

INTERVENCION EDUCATIVA EN MADRES DE SANTA CATALINA SOBRE CONOCIMIENTOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Dr. Andrés Manuel Hernández Peña¹, Dr. Roilán García Noble², Dr. Juan Manuel Gil Silveira³, Dr. Diorgeris García Reyes,³ Dr. Rudisleydis Acosta Navarro.⁴

RESUMEN

Se realiza un estudio de intervención, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas en madres de Santa Catalina, en el período septiembre-diciembre de 2007. El universo es de 44 madres. Se aplica encuesta con previo consentimiento. Las variables estudiadas son: reconocimiento de síntomas y signos de gravedad, prácticas de atención en el hogar, tiempo de mejoría de los síntomas y evaluación general de las madres. el mayor signo de gravedad antes, fue la fiebre y después: quejidos, rechazo al alimento, decaimiento y coloración azul de labios y uñas. En las prácticas de atención en el hogar hubo una mayor frecuencia del aporte de líquidos, utilización de antibióticos y medicina verde antes de la intervención

Palabras clave: INFECCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO/prevenición y control; ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN SALUD.

INTRODUCCION

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen un grupo complejo y heterogéneo de enfermedades causadas por diversos agentes que afectan

¹ *Especialista de II Grado en Pediatría. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Medicina Interna.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

⁴ *Especialista de I Grado en Ginecología.*

cualquier punto de las vías respiratorias superiores e inferiores que van desde un catarro común, otitis media, faringoamigdalitis, laringitis, bronquitis, neumonía.^{1,2}

Las estadísticas mundiales indican que los niños menores de 5 años sufren entre 4 y 8 episodios de infecciones respiratorias agudas al año. Esto significa que por lo menos ocurren 2 000 millones de episodios cada año en el mundo en desarrollo.³⁻⁵

Las IRA representan entre 30 y 60 % de las visitas infantiles a los establecimientos de salud. De este gran volumen de consulta sólo una pequeña proporción comprende patologías de gravedad como neumonía y bronquiolitis en el niño menor.^{6,9}

En Cuba desde 1970 se incorporó al programa de reducción de mortalidad infantil un programa de control nacional de las IRA, cuyo resultados son satisfactorios en el control de la enfermedad y reducción de la mortalidad infantil, por esta causa la morbilidad y sobre todo la mortalidad por IRA, tienen una significativa reducción en los últimos 35 años.

En la provincia de Guantánamo en el año 2007, se presentaron un total de 90697 casos de niños con infección respiratoria aguda, a pesar de esta elevada morbilidad, no ocurrió ningún fallecimiento por esta causa. En el municipio Guantánamo, en el mismo año, el número de niños afectados con IRA, en esta área fue de 1 369, sin muertes por dicha causa.

Muchos factores contribuyen a la disminución de la mortalidad por estas afecciones en nuestro país, entre ellos podemos citar la comunicación social mediante actividades educativas a madres y población en general a través de los medios de difusión masiva, programas de educación para la salud y otras formas.¹⁰

Por otra parte, la reducción de factores de riesgo, tales como: bajo peso al nacer, desnutrición, abandono de la lactancia materna, prácticas inadecuadas en el hogar, constituyen una importante estrategia para reducir la incidencia y gravedad de los episodios.¹¹

A pesar de contar con un sistema único en el cual el médico de familia y los policlínicos en la atención primaria vigilan el cumplimiento efectivo de los

programas nacionales de salud, se encuentra insuficiente el nivel de conocimiento en madres con niños con esta enfermedad.

METODO

Se realiza una intervención educativa dirigida a modificar conocimientos sobre IRA en madres con niños del área de salud de Santa Catalina, Paraguay, municipio Guantánamo, durante el período septiembre-diciembre de 2007. El universo está constituido por 44 madres de dicha área de salud. Para la realización del estudio se establece comunicación con madres del área de salud de Santa Catalina que tienen niños menores de 1 año, fundamentalmente para explicarles en qué consiste el estudio, así como sus objetivos.

Con previo consentimiento se les capacita durante 1 mes 2 veces por semana durante 30 minutos. Se utiliza como medida de resumen las cifras absolutas y los porcentajes.

Las variables estudiadas son: edad de la madre, escolaridad, síntomas y signos de las IRA, signos de gravedad de las IRA, prácticas de atención en el hogar, tiempo de mejoría de los síntomas y nivel de conocimiento general sobre la entidad.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el estudio antes de aplicada la intervención predominó el ruido al respirar en 28 casos (63.7 %) en el reconocimiento de síntomas y signos de IRA, seguido de aumento de la frecuencia respiratoria en 26 (59.0 %) y, en tercer lugar, problemas en la ingestión de líquidos en 16 (36.3 %). Luego de realizada la intervención predominó el criterio de cuando el niño se queja en el 100 % de los casos, seguido de marcación de las costillas con 42 (95.4 %) y cuando tiene de color morado la piel, aumenta la frecuencia respiratoria y no puede ingerir líquidos en el 91 % de las encuestadas (40) (Ver Tabla 1).

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en Bolivia, Egipto y Nigeria se demostró que las madres de Bolivia consideran como síntomas y signos de IRA: fiebre, tos, convulsiones; las madres egipcias establecen diferencias entre infección respiratoria leves y graves y las madres nigerianas relacionan los síntomas y signos con varias enfermedades.

En un estudio de intervención comunitaria realizado por Milian González en una localidad de Haití sobre IRA, el 57.1 % de las madres encuestadas reconoció adecuadamente los síntomas y signos, donde después de la intervención educativa el 92.9 % de ellas identificó correctamente a los mismos, similares resultados encontró Martínez Cabrera en su intervención.

En otro estudio revisado sobre grado de conocimiento en atención primaria de la comunidad nos dice que el grado de conocimiento es regular en el 64 %, mientras que es malo en el 36 %.¹²⁻¹⁴

En cuanto a reconocimiento de los signos de gravedad, antes de la intervención predominó el criterio de la madre de cuando el niño tenía fiebre con 38 casos (86.3 %), seguido de rechazo al alimento en 33 (75 %) y coloración azul en labios y uñas con 26 (59.1 %) (Tabla 2); después de la intervención predominó el criterio de quejido, rechazo al alimento, decaimiento, coloración azul de labios y uñas en 44 (100 %), seguido de hundimiento de costillas en 42 (95.4 %) e irritabilidad en 40 de las encuestadas (91 %).

En algunos estudios realizados acerca del conocimiento de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma de IRA complicadas en 340 encuestas arrojaron que sólo 8 conocían los signos de alarma y que sus niños presentaron IRA complicada; 82, sí conocían los signos de alarma y no presentaron complicaciones (26.4 %) y ,36, no conocen los signos de alarmas y sí presentaron complicaciones, además 214 madres no conocen estos signos de alarma y los niños no se complicaron, lo que representó el 73.5 %.

En otro estudio realizado en Chile se registran resultados donde el 35 % de las madres tienen conocimientos sobre signos de alarma de IRA mientras que el 65 % no lo tienen, En estudio realizado por Concepción las madres coincidieron con los signos y síntomas de gravedad más relevantes, lo que arrojó buen conocimiento por parte de las madres y, en Managua, en el centro de salud de Villa Libertad en estudio similar se encontró existencia de número alto de madres que niega recibir información sobre IRA, lo cual coincide también con las respuestas de no conocer los signos de alarma.

Como se puede apreciar en estos estudios el desconocimiento en sentido general sobre los signos de gravedad en las madres coincide plenamente con los resultados de nuestro trabajo.¹⁵⁻¹⁷

En la Tabla 3 se valoró la distribución según las prácticas de atención en el hogar donde antes de la intervención el aumento del aporte de líquidos y la utilización de antibióticos u otros medicamentos predominó en 38 madres (86.3 %), seguido de utilización de medicina verde en 25 madres (56.9 %) y modificación de la cantidad de alimentos en 14 (31.9 %). Una vez aplicada la intervención educativa 43 madres aumentaron el aporte de líquidos (97.7 %) y sólo 1 madre modificó la cantidad de alimentos (2.3 %), no encontrándose ninguna madre con la utilización de antibióticos ni de medicina verde.

En algunos informes revisados se demuestra cómo estas prácticas son perjudiciales para el niño, de ahí, la importancia de capacitar y orientar a las madres en la aplicación de medios físicos para el manejo de la fiebre, la preparación casera a base de hierbas, jarabes; después de la intervención el 93 % conocía el manejo en el hogar.

En otro estudio realizado por Dibert Cordero y colaboradores sobre actitudes y prácticas de madres de niños menores de 5 años, el 70 % refiere que continúa alimentando al niño, el 18 de las madres continúa con lactancia materna. En otro estudio realizado por Toro y colaboradores sobre medicamentos de farmacia y caseros encontró que 67 madres (24.8 %) le daban estos medicamentos y 203 (75.2 %) utilizaban remedios caseros; el 91 % de las madres administraba medicamentos para la fiebre, el 46 % utilizaba gotas nasales, el 31 % ungüento mentolado, el 15 % utiliza el aerosol y solo el 8 % utiliza otros medicamentos.

Con estos estudios quedó una vez más demostrado el uso por parte de las madres de antibióticos, medicina verde u otros medicamentos que pueden empeorar aún más el curso de la enfermedad lo que tiene bastante similitud con los resultados de nuestro trabajo.¹⁸⁻²⁰

En cuanto al criterio de las madres sobre expectativas de tiempo de mejoría de los síntomas (Tabla 4), antes de la intervención, 22 madres representada por el 50 % respondió que de 3 a 7 días, seguido de 18 (40.9 %) con criterio de menos de 3 días y solamente 4 (9.1 %) alegó que más de 7 días; aplicada la intervención 40 madres (91 %) dijo de 3 a 7 días, seguido de 3 (6.8 %) que dijeron que más de 7 días y solo una madre (2.3 %) dijo menos de 3 días.

Al revisar la literatura se encontró que en algunos trabajos realizados por autores como Figueras y colaboradores, la mayoría de las madres esperan encontrar mejorías en los primeros 5 a 7 días y muy pocas plantean hasta 10

días. Esto se debe en gran medida al desconocimiento por parte de las mismas de la evolución de la enfermedad que presentan sus niños, así como de las posibles complicaciones que pueden aparecer y el pronóstico de las mismas, un ejemplo de ello es la gran diferencia que existe entre una neumonía con derrame pleural y una faringoamigdalitis con exudados y membranas.^{21,22}

Al realizar la evaluación general se detectó que antes de la intervención contestaron correctamente 9 de ellas (20.4 %) y mal 35 (79.6 %), después de empleada la técnica educativa contestaron bien las 44 madres (100 %). En algunos estudios Oresteín y colaboradores encontraron que 64 de 92 madres no poseían conocimientos sobre la prevención de IRA. Refugio en su estudio plantea que el grado de conocimiento es malo en el 56 % de los casos y regular en el 46 % de las encuestadas, lo que coincide con los resultados obtenidos en nuestro estudio.^{23,24}

CONCLUSIONES

- El síntoma que predominó antes de la intervención fue "cuando tenía ruidos al respirar" y, luego de la intervención, "cuando se queja"; el mayor signo de gravedad antes, fue la fiebre y después: quejidos, rechazo al alimento, decaimiento y coloración azul de labios y uñas.
- En las prácticas de atención en el hogar hubo una mayor frecuencia de aporte de líquidos, utilización de antibióticos y medicina verde antes de la intervención, luego predominó el aporte de líquidos, el tiempo de mejoría que predominó fue de 4 a 7 días, antes y después de la intervención.
- La evaluación general de las madres después de la intervención fue buena.

RECOMENDACIONES

Aplicar las temáticas referentes a intervenciones educativas sobre infección respiratoria aguda y hacerla extensiva a otras áreas de la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Discurso de Fidel Castro Ruz en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas el 3 de septiembre del 2002.
2. Benguigui Y. Infecciones respiratorias agudas. Washington : OPS, OMS; 2005.p. 228-232.
3. Lozano JM. Infección respiratoria aguda en niños. Rev Colom Neumol. 2006; 3(31): 132-44.
4. Selvyn BJ. Epidemiología de la infección aguda del aparato respiratorio en niños pequeños, comparación de los hallazgos de varios países en vías de desarrollo. Rev Infect Disease. 2005; 12(8): 270-88.
5. Tendal HG. El problema de las IRA. University Of Adelaida. 2007: 43-56.
6. Nguyen VB, Jokie M, Le Cacheux. Formas graves de la bronquiolitis. Rev Med Infect. 2005; 25: 1323-31.
7. Sigues. Estudio de corte de niños. Hospital Central de Suecia. Ear J Pediatric. 2005; 45 (1): 221-6.
8. Méndez R, Portillo C, Cifuentes J. Bronquiolitis: Arch Argent Pedriatic. 2005; 98 (3): 204-13.
9. Shenker MB, Sarret J, Speizer FE. Risk Factors for Childhood Respiratory Disease. Am Rev Respiert Dis. 2007; 128: 1083-6.
10. Borrero I, Fajardo L, Bedoya A, Carmona F. Infecciones Agudas del aparato respiratorio en niños de hasta 17 meses de vida. Cali Rev Columbia Infect. 2005; 12 (9): 595-8.
11. Valencia Ruiz I, Gómez Soto V. Determinación del conocimiento de las madres de niños menores de 5 años acerca de signos de alarma de infecciones de las vías respiratorias agudas complicadas. Guadalupe. Nuevo León: Unidad de Medicina Familiar No. 32. Disponible en: www.respin.val.mx/especiales2005/.
12. Concepción Alfonso Isabel. Caracterización del niño con infección respiratoria aguda graves. Rev Cubana Med. 2003; 36 (2): 138-40.
13. Conocimiento, actitudes y práctica de madres de niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas y neumonía que visitan el Centro de Salud de Villa Libertad, Managua. septiembre 2006.
14. Welliver RC. Review of epidemiology and clinical risk factors for severe respiratory infection. Pedriatr Respir Rev. 2005; 5(Suppl. A): 5127-5133.

15. Cordero Valdivia D, Barrera S. Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud y la madre, frente a los casos de IRA en La Paz, Cochabamba. Rev Chil Pediatr. 2005; 72N (4).
16. Toro AJ, Astruza PL. Conocimientos, creencias y prácticas sobre infecciones respiratorias agudas de las madres en un área del occidente de Santiago de Chile. 2007: 279-89.
17. Fajaerli HO, Farstad T, Bradlid D. Hospitalisation for respiratory infection in akershu, Norway, 1993-2000: a population-based retrospective study[serie en Internet]. BMC Pediatric. 2007[citado: 23 feb 2009]; 4: 25 Disponible en: <http://biomed central.com/1471-2431/4/25>.
18. Klassen T. Recent advanced in the treatment of bronchiolitis and laryngitis. Pediatric clinic of North América. 2007; 16: 479-81.
19. Tam L, Gutiérrez A. Manejo en el hogar de niños con tos y respiración rápida en Bolivia, Ecuador, República Dominicana y Guatemala. 2005; 217-27.
20. Figueras Aloy J, Quero J. Study Group. Case control study of de risk factors linked to respiratory infection in infants Spain. Pediatric Infect Dis J. 2005; 23: 821-829.
21. Oresteín D. Infecciones respiratorias agudas. In: Behrman R, Arvin A, editores. Nelson Texbook of Padiatrics 16thed. Philadelphia : W.B Saunders; 2006.p. 1115-1130.
22. Refugio R. Conocimientos, actitudes y prácticas en el manejo de las IRA en madres de las comunidades que pertenecen al Centro Regional de Capacitación de IRA del Estado de Zacatecas, México. 2006: 229.

TABLA 1. RECONOCIMIENTO DE SINTOMAS Y SIGNOS DE IRA.

SÍNTOMAS Y SIGNOS	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Fiebre	38	86.3	10	25
Quejido	17	38.7	44	100
Hundimiento de costillas	22	50.0	42	95
Irritabilidad	24	54.5	40	92
Ruido al respirar	16	36.3	10	25
Rechazo al alimento	33	75.0	44	100
Decaimiento	20	45.4	44	100
Coloración azul de labios y uñas	26	59.1	44	100

TABLA 2. RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE GRAVEDAD.

SÍGNOS DE GRAVEDAD	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Cuando aumenta la frecuencia respiratoria.	26	59.0	40	91.6
Cuando se abomba el pecho.	12	27.2	-	-
Cuando se marcan las costillas.	15	34.1	42	95.5
Cuando tiene ruido al respirar.	28	63.7	-	-
Cuando tiene morada la piel.	13	29.5	40	91.6
Cuando se queja.	15	34.1	44	100
Cuando no puede ingerir líquidos.	16	36.3	40	92

TABLA 3. FRECUENCIA SEGUN PRACTICA EN EL HOGAR.

PRACTICAS EN EL HOGAR	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Aumenta el aporte de líquidos	38	86.3	43	97.7
Modifica la cantidad de alimentos	14	31.9	1	2.3
Utiliza antibióticos u otros medicamentos	38	86.3	-	-
Utiliza medicina verde	25	56.9	-	-

TABLA 4. CRITERIO DE LAS MADRES SOBRE TIEMPO DE MEJORIA DE SINTOMAS.

TIEMPO DE MEJORIA	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Menos de 3 días	18	40.9	1	2.2
De 4 a 7 días	22	50.0	40	91
Más de 7 días	4	9.1	3	6.8
Total	44	100	44	100

TABLA 5. EVALUACION GENERAL ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.

RESPUESTAS	ANTES				DESPUES			
	Bien		Mal		Bien		Mal	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Evaluación general	9	20.4	35	79.6	44	100	-	-