de conocimientos adecuados sobre ERA que los de los controles (41.7% versus 75.0%, $p=0.02$). Un bajo de cuidadores en ambos grupos identifica adecuadamente los signos y síntomas de ERA (casos=4.2% y controles=8.2%). El conocimiento de cuándo consultar de manera urgente fue adecuado en el 75.0% de los cuidadores de los casos versus 66.7% de los cuidadores de los controles. En las prácticas desarrolladas cuando el niño tiene ERA los cuidadores de los controles, la que más realizan es el adecuado manejo de la fiebre, el resto de prácticas tuvieron proporciones de manejo adecuado entre regulares y malas. **Conclusión.** Los conocimientos y prácticas en los cuidadores fueron inadecuados, se evidencia la necesidad de implementar y reforzar acciones educativas en la comunidad.

Palabras clave: infecciones de las vías respiratorias; atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI); cuidadores; cuidado del niño.

knowledge and practices of the caregiver as a factor associated to acute respiratory infection in children from 2 months to 5 years old

■ Abstract ■

Objective. To establish the relationship between Acute Respiratory Infection (ARI) and the practices and knowledge the child caregiver has. **Methodology.** Case-control study in which cases were children hospitalized for ARI, and controls children hospitalized for other conditions. Interviews were applied to the children's caregivers to investigate their level of knowledge and practices related to ARI. **Results.** 24 cases and 24 controls were studied. The caregiver profile in both groups were women, mother of the child, housekeeper, high school level of education, members of the contributive regimen, and from socioeconomic status 2 and higher. The cases group caregivers had a lower proportion of proper IRA knowledge than controls (Cases=4.2% and controls=8.2%). Knowledge about when to consult as an emergency was proper in the 75.0% of the caregivers in the case group versus 66.7% in the control group. In the actions taken when the child has IRA, what caregivers in the control group do better is the proper management of fever, other actions had fair and poor proper management proportions. **Conclusion.** Caregivers Knowledge and practices were inadequate, the necessity to implement and reinforce educative actions in the community is shown.

Key words: respiratory tract infections; integrated management of childhood illness (IMCI); caregivers; child care.

Conhecimentos e práticas do responsável como fator associado à doença respiratória aguda em crianças de 2 meses a 5 anos

■ Resumo ■

Objetivo. Estabelecer a relação existente entre a Doença Respiratória Aguda (ERA) e os conhecimentos e práticas que tem o responsável de crianças. **Metodologia.** Estudo de casos e controles em que os casos foram crianças hospitalizadas por ERA e os controles as crianças hospitalizadas por causas diferentes. Realizou-se entrevista aos responsáveis das crianças com o fim de indagar o nível de conhecimentos e práticas que tinham com respeito à ERA. **Resultados.** Estudaram-se 24 casos e 24 controles. O perfil do responsável de ambos os grupos de estudo é o de mulheres, mães do menor, donas de casa, com nível educativo de secundária, filiadas ao regime tributável e de estratos socioeconômicos 2 e superior. Os responsáveis dos casos tiveram menor proporção de conhecimentos adequados envelope ERA do que os dos controles (41.7% contra 75.0%, $p=0.02$). Um descenso de responsáveis em ambos os grupos identifica adequadamente os signos e sintomas de ERA (casos=4.2% e controles=8.2%). O conhecimento de quando conferir de maneira urgente foi adequado em 75.0% dos responsáveis dos casos contra 66.7% dos responsáveis dos controles. Nas práticas desenvolvidas quando a criança tem ERA os responsáveis dos controles a que mais realizam é o adequado manejo da febre, o resto de práticas tiveram proporções de manejo adequado entre regulares e más. **Conclusão.** Os conhecimentos e práticas nos responsáveis foram inadequados, se evidência a necessidade de implementar e reforçar ações educativas na comunidade.

Palavras chave: infecções respiratórias; atenção integrada as doenças prevalente na infância; cuidadores; cuidado da criança.

Introducción

Las enfermedades prevalentes de la infancia son aquellas que afectan en su mayoría a los niños menores de cinco años; son una causa frecuente de consulta en las instituciones de salud y contri-

buyen en gran medida a la morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional.¹ La Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) hace parte de este grupo de enfermedades y es un importante problema de

salud a nivel mundial, que afecta principalmente a los países en vía de desarrollo.² La ERA ocasiona de 30 a 60% de las consultas pediátricas^{1,2} y del 30 al 40% de las hospitalizaciones.^{1,2} La neumonía, causa la muerte de más niños y niñas en el mundo que cualquier otra causa individual y representa casi un 20% de todas las muertes de menores de cinco años.^{3,4}

En Colombia, la ERA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad para el grupo de niños menores de cinco años. En 2008 se registró en el país una tasa de mortalidad por este grupo de enfermedades en niños menores de cinco años de 0.15 por mil niños de esa edad.⁵ En el departamento de Antioquia para el año 2007 se reportó una tasa de mortalidad por ERA en menores de cinco años de 0.18 por mil niños,² llegando a subir en 2009 a 0.23 por mil, lo cual pone de manifiesto la magnitud del problema a nivel local, que si bien ha disminuido en forma importante en los últimos veinte años, puesto que en 1990 se reportaban tasas de 0.48 por mil menores de cinco años según la misma fuente, continúa siendo un problema de salud pública importante que afecta a la población infantil.^{6,7}

La ERA puede generar complicaciones en los menores de cinco años, lo cual se ve agravado cuando el estado nutricional del niño está afectado, el nivel socio económico de la familia es bajo, hay dificultades de accesibilidad a los servicios de salud y existe desconocimiento de dichas enfermedades en cuanto a su prevención y manejo en el hogar por parte de las madres.²

Es reconocido que cuando las madres tienen un buen nivel de conocimientos sobre la ERA es posible prevenir e identificar correcta y oportunamente la enfermedad y al mismo tiempo implementar prácticas adecuadas de su manejo en el hogar. En el desenlace de la ERA cobra relevancia la capacidad de los cuidadores para reconocer tempranamente los signos de peligro, la consulta oportuna y la administración correcta del tratamiento en el hogar.⁸

Es de gran importancia que los agentes de salud trabajen en la educación de la comunidad frente a este tema, ya que sólo un 56% de los cuidadores de los niños y niñas que presentan un caso sos-

pechoso de neumonía son llevados a los agentes de salud apropiados y sólo uno de cada cuatro cuidadores conoce los signos principales de la neumonía.⁹ El cuidado que los niños reciben en sus hogares es tan decisivo como el que se proporciona en los sistemas de salud. Por esta razón se deben enfocar la salud y el desarrollo infantil desde las familias, los hogares y en general desde de la comunidad.^{3,8} El objetivo de este estudio fue establecer la relación existente entre la ERA y los conocimientos y prácticas del cuidador del niño entre dos meses y cinco años.

Metodología

Estudio de casos y controles no pareado, donde se tomaron como casos los niños de dos meses a cinco años hospitalizados por ERA en una institución de tercer nivel de atención de la ciudad de Medellín (Colombia); y como controles los niños hospitalizados por causas relacionadas con problemas musculares, óseos o infecciosos que no involucraban el sistema respiratorio en la misma institución. El estudio se realizó entre abril y agosto de 2009. La información fue suministrada por el cuidador del niño, entendiéndose como tal la persona que tuviera a su cuidado más tiempo de vigilia del menor.

El tamaño de la muestra se calculó en Epidat 3.1 con una proporción de casos expuestos de 70% y una proporción de controles expuestos de 30%, un OR esperado de 5.2¹⁰ una relación 1:1, con un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%, donde se obtuvo un tamaño mínimo de 25 casos y 25 controles.

Previo consentimiento informado se le realizó una entrevista dirigida a los cuidadores de los niños, este instrumento fue construido con base en las variables y aspectos relacionados con los conocimientos y prácticas sobre ERA abordados en la estrategia de Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) comunitario, el cual fue evaluado por expertos en el área. En la entrevista se contemplaron variables sociodemográficas del cuidador y el menor; y otras relaciona-

das con los conocimientos de las causas de la ERA, su identificación y los signos generales de peligro y alarma que pudieran llevar al cuidador a consultar de manera oportuna; en cuanto a las prácticas se indagó acerca del manejo que el cuidador tiene en el ámbito domiciliario como el cuidado de la fiebre, alimentación, líquidos, tos, vigilancia de los signos de alarma y el manejo de la nariz obstruida. Las investigadoras realizaron una prueba piloto en 15 cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio, con el fin de evaluar la comprensión y pertinencia de las preguntas y el tiempo de respuesta del mismo. También se hizo estandarización en el manejo del instrumento y el proceso de recolección.

Los datos recolectados fueron vaciados en el programa SPSS versión 15.0, paquete con el cual se hizo el análisis de la información. En el tratamiento estadístico de las variables de estudio se realizó un análisis de las variables cuantitativas de edad, peso y talla con el fin de evaluar la comparabilidad de los grupos mediante la prueba U de Mann Whitney, y de las variables cualitativas de sexo y tipo del cuidador con el estadístico χ^2 , y si algún valor de las celdas tenía un valor esperado menor de cinco se utilizó la prueba exacta de Fisher. En todas las situaciones se consideró que había diferencia estadística si el valor de probabilidad era menor de 0.05. La fuerza de la asociación se es-

timó a través del cálculo de la OR y su respectivo intervalo de confianza del 95%.

La investigación protegió y promovió el respeto de los principios éticos básicos conforme a lo citado en la Resolución 8430 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

Resultados

Se estudiaron 24 casos y 24 controles, con mediana de edad en meses de 9 y 13 respectivamente, sin ser esta diferencia por edad estadísticamente significativa ($U=269.0$, $p=0.69$).

En la Tabla 1 puede apreciarse que los grupos de estudio fueron comparables entre sí en cuanto a las características generales, existiendo tan solo diferencia estadísticamente significativa en la variable de lactancia materna mayor de seis meses, que fue mayor en los controles que en los casos (20.8% versus 8.3%, respectivamente). El perfil general de los niños estudiados, sin tener en cuenta el grupo, fue el siguiente: la mitad son de sexo masculino y uno de cada cinco tienen algún grado de desnutrición, en su mayoría tienen el esquema de vacunación completo para la edad y han tenido lactancia materna exclusiva. Uno de cada cuatro niños asiste a la guardería o a un hogar comunitario.

Tabla 1. Distribución de características generales del menor por grupo de estudio

Variables	Grupo		OR (IC _{95%} OR)	χ^2	Valor de p
	Caso	Control			
Sexo masculino; n (%)	12 (50.0)	14 (58.3)	1.40 (0.44-4.34)	0.34*	0.56
Con desnutrición; n (%)	4 (16.7)	6 (25.0)	0.59 (0.14-2.50)	0.50†	0.48
Prematurez; n (%)	7 (29.2)	10 (41.7)	1.72 (0.52-5.88)	0.82*	0.37
Esquema vacunación completo; n (%)	18 (75.0)	21 (87.5)	2.32 (0.50-11.11)	0.65†	0.26
Esquema confirmado por carnet; n (%)	9 (37.5)	11 (45.8)	1.40 (0.44-4.54)	0.34*	0.56
Lactancia materna exclusiva; n (%)	21 (87.5)	23 (95.8)	0.30 (0.03-3.16)	0.27†	0.29
Lactancia materna mayor de seis meses; n (%)	2 (8.3)	5 (20.8)	0.02 (0.05-0.11)	27.1†	<0.001
Asistencia a guardería u hogar; n (%)					
Guardería	2 (8.3)	3 (12.5)	-	1.32†	0.52
Hogar comunitario	6 (25.0)	3 (12.5)	-		
No asiste	16 (66.7)	18 (75.0)	-		

*:Chi cuadrado de Pearson, †: Chi cuadrado con corrección de Yates

Con respecto a los cuidadores, la mediana de edad fue de 16 años en el grupo de casos y de 17 años en el grupo de controles, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($U=247.0$, $p=0.39$). En la Tabla 2 se puede apreciar que en el perfil del cuidador de los casos y de los controles no hay diferencias estadísticamente significantes, por lo que se podría decir que el perfil general de los cuidadores que participaron en esta investigación es de mujeres, con mayor frecuencia son

las madres de los niños, son amas de casa, tienen nivel educativo de secundaria, están afiliadas al régimen contributivo y son estrato socioeconómico 2 y menor. Se encontró que en ambos grupos de estudio los cuidadores tienen otros niños menores de cinco años (45.8% en casos y 25.0% en controles) y que en la residencia del menor había personas que fumaban (33.3% en casos y 25.0% en controles), aunque estas diferencias no lograron ser significantes estadísticamente.

Tabla 2. Distribución de características generales del cuidador por grupo de estudio

Característica	Grupo		OR (IC _{95%} OR)	X ²	Valor de p
	Casos (n=24)	Controles (n=24)			
Sexo femenino; n (%)	24 (100.0)	23 (95.8)	-	0.00 [†]	1.00
Escolaridad; n (%)					
Primaria	4 (16.7)	4 (16.7)	-	0.13 [†]	0.93
Secundaria	15 (62.5)	14 (58.4)			
Universitaria	5 (20.8)	6 (24.9)			
Ocupación; n (%)					
Ama de casa	12 (50.0)	15 (62.5)	-	1.39 [†]	0.49
Estudiante	3 (12.5)	1 (4.2)			
Trabajador	9 (37.5)	8 (33.3)			
Afiliación al régimen contributivo; n (%)	17 (70.8)	20 (83.3)	0.49 (0.12-1.95)	1.06 [†]	0.30
Estrato socioeconómico; n (%)					
Estrato 1	4 (16.7)	3 (12.5)	-	0.51 [†]	0.77
Estrato 2	15 (62.5)	14 (58.3)			
Estrato 3	5 (20.8)	7 (29.1)			
Es la madre del niño; n (%)	17 (70.8)	19 (79.2)	0.64 (0.17-2.40)	0.11 [†]	0.73
Con hijos menores de cinco años a su cargo; n (%)	11 (45.8)	6 (25.0)	0.39 (0.11-1.33)	2.27*	0.13
Alguna de las personas que viven con el menor fuma; n (%)	8 (33.3)	6 (25.0)	1.50 (0.43-5.26)	0.40*	0.52

*:Chi cuadrado de Pearson, †: Chi cuadrado con corrección de Yates

Al realizar el análisis de los conocimientos que tenían los cuidadores con respecto a la ERA se encontró que el 41.7% de los cuidadores de los casos versus el 75.0% de los cuidadores de los controles conocen las causas de la ERA, diferencia que fue estadísticamente significativa. Llamó

la atención el porcentaje tan bajo de cuidadores en ambos grupos que identifica adecuadamente la ERA (casos =4.2% y controles =8.2%). El conocimiento de cuándo consultar de manera urgente fue adecuado en más de las dos terceras partes de cuidadores de los dos grupos.

En cuanto a las prácticas desarrolladas cuando el niño tiene ERA, se puede observar también en la Tabla 3 que los cuidadores de los controles tuvieron mayores proporciones que los casos en el adecuado manejo de la fiebre (aproximadamente nueve de cada diez), los líquidos, la obstrucción nasal, el consultar primero al personal de salud si el niño tiene ERA y en no iniciar el tratamiento farmacológico antes de ir a consulta médica; sin embargo, los cuidadores de los casos tuvieron

mayores proporciones de prácticas adecuadas en el manejo de alimentos, la vigilancia de los signos de alarma, el momento en que hay que suspender el tratamiento y el aprender los cuidados del personal de salud, cuando se compararon con los cuidadores de los controles. De todas estas diferencias observadas, la única práctica que fue estadísticamente significativa fue la del factor protector manejo adecuado de líquidos.

Tabla 3. Conocimientos y prácticas de los cuidadores con respecto a la ERA, según grupo de estudio

Variables	Casos (n=24)	Controles (n=24)	OR (IC ₉₅) OR	Estadístico de prueba	Valor de p
Conocimientos adecuados sobre:					
Identificación de la ERA; n (%)	1 (4.2)	2 (8.3)	0.47 (0.40-5.55)	0.35 [†]	0.55
Causas de ERA; n (%)	10 (41.7)	18 (75.0)	0.24 (0.07-0.81)	5.49*	0.02
Cuándo consultar a urgencias; n (%)	18 (75.0)	16 (66.7)	1.50 (0.43-5.23)	0.40*	0.45
Prácticas adecuadas sobre:					
Manejo de la fiebre; n (%)	20 (83.3)	22 (91.7)	0.45 (0.07-2.76)	0.19 [†]	0.66
Manejo de alimentos; n (%)	12 (50.0)	10 (41.7)	1.40 (0.45-4.38)	0.34*	0.56
Manejo de líquidos; n (%)	13 (54.2)	21 (87.5)	0.17 (0.04-0.72)	4.94 [†]	0.02
Manejo de la tos; n (%)	8 (33.3)	8 (33.3)	1.00 (0.30-3.32)	0.00*	1.00
Vigilancia de signos de alarma; n (%)	9 (37.5)	5 (20.8)	2.28 (0.63-8.25)	0.91 [†]	0.34
Manejo de obstrucción nasal; n (%)	14 (58.3)	20 (83.3)	0.28 (0.07-1.08)	2.52 [†]	0.11
Suspensión del tratamiento; n (%)	13 (54.2)	12 (50.0)	1.18 (0.38-3.67)	0.00*	0.77
Primera persona a quien consulta; n (%)	11 (45.8)	14 (58.3)	0.60 (0.19-1.89)	0.75*	0.39
Realizar los cuidados aconsejados por el personal de salud; n (%)	10 (41.7)	7(29.2)	0.58 (0.17-1.91)	0.82*	0.36
No iniciar el tratamiento farmacológico antes de la consulta médica; n (%)	6 (25.0)	9 (37.5)	0.56 (0.16-1.92)	0.87*	0.35

*: Chi cuadrado de Pearson, [†]: Chi cuadrado con corrección de Yates

Discusión

Con respecto a las variables sociodemográficas estudiadas, algunos artículos¹⁰⁻¹³ que relacionan la ERA con condiciones socioeconómicas desfavorables y con bajas condiciones educativas tienen similitud con nuestro estudio en cuanto a que la mayoría de los cuidadores pertenecían a estratos socioeconómicos bajos (I y II), pero no en el nivel educativo adecuado.

En nuestro estudio se apreció que los cuidadores son en su gran mayoría las madres de los niños y se dedican principalmente a las labores del hogar, tal y como también se reporta en numerosos artículos.¹⁰⁻¹⁵ Este aspecto es importante, porque se puede relacionar con un acompañamiento cercano durante la crianza de los hijos, al no desvincularse la madre del hogar y dedicarse a las

labores del mismo, lo que favorece la identificación temprana de signos de enfermedad, el cuidado continuo durante la ERA y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma.

La edad mediana de los cuidadores de nuestro estudio fue similar a la encontrada en otros estudios,^{8,10} al respecto se ha encontrado que el riesgo de muerte infantil aumenta cuando la edad de la madre se sitúa hacia ambos extremos de su edad fértil;³ además, las cuidadoras del presente estudio tenían educación secundaria y universitaria, en este sentido se ha establecido que a medida que aumenta la escolaridad del cuidador disminuye el riesgo de mortalidad.^{3,16,17} Aunque los cuidadores en nuestra investigación conocen algunas causas de ERA, dicho conocimiento no es suficiente, ya que existen múltiples factores de riesgo para la aparición de esta enfermedad, frente a esto se ha establecido que un bajo nivel de conocimiento sobre ERA puede constituir un factor contribuyente al ingreso de los menores al hospital.^{3,18,19}

La mayoría de los cuidadores de nuestra investigación no reconocieron los signos de alarma específicos para ERA; esto apoya el desconocimiento de la enfermedad evidenciado en el estudio y es coherente con lo hallado en otros estudios realizados en Latinoamérica,^{11,15,20} como el señalado por la Encuesta Nacional de Salud realizada en Colombia en el año 2007, en la que los datos de Antioquia revelan que no se da una debida educación acerca de las causas de ERA a un 65% de los cuidadores encuestados, y solo se informó al 32% de los cuidadores sobre los signos de peligro en la consulta externa y al 85% en hospitalización.²⁰

De las prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud en el marco de la estrategia AIPEI para el manejo de la ERA, se encontró que los cuidadores entrevistados tienen un manejo adecuado especialmente de la fiebre, siendo menor en la obstrucción nasal y en la administración de líquidos orales, hallazgos que son de gran importancia porque estas medidas disminuyen el riesgo de la gravedad de la enfermedad.²¹ Sin embargo, los cuidadores no realizan de manera adecuada prácticas como el manejo de la tos, la continuidad de la alimentación mientras el

niño está enfermo por ERA y la vigilancia de los signos de alarma, lo que puede repercutir sobre la gravedad de la enfermedad, aumentando las hospitalizaciones y la mortalidad por esta causa, además de los costos sociales y económicos para la familia y para el sistema de salud.

En cuanto a quién consulta primero se encuentra que la institución de salud es el principal referente de los cuidadores que hicieron parte de este estudio. Este es un hallazgo positivo ya que se ha encontrado un mayor riesgo cuando acuden en primera instancia a otros consejeros (farmaceuta, yerbatero).²² El inicio del tratamiento antes de la consulta, principalmente con antipiréticos, antibióticos e inhaladores, es una práctica incorrecta también mencionada en otro estudio¹¹ y puede traducirse en complicaciones, resistencia bacteriana y efectos secundarios en los niños enfermos por ERA; sin embargo, se debe considerar que los cuidadores de los casos tuvieron mayores proporciones de prácticas adecuadas en el manejo de alimentos, la vigilancia de los signos de alarma y el momento en que hay que suspender el tratamiento, cuando se compararon con los cuidadores de los controles. Esto se debe probablemente al contacto con el personal de salud, durante la hospitalización, por consultas previas o por la atención en el primer nivel de atención como el programa de vacunación, al cual habían tenido acceso todos los niños del presente estudio.

En esta investigación se encontró que al menos en una de cada cuatro residencias de los niños, independiente del grupo de estudio, había una persona que fumaba, siendo este un factor de riesgo más que reconocido para ERA²³, habiendo mostrado un estudio de casos y controles su relación con el aumento de consultas por esta causa.²⁴ Un factor protector que encontramos en este estudio fue la alta proporción de niños con lactancia materna exclusiva, la cual se ha relacionado con una menor incidencia de ERA.²⁵

Los resultados de nuestro estudio mostraron que los conocimientos y prácticas en los cuidadores con respecto a la ERA fueron inadecuados, se evidencia la necesidad de implementar y reforzar acciones educativas en la comunidad. En la pre-

vención de la aparición de ERA y sus complicaciones es necesario que el cuidador tenga suficientes conocimientos en la identificación de la ERA, sus causas y los signos que indican consultar de manera urgente, así como un adecuado manejo en el hogar una vez el menor presenta la enfermedad en cuanto a manejo de la fiebre, alimentación líquidos, la tos, vigilancia de signos de alarma y el manejo de la nariz obstruida. En nuestro estudio se destacaron como factores protectores el manejo adecuado de los líquidos en el hogar, el conocimiento de las causas de la ERA, el manejo adecuado de la obstrucción nasal y la vigilancia continua de los signos de alarma en el hogar, así como el tener un solo menor de cinco años al cuidado y que el menor tenga un solo cuidador.

Agradecimientos: a la enfermera María Isabel Lalinde Ángel y al doctor Luis Carlos Ochoa, quienes apoyaron el proceso de investigación e hicieron importantes aportes a la misma, y también a la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de la Protección Social. Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Curso clínico para profesionales de la salud. Washington: OPS; 2005.
2. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de mortalidad por EDA [internet]. Bogotá: Ministerio de la protección social; 2006 [acceso 22 de noviembre de 2008]. Disponible en: http://www.saludcordoba.gov.co/archivos_de_descarga/protocolo/noinmunoprevenibles/mortalidadedef.pdf
3. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2008. Supervivencia infantil [internet]. Nueva York: Unicef; 2009 [acceso 20 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia [internet]. Washington: OPS; 2007 [acceso 21 de noviembre de 2008]. Disponible en: www.ops.org.bo/textocompleto/ndes28486.pdf
5. Colombia. Departamento administrativo nacional de estadística. Estadísticas vitales 2007 [internet]. Bogotá. DANE; 2008 [acceso 13 de septiembre de 2008]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_v09/index.php?option=com_content&view=article&jd=632&Itemid=119
6. Antioquia. Gobernación de Antioquia. Estadísticas. Plan de desarrollo de Antioquia 2008-2011 [internet]. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2008 [acceso 15 de septiembre de 2008]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/descargas/Plan%20_salud_antioquia_art74_1.pdf
7. Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Informe de gestión 2009 [internet]. Medellín: Dirección seccional de salud de Antioquia; 2009 [acceso 19 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/direccionamiento-sgsss/informes-de-gestion-2009>
8. Valdez A, Martínez H. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. Rev Panam Salud Publica. 1999;6(6).
9. Fonseca W, Kirkwood B, Victora C, Fuchs S, Flores J, Misago C. Factores de Riesgo para neumonía en niños menores de 2 años en Fortaleza Brasil [internet]. Brasil: OPS. [acceso 10 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi-2-7-wf.pdf>
10. Avila Montes G, Henne K, Posas J, Thurston A, Acosta M, Withson D. Conocimientos y prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias en Lempira, Honduras. Rev Med Hond. 2001;69:52-6.
11. Cujíño M, Muñoz L. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía en menores de cinco años, Manizales. 1999. Colomb Med. 2001;32(1):41-8.
12. Delpiano L, Kabalán P, Díaz C, Pinto A. Características y costos directos de infecciones respiratorias agudas en niños de guarderías infantiles. Rev Chil Infect. 2006;23(2).
13. Sanchez A. Neumonías. En: Hernandez M. Pediatría. 2ª ed. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 1994. p. 707-2.

14. Burgoa R, Salas A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. *Rev Bol Ped.* 2008; 47;(2):72-6.
15. Cordero D, Barrera S. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. *Arch Pediatr Urug.* 2001;72(2):158-67.
16. Gutiérrez J, Rubí A. Escolaridad de la madre y condiciones ambientales en la morbilidad infantil. *Rev Cubana Pediatr.* 1988;60:974-92.
17. Sastre H, García M. Protocolos de patología respiratoria. Aspectos epidemiológicos del asma en la edad pediátrica. *Bol Pediatr.* 2007;47(2):55-61.
18. Sáenz S. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. *Rev Panam Salud Pública.* 1997;1(4):269-81.
19. Aguinaga M, Lazo G. Relación entre variables climáticas y casos de Infección Respiratoria Aguda en la Provincia de Callao – 2001. *Rev Peru Epidemiol.* 2003;11(1):1-18.
20. Bengugui Y, Bossio JC, Fernández HR. Investigaciones operativas sobre AIEPI. Washington DC: OPS/OMS; 2001.
21. Colombia. Ministerio de la protección social. Encuesta nacional de salud 2007. Resultados por departamento, Antioquia [internet]. Bogotá: Ministerio de la protección social; 2006 [citado marzo 2009 Mar 09]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/salud/Documents/Antioquia.pdf>
22. Pavlicich V, Benitez C. Influencia de la consulta previa con empíricos sobre la morbilidad y mortalidad de niños internados. *Rev Chil Pediatr.* 2006;77(3):306-16.
23. Batista R, Feal P. Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. *Resumed.* 1988;11(2):63-9.
24. González E. Morbilidad atendida y real por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 1999; 34(1):5-14.
25. Prieto Herrera ME. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(2):160-4.