

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

Conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre los signos de alarma que inducen la consulta de un niño en un centro de salud, Consultorio Comuna de Los Muermos, Octubre-Noviembre 2004.

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar
al grado de Licenciado
en Enfermería.

Paola Carina González Toledo

VALDIVIA-CHILE

2004

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sra. Gema Santander Manriquez

Profesión : Enfermera.

Grados : Magíster en Salud Pública.

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Sra. Ana Reckmann Artigas.

Profesión : Enfermera.

Grados : Magister en Salud Pública con énfasis en Nutrición y Materno Infantil.

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina

Firma :

2) Nombre : Srta. Zoila Muñoz Jaramillo

Profesión : Enfermera.

Grados : Especialización en Enfermería Pediátrica

Instituto : Enfermería

Facultad : Medicina

Firma :

Fecha de Examen de Grado:

DEDICATORIA

Dedico esta tesis al igual que toda mi carrera a mis padres Luis y Ana, ya que aunque ellos no estuvieron junto a mí durante mis estudios, desde lejos me acompañaron con su oración, apoyo y esfuerzo. A todas mis hermanas Anita, Jani, Andrea y Patty por preocuparse de mí y por acompañarme en todo este proceso.

A Mario mi pololo, quien en este tiempo me ha acompañado y me ha ayudado a salir adelante, animándome a continuar y terminar ésta etapa final.

De igual manera agradezco infinitamente a mi profesora Sra.Gemita por todo su apoyo tanto en el transcurso de la carrera como profesora patrocinante orientándome y ayudándome con cariño siendo una excelente docente y amiga.

A mi amigo Mauricio quién siempre se preocupó por mí y me entregó apoyo en las etapas difíciles.

Y para concluir no puedo dejar de nombrar al Consultorio de Los Muermos junto a todo su equipo de Salud, especialmente a la Sra. Ofelia Meneses quién me dio su ayuda y apoyo en la aplicación de la investigación y al Dr. Eduardo Serón Director del Consultorio de Los Muermos quién me recibió en el establecimiento para llevar a cabo la tesis y me facilitó toda su ayuda.

A todos Muchas Gracias.

2. INDICE

Capítulos	Página
1. TITULO.	1
2. INDICE.	4
3. RESUMEN.	5
4. SUMMARY.	6
5. INTRODUCCION.	7
6. MARCO TEORICO.	9
7. OBJETIVOS.	26
8. MATERIAL Y METODOS.	27
9. RESULTADOS.	34
10. DISCUSION	44
11. CONCLUSIONES.	47
12. BIBLIOGRAFIA.	50
13. ANEXOS.	52

3. RESUMEN.

Todos los niños dentro de su crecimiento y desarrollo en el ámbito biopsicosocial, pueden pasar por alteraciones del equilibrio lo que se traduce en enfermedad.

Los padres y/o cuidadores al ser los agentes directos que proveen de ayuda y cuidado a los menores son los que tienen la responsabilidad de mantener la salud del niño. Sin embargo ellos no pueden hacerlo solos, ya que muchas veces tienen falencias de herramientas y conocimientos básicos para enfrentar distintas situaciones de la vida diaria; es así como los profesionales de Enfermería enfrentan un rol importante en la atención del niño sano para prevenir y promover la salud, mediante identificación de factores de riesgo y facilitando e incentivando conductas favorables, a través de la educación en salud.

El estudio se orientó al conocimiento por parte de los padres y/o cuidadores de los signos de alarma pediátricos, en Infecciones Respiratorias Agudas y Síndrome Diarreico Agudo; para la identificación de estos se aplicó un Instrumento validado por la AIEPI (Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia), estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para mejorar la salud de la niñez, junto a éste un instrumento para analizar la muestra en estudio creado por la autora.

La población que se encuentra en Control de Niño Sano (CNS) en el Consultorio de Los Muermos es de 1015 niños de los cuales el 30% corresponde al grupo étareo de Lactantes y el 70% a Preescolares, de ellos y manteniendo ésta proporción, se seleccionó una muestra de 140 niños.

La población en estudio, en relación a los padres y/o cuidadores corresponde a personas de nivel socioeconómico bajo, con escolaridad incompleta y edades entre 21 y 30 años en donde el 86% de éste grupo estudio es la madre la que provee los cuidados al niño.

Los resultados que se obtuvieron fueron satisfactorios en cuanto al grado de conocimiento de los padres y/o cuidadores en donde 44,28% de ellos calificaron con grado de conocimiento **Bueno** y 54,28% **Regular**.

4. SUMMARY

All children, within their growth and development in the biopsychosocial area can go through alterations of the balance which is converted in disease.

The parents and/or caretakers are the direct agents who provide a good care and aid to the minors, so they have the responsibility to maintain the health of the child. However they cannot make it by their own, because many times they have basic tool failures and also not the knowledge needed to face different situations of daily life; it is in this way how nursing professionals face an important role in the attention of the healthy child, to prevent and promote good health through the identification of risk factors and facilitating and stimulating favorable behaviors, through health education.

The study was oriented to the knowledge by the parents and/or caretakers of the child's signs of alarm, in Acute Respiratory Infections and Acute Diarrheic Syndrome; to get the identification of these a validated Instrument was put by the AIEPI (Attention Integrated to the prevalent diseases of the childhood), strategy elaborated by the World-wide Organization of the Health (the WOH) and the Fund of the United Nations for the Childhood (UNICEF) to improve the health in the childhood. To analyze the sample under study, another instrument was created by the author.

The population that is in child-health control (CNS) at Los Muermos Health Center is about 1015 children at which 30% belonged to the infants groups and 70% belonged to pre-school children and, keeping this proportion, a sample of 140 children was selected.

With the parents and/or caretakers, the population under study belonged to people with a low socioeconomic level, with incomplete schooling around the ages of 21 and 30 years where 86% of this study group it is the mother the one who provides the care to the child.

The results obtained were satisfactory as far as the degree of knowledge of the parents and/or caretakers, as 44,28% qualified under the degree of "Good" and 54,28% under the degree of "Regulare".

5. INTRODUCCION

Hoy en día el área de la salud trae consigo muchos cambios los cuales se pretenden mejorar la participación de toda la comunidad de acuerdo a sus realidades locales, debido a esto el Ministerio de Salud determinó el fortalecimiento y modernización del sistema público de salud como la estrategia central en la búsqueda de la equidad, la descentralización y la participación.

La importancia de redefinir los conceptos de salud–enfermedad, necesidades e ideales en salud, y de responder en forma más oportuna, eficiente, integral y equitativa a las demandas del perfil epidemiológico actual, han llevado a buscar nuevas respuestas organizacionales y de gestión y a rediseñar el modelo de atención de salud. Es en este contexto donde el modelo de atención de salud con enfoque familiar y comunitario aparece como una de las opciones más pertinentes y como una respuesta a las demandas sociales.

El objetivo final que se plantea en este modelo es brindar a los individuos, familias y comunidad, los cuidados de salud que respondan a sus necesidades de una manera integral, continua, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, a través de equipos de salud capacitados. Para lograr esto las políticas de salud apuntan a la prevención, promoción y participación en donde la Enfermería juega un rol fundamental.

Con los Centros de Salud Familiar, se acerca más la salud a todos los integrantes de la familia y por consiguiente la responsabilidad de éstos mismos a mantenerla, es así como la educación durante la atención es uno de los pilares fundamentales.

Enfermería en el área de la salud pediátrica, tiene un importante rol, ya que atiende a la población de niños sanos entre el mes de edad y los 6 años, siendo hoy en día este límite ya extendido hasta los 9 años en algunos Centros de Salud del país. Se explica entonces el porqué la presencia de un profesional de Enfermería en la educación de los padres en relación al crecimiento y desarrollo de sus hijos es una estrategia válida y de impacto cuando éste profesional se dedica a ésta área.

La investigación que se desarrolla se relaciona con lo anteriormente expuesto, ya que el conocimiento que los padres y/o cuidadores tengan sobre los niños que se encuentran bajo su cuidado, es importante para llevar a cabo la prevención y la promoción en salud y por ende el papel protagónico que ellos juegan en el mantenimiento de ésta misma, siguiendo así las directrices de la reforma de salud actual que establecen más que el autocuidado una corresponsabilidad con el equipo de salud que atiende a estos niños.

El grado de conocimiento en éste caso es relacionado con los signos de gravedad pediátricos, los cuales son abordados desde dos patologías distintas de alta incidencia en la población pediátrica, como son las Infecciones respiratorias agudas y el Síndrome diarreico agudo.

Esta área del conocimiento si bien no es implícita es abordada mediante prevención de factores de riesgo y técnicas como lo es la medición de la temperatura, el lavado de manos, entre otros. Además, los padres de acuerdo a sus experiencias y tradiciones han sabido reconocerlos. Sin embargo para Enfermería el desafío de poder lograr una atención oportuna disminuye las hospitalizaciones y gastos familiares, todo esto ligado a la resolutividad de la atención primaria mediante la educación.

6. MARCO TEORICO

En las últimas décadas la población de nuestro país ha experimentado una transición epidemiológica y demográfica, con disminución sostenida de las tasas de natalidad, fecundidad, mortalidad y un consecuente aumento de las expectativas de vida. Este hecho, ha tenido como consecuencia un cambio en el perfil de morbilidad, el cuál debe aparejarse con el tipo de atención de salud que se brinda.

Hace 40 años la población chilena contaba con 7 millones de habitantes, con una estructura por edad relativamente joven; alrededor del 40% tenía menos de 15 años y sólo un 8% tenía 60 años y más, de modo que había 5 niños por cada adulto mayor, la expectativa de vida promedio no superaba los 58 años. La tasa de analfabetismo era importante (mayor a 25%), menos del 70% de la población tenía acceso a educación básica, y de los que la iniciaban sólo en 10% la completaba. Las condiciones sanitarias eran deficientes, menos de la mitad de las casas contaba con agua potable (40%) y una proporción aún menor tenía alcantarillado (menor a 20%). De cada 1 000 niños que nacían 120 morían principalmente debido a enfermedades infectocontagiosas sumadas a cuadros de desnutrición.

La realidad de la pediatría actual es diametralmente distinta, dado que las enfermedades infectocontagiosas, diarreas severas y desnutrición ya casi son parte de la historia de la pediatría. Las expectativas de vida de los niños que nacen hoy son en promedio 75,5 años, los menores de 15 años representan un 26%, las personas de 60 años y más son un 11%, de modo que hay 2 niños por cada adulto mayor.

Actualmente las cifras de mortalidad infantil (MI) de nuestro país están llegando a un nivel equivalente a los países desarrollados, lo que se podría explicar gracias al mejoramiento del nivel de vida de las familias; enfatizando la salud (mejores condiciones ambientales y control de vectores) y educación (la instrucción de la madre muestra una buena correlación con la disminución de la MI); desarrollo y perfeccionamiento de los programas materno infantiles de amplia cobertura (control prenatal, control niño sano, atención institucional del parto, mejor pesquisa y tratamiento de patologías, programa ampliado de inmunizaciones, programa nacional de alimentación complementaria, mayor acceso a salud), se observan correlaciones positivas entre el descenso de la MI con la atención profesional del parto con horas médicas por mil habitantes; y disminución de las tasas de natalidad y fecundidad, a través de programas de control de planificación familiar y de paternidad responsable (disminuyó la tasa de fecundidad en todas las edades, particularmente en mayores de 40 años, edad en que los riesgos materno-perinatales son más elevados y disminuye la multiparidad.) (Schonhaut B.2004)

Por lo enunciado anteriormente la salud infantil evaluada a través de indicadores tales como mortalidad y desnutrición, ha presentado una tendencia sistemática de disminución, lo que sitúa a Chile entre los países latinoamericanos de primer orden en lo que se refiere a indicadores de salud. Esta evolución presenta un desafío para el país y para quienes han optado por dedicarse a ésta área de la salud.

Las acciones coordinadas y planificadas para lograr el control de las enfermedades infectocontagiosas, especialmente aquellas prevenibles a través de programas de vacunación y en las cuales le ha correspondido al equipo de Enfermería un rol protagónico, han contribuido por una parte a mejorar estos indicadores y por otra, han permitido que hoy se plantee con fuerza la necesidad de establecer líneas de acción y estrategias en relación a aquellos problemas asociados a la calidad de vida y la sobrevivencia infantil en éste caso como las IRA (infecciones respiratorias agudas) y los SDA (síndromes diarreicos agudos), donde el modelo de atención considera la integralidad y la equidad como sus principios rectores y a la promoción y prevención como pilares fundamentales de sus acciones estratégicas.(Reyes C.1999).

Este importante cambio en la conceptualización de salud de los últimos años, donde el fomento y promoción, son las bases de la atención para el niño y su familia, hace necesario modificar en forma significativa las estrategias que guían la práctica de los profesionales de salud. Esto implica un importante desafío para alumnos y profesionales quienes deben tener un pensamiento analítico, crítico y creativo, así como habilidades de intervención integral en el niño y su familia; aspectos en los cuales se pretende focalizar la enseñanza de la enfermería pediátrica moderna. (Caballero y Fernández 2004).

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de

calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad, puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres.

Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente la afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

Objetivos y metas

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

En la Región de las Américas, OPS ha propuesto una meta específica para la implementación y fortalecimiento de la estrategia AIEPI, que fue lanzada en 1999 como la iniciativa *Niños Sanos: la Meta de 2002*, que propone reducir en 100.000 el número de muertes de menores de cinco años del continente americano durante el período 1999-2002.

Componentes

- Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).
- Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).

- Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario). (OMS 2005)

Los indicadores de salud en Chile han logrado ocupar un lugar de privilegio en Latinoamérica a partir de la segunda mitad del siglo XX. Esto ha sido posible gracias a la mejoría de las condiciones de vida, al control de la desnutrición y de algunas epidemias; pero, sobre todo, a la creación de un sistema de salud con fuertes orientaciones iniciales en la prevención y el trabajo comunitario. En este contexto, las tasas de mortalidad infantil han presentado, en las últimas décadas, un importante descenso, con franco desplazamiento de la malnutrición por déficit y los síndromes diarreicos, primeras causas de muerte en los comienzos del siglo, hacia otros problemas de salud. Otra información a destacar es que a partir de 1982, comienza a observarse un sostenido e inesperado incremento proporcional en la tasa de mortalidad infantil por neumonía en contraste con la tasa general; sin embargo los programas y campañas desarrollados sobre enfermedades respiratorias han sido de gran éxito. El resultado sanitario más importante que se ha logrado en los últimos años es el descenso notable de la mortalidad infantil por neumonía, tasa que se ha reducido a un décimo de lo que se observaba en 1990. Este éxito sólo se compara a la disminución de las muertes por diarrea mediante la rehidratación oral y a la virtual erradicación de la desnutrición. La gran caída de la mortalidad por la neumonía en el niño menor de un año ha ayudado a que baje la mortalidad infantil por todas las causas, cuya cifra oficial es de 8,3 por mil recién nacidos vivos, valor que se acerca al de los países desarrollados como se ve más abajo en los recuadros (Minsal 2004a).

Ilustración 1

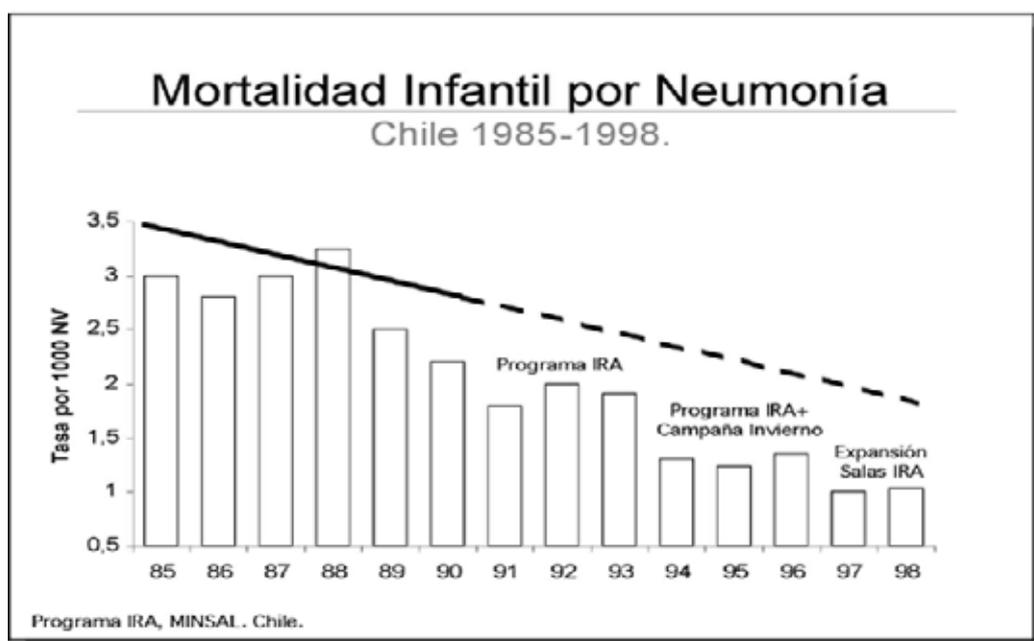
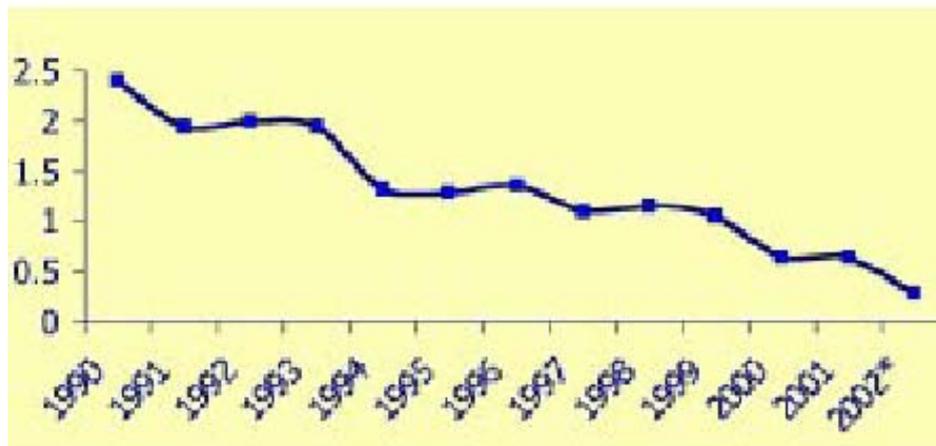


Ilustración 2

Mortalidad Infantil por Neumonía Chile 1990-2002 (Tasa por 1000 Nacidos Vivos)



En 1992, producto de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo de Río de Janeiro, se estableció un consenso mundial para enfrentar la problemática entre el desarrollo socio-económico y la protección ambiental. En particular se definieron las siguientes áreas programáticas:

- ❖ Satisfacer las necesidades básicas de salud, entendiendo por ellas el abastecimiento de alimentos inocuos, nutrición adecuada, agua potable, saneamiento adecuado, vivienda adecuada, y acceso universal a la atención primaria en salud.
- ❖ Controlar Las enfermedades transmisibles y proteger a los grupos vulnerables
- ❖ Desafíos de la salud urbana, se incluía las condiciones de vida inadecuadas y la falta de servicios básicos, peligros para la salud provenientes del hacinamiento, la contaminación, infraestructura adecuada y débil manejo ambiental.
- ❖ Reducir los riesgos de la salud provenientes de la contaminación y los peligros ambientales.

La situación de Chile hoy en día alcanza una cobertura de salud pública en los sectores de menores ingresos de un 85%. Asimismo el programa de vacunación abarca el 96,7% de la población. Chile se encuentra en la actualidad libre del paludismo, poliomielitis y dengue, aunque se sigue manteniendo en vigilancia. Se ha controlado de forma exitosa enfermedades como la tuberculosis, el cólera y otras de tipo infecciosa e intestinal como las diarreas. Se ha protegido a los grupos vulnerables mediante programas específicos para la mujer, adulto mayor y niños.

Además es importante reconocer el esfuerzo sistemático que el país ha realizado en el ámbito del mejoramiento sanitario. En especial la cobertura de agua potable, tanto

urbana cercana al 100%, como la cobertura en localidades rurales de alrededor de un 90%. También se ha establecido un programa de saneamiento de las aguas servidas, que en la actualidad cubre alrededor de un 25 % de la demanda, estando planificado para el 2005 aumentar dichos servicios al 75% de la población chilena. Con eso se espera ir disminuyendo paulatinamente la carga de patógenos ambientales que incidía fuertemente en la prevalencia de enfermedades entéricas como son la fiebre tifoidea, paratifoidea y hepatitis A (Matus P.2004).

Por otra parte se ha observado que aún cuando los servicios y el personal de salud están accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados para ser atendidos por estos, sino que son tratados en el hogar con remedios caseros. En algunos casos, los niños también son vistos por curanderos y otro tipo de personal tradicional. El manejo de la enfermedad de un niño en el hogar no es aconsejado, permitiéndose sólo cuando las medidas de tratamiento que se apliquen no sean potencialmente nocivas y siempre que los padres o responsables del cuidado del niño conozcan y sepan identificar los signos de alarma para decidir cuando el niño debe ser atendido por un personal de salud. En el recuadro se muestran estadísticas en relación con los fallecidos por neumonía en menores de un año ocurridos en el hogar y en el hospital (AIEPI 2001).

Ilustración 3



Esta situación demuestra una disminución significativa en las muertes producidas en el hospital, lo que pudiera deberse a una respuesta oportuna por parte de los padres y/o cuidadores de estos niños.

También se puede analizar que muchos de los niños que acuden a la atención terciaria debido a las enfermedades incluidas en el estudio, tengan como factor agregado a la causa de ingreso el no haber detectado precozmente signos o síntomas del cuadro mórbido con el cual cursan, no manejar prevención de factores de riesgo o simplemente el no prevenir, estableciéndose entonces que en algunas ocasiones puede que los padres no

manejen los conocimientos necesarios para establecer cuando es necesario consultar a un profesional de la salud

La demora en la consulta en un centro de atención puede provocar un agravamiento de la enfermedad, y puede requerir que el niño sea atendido en un hospital, o incluso puede provocar su muerte. Por esta razón es muy importante que la comunidad conozca los signos de alarma que debe observar en un niño cuando está enfermo para concurrir inmediatamente al servicio de salud en caso de que aparezcan (AIEPI 2001).

Al tener los padres y/o cuidadores la necesidad de conocer los signos de alarma pediátricos, aparecen como educadores el equipo de salud, siendo Enfermería la profesión que responde ante las necesidades humanas según sean problemas de salud reales o potenciales y la educación una de las herramientas utilizadas para la satisfacción de estas necesidades. El objetivo final de este proceso educativo es fomentar el máximo estado de salud posible en cada niño, previniendo las enfermedades y las lesiones, ayudar a los niños, incluso a los que padecen incapacidades o problemas de salud permanentes, a conseguir y mantener un nivel sanitario y de desarrollo óptimos, y en tratar o rehabilitar a los niños con desviaciones relativas a la salud.

Aunque el profesional de Enfermería es responsable de sí mismo, de su profesionalidad y de la institución donde trabaja, su principal responsabilidad son los receptores de sus servicios: el niño y la familia. El personal de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia, identificando sus objetivos y necesidades, y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. Como defensora del paciente, la enfermera debe tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, debe informarles de forma adecuada sobre todas las opciones a las cuales puedan optar y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar prácticas de atención existentes.

Las situación actual de la atención sanitaria se orientan hacia la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, más que hacia el tratamiento de las enfermedades o incapacidades. La atención de Enfermería se ha adaptado a este cambio, sobre todo e el área infantil. En 1965 se iniciaron en Estados Unidos programas especializados para asociados y practicantes de la enfermería pediátrica con el fin de ir cubriendo las necesidades de atención primaria; dichos programas preparaban para diversas funciones especializadas de atención de enfermería primaria o ambulatoria. Gracias al impulso de los mismos, se ha logrado que la formación del personal de enfermería sobrepase la mera preparación básica en el ámbito del mantenimiento de la salud infantil, de modo que todos los niños reciban una atención de gran calidad.

Como es lógico, el acento de estos programas está en la prevención. Cada miembro del personal de Enfermería que interviene en la atención infantil debe moverse siempre dentro del ámbito global de la prevención en salud. Sea cual fuere el problema

concreto, el papel de la enfermera/o consiste en planificar la atención de forma que favorezca cada aspecto del crecimiento y del desarrollo.

El mejor sistema preventivo es la educación y orientación anticipada. Al conocer los riesgos o conflictos de cada periodo de desarrollo, el personal de enfermería puede informar a los padres sobre las prácticas de crianza adecuadas para prevenir problemas potenciales.

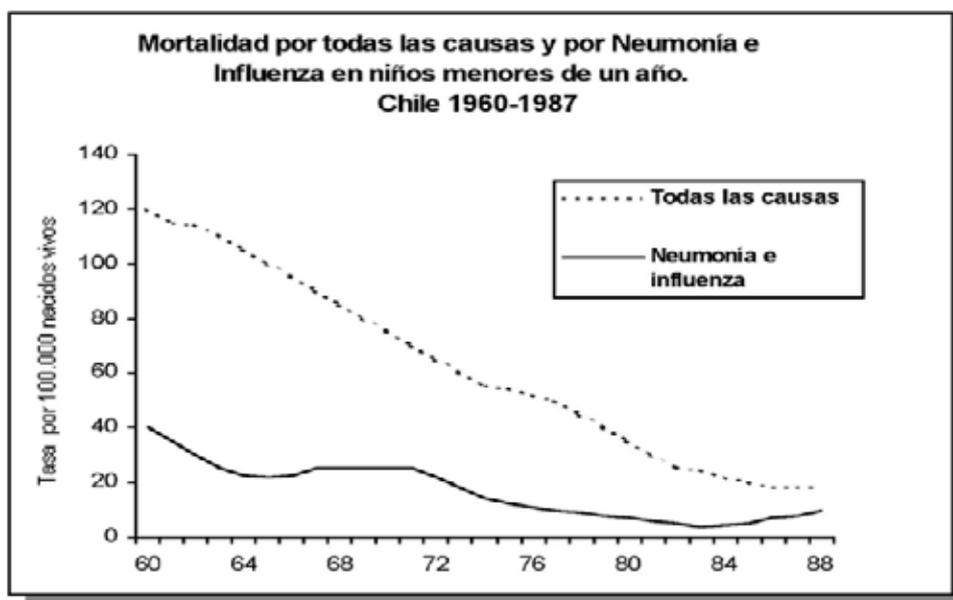
La educación resulta fundamental en la defensa de la familia y de la prevención. Puede ser objetivo directo del personal de enfermería, como ocurre en las clases a los padres, o indirecto, como cuando se ayuda a los padres y a los niños a entender un diagnóstico o tratamiento médico, se anima a los niños a que hagan preguntas sobre su cuerpo, se envía a las familias a otros profesionales sanitarios o grupos de apoyo, se proporciona a los padres la bibliografía apropiada y se suministra orientación anticipada.

La educación sanitaria requiere por parte del personal de enfermería una preparación previa adecuada, ya que debe transmitir la información de forma comprensible y satisfactoria para el niño y su familia. Como educadora eficaz, la enfermera debe ofrecer la información adecuada y fomentar el intercambio y el repaso de forma generosa, para facilitar el aprendizaje. (Whaley & Wong 1995).

Tomando en cuenta todo lo anteriormente dicho, es necesario analizar la situación actual de la salud en el país de acuerdo a términos epidemiológicos, sobre lo cuál se supone se sustentará el conocimiento a entregar por parte de los profesionales hacia los padres y/o cuidadores de los niños incluidos en el estudio.

En Chile, las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un importante problema de salud pública. Durante la década del 80, la tasa de mortalidad infantil por neumonía subió y las investigaciones operacionales demostraron que en muchos de estos fallecidos el deceso ocurría en domicilio o trayecto al hospital. Estos estudios identificaron los factores de riesgo y demostraron que la etiología era preferentemente viral. Como lo muestra la siguiente figura.

Ilustración 4



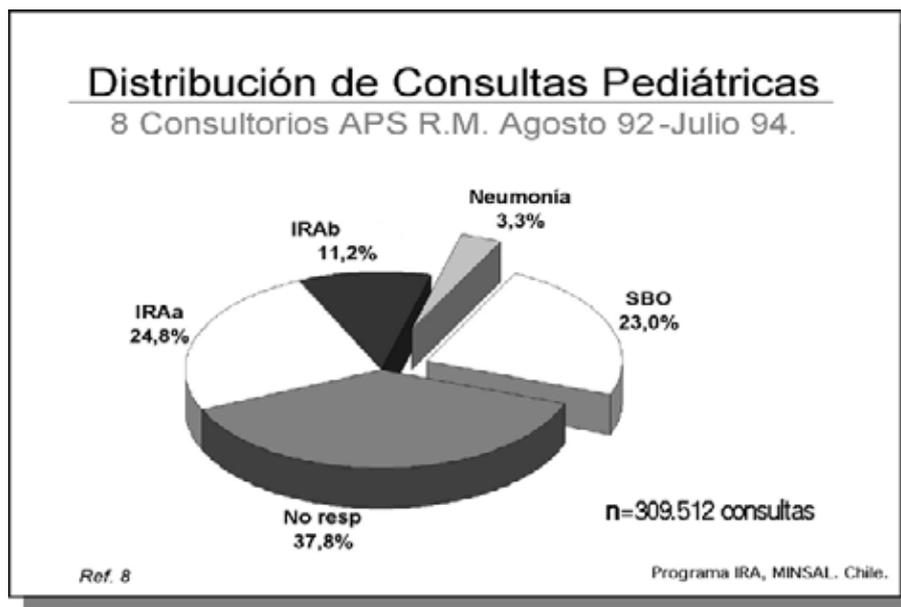
Considerando estos antecedentes y el tipo de organización del sistema de salud chileno, se elaboró una propuesta de Programa de IRA, que posteriormente fue adoptado como oficial por el Ministerio de Salud. Este Programa incorpora el manejo moderno del síndrome bronquial obstructivo (SBO), agrega kinesiólogos y transfiere tecnología a los centros de atención primaria para mejorar su capacidad resolutive.

En la actualidad, el Programa Nacional de IRA cuenta con 400 unidades de trabajo en todo el territorio, y ha logrado llegar con una salud más equitativa y de mejor calidad técnica a la población más pobre de nuestro país. **Entre los resultados sanitarios más importantes destaca la reducción de las hospitalizaciones por SBO y especialmente el reiterado quiebre hacia el descenso de la mortalidad infantil por neumonía, en particular de su componente domiciliario.** Las evaluaciones han mostrado un alto rendimiento costo-beneficio de los recursos usados en este campo. En la actualidad, ante la baja mortalidad por neumonía, los esfuerzos deben enfocarse a mejorar la calidad de vida de los niños, en especial si se considera el creciente aumento de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.

El síndrome bronquial obstructivo (SBO) y las neumonías (N), son causas muy frecuentes de consulta de los niños en la atención primaria, servicios de urgencia y especializados, al igual que muchas otras afecciones del tracto respiratorio. La diferencia es que el SBO y las N pueden considerarse enfermedades graves al originar hospitalizaciones, gran consumo de recursos, predisponer a enfermedades crónicas obstructivas que acompañen al niño por toda su vida o gran parte de ella, y en algunos

casos pueden ser causa de muerte. Su importancia ha llevado a los especialistas a unificar criterios para prevenir, tratar y diagnosticar todas las enfermedades respiratorias, y al Ministerio de Salud a elaborar programas y normas especiales de tratamiento que incluyen atención preferencial de estos pacientes, disponibilidad de recursos humanos: médicos especialistas y kinesiólogos, salas de hospitalización abreviada, y normas específicas de tratamiento.

Ilustración 5



- *IRAa: Infección respiratoria aguda alta
- *IRAb: Infección respiratoria aguda baja

La imagen anterior nos mostraba la distribución de consultas pediátricas en 8 consultorios de la Región Metropolitana en donde si observamos podemos apreciar, que dentro de las Infecciones respiratorias agudas (IRA) existen dos mayorías: las infecciones respiratorias altas que corresponden a laringitis, faringitis entre otras y los síndromes bronquiales obstructivos que alcanzan un 23% de la totalidad de las consultas, por lo que se entiende el fortalecimiento de la atención primaria de salud, antes descrito.

Los primeros resultados que se obtuvieron fueron en septiembre de 1990, en donde el programa IRA se transformó en el programa oficial del Ministerio de Salud para el manejo de la patología respiratoria. Desde temprano comenzaron a vislumbrarse ciertos logros.

Todos los resultados del Programa IRA pueden traducirse en el desarrollo de una salud más equitativa y de mejor calidad para la población de más escasos recursos. Esto se logra gracias a la transferencia tecnológica y de recursos hacia el nivel primario, con una

mejoría en la accesibilidad y credibilidad de este estamento, constituyéndose en un beneficio directo en salud.

Se apreció entonces un claro aumento del poder resolutivo de la APS expresado en una reducción de 80% de las hospitalizaciones por SBO, reducción de 25 a 50% de las derivaciones a la especialidad de Neumología Pediátrica en los diferentes servicios de salud, manejo kinésico de pacientes crónicos en la APS, creación de 396 salas de HA (hospitalización abreviada) en centros de salud primaria de todo el país, aplicación del puntaje de riesgo de morir por neumonía desde la madre embarazada, para focalizar la educación y, posteriormente, la atención preferencial.

Además, la creación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en 8 consultorios del Área Metropolitana (Centros Centinelas) y 2 de regiones, permitió realizar una caracterización diaria del perfil de morbilidad respiratoria en la APS, así como la detección anticipada de brotes de morbilidad (desde 1993 en adelante).

Otro de los aportes derivados del programa, se refiere a la decisión del MINSAL de instaurar desde 1994 lo que se denomina Campaña de Invierno. Esta consiste en una inyección adicional de recursos en los meses de más alta demanda, para mayor prestación de horas laborales, mayor implementación de fármacos e insumos, montaje de una red adicional de camas y operativos de comunicación social (Minsal 2004b).

Brote de Influenza año 2004.

I. Vigilancia Centinela de Influenza¹: Informe al 26 de enero de 2005

Situación a la semana 3 de 2005

A la fecha, dentro de las primeras tres semanas de 2005 se han notificado 88 casos clínicos de influenza, similar a lo observado a igual fecha en los 2 años anteriores. La tasa de notificación a la semana 2 (que termina el 15 de enero) corresponde a 3 casos por cien mil hab., esperado para esta época del año.

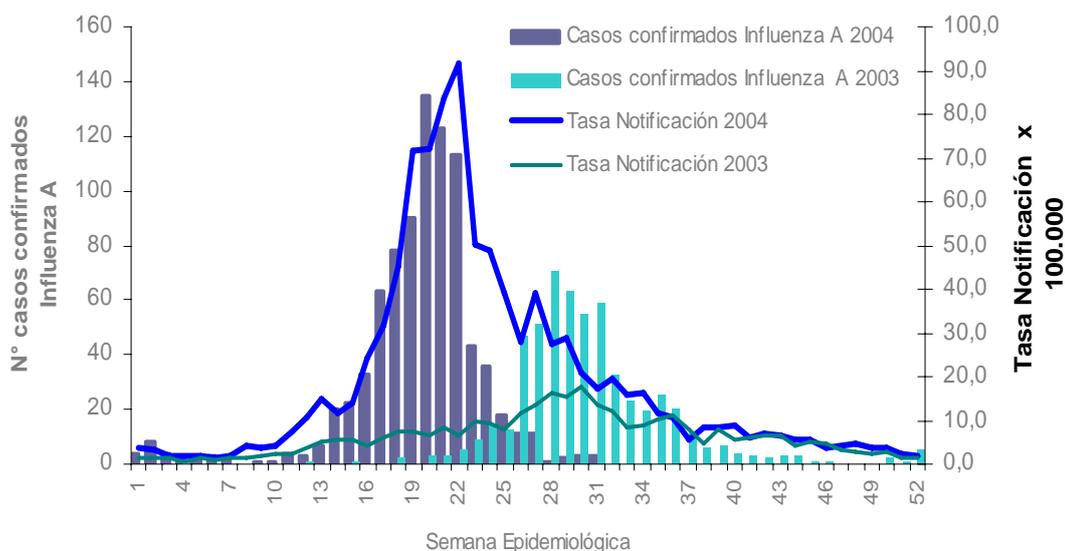
Situación 2004

Hasta la semana epidemiológica 52 de 2004 (que termina el 1 de enero de 2005), se notificaron 11.092 casos clínicos de influenza, cifra que superó en 2 veces lo observado a igual período de 2003 (5.143 casos), lo que reflejó el inicio precoz y la mayor magnitud del brote estacional de influenza vivido en ese año. La tasa acumulada a nivel nacional alcanzó a 950 x cien mil hab., que proyectada da un total estimado de 151.578 casos.

El aumento estacional de influenza se inició a mediados de marzo (semana 11), llegando al máximo en la semana 22 con una tasa de notificación semanal de 92 por cien mil hab.

(1.070 casos). Como se aprecia en el gráfico esto coincide con el máximo de la detección viral. Posteriormente, se observa una clara tendencia a la declinación.

Tasa de Notificación Influenza en Centros Centinela y Casos de Influenza A detectados en la Red Vig. Virus Respiratorios. Chile 2003 - 2004. Fuente: MINSAL - ISP



En síntesis, la influenza tuvo el año 2004 una presentación precoz y de mayor magnitud que en los 2 años anteriores, lo que fue concordante con un aumento en la detección viral. El sistema de vigilancia ha permitido detectar en forma oportuna la actividad de influenza, la magnitud del brote estacional y caracterizar las cepas circulantes.

Los próximos meses corresponden a un período de baja morbilidad y circulación de virus influenza, sin embargo, la vigilancia mantiene su relevancia con el objeto de pesquisar nuevos brotes en primavera o casos esporádicos durante la temporada baja. En este sentido se debe estar alerta frente a la aparición de nuevos casos y continuar enviando cepas al ISP para su tipificación.

¹¹ La vigilancia centinela se inició a mediados de 2002 y se basa en la notificación de casos clínicos de influenza de acuerdo a la definición establecida en la normativa vigente. Actualmente se cuenta con 33 centros centinela, correspondientes a establecimientos de atención primaria de 27 Servicios de Salud. La población bajo vigilancia superior a 1.167.000 personas.

Respecto a las enfermedades diarreicas agudas a nivel mundial se puede decir que constituyen uno de los principales problemas que afectan a la población infantil, disminuyendo su bienestar y generando una demanda importante a nivel de los servicios de salud. A pesar de la disminución de la mortalidad general, la diarrea prevalece como un problema de salud pública. En algunos países es todavía la primera causa de muerte en niños de 1 a 4 años junto con las infecciones respiratorias agudas.

No obstante a las cifras, el análisis de las tendencias a través del tiempo muestra una baja en la mortalidad a causa de la diarrea en casi todos los países. Hubo en general una disminución en el número de muertes por diarrea en todas las edades, en los niños menores de 5 años y en la proporción de todas las muertes que fueron atribuidas a las enfermedades diarreicas. La reducción en la mortalidad infantil por diarreas ha contribuido sustancialmente a la baja de la mortalidad total pediátrica y en consecuencia, al aumento de la expectativa de vida al nacer.

En el último decenio, las actividades de control se han concentrado en mejorar el tratamiento de los casos agudos de diarrea deshidratante, sobre todo a nivel de los servicios de salud. El haber llegado a conocer mejor la interacción entre la diarrea persistente y la desnutrición como causas de mortalidad, ha reforzado la necesidad de ampliar el alcance de los programas de intervención, cuya base terapéutica es la rehidratación oral. (Rizzardini M. 1999).

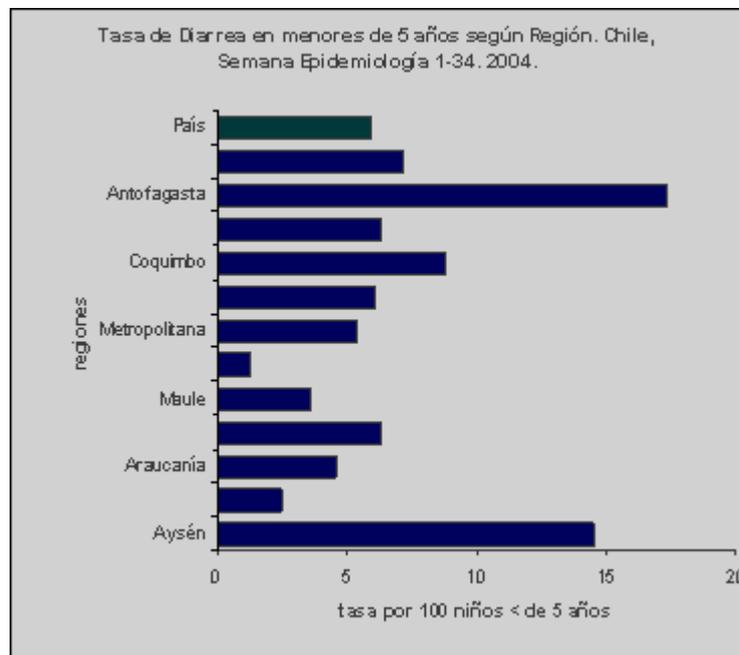
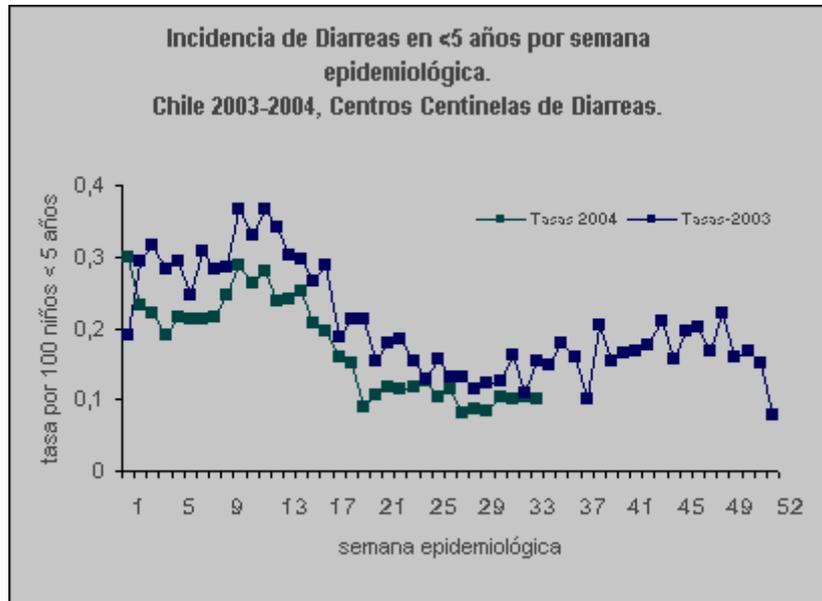
En Chile la Vigilancia de Diarreas en Menores de 5 años se realiza a través de Centros Centinela. A la fecha se cuenta con 33 Centros implementados, que reúnen más de 100 mil niños en vigilancia, de los grupos de edad de 1 año y de 1 a 4 años. (Minsal 2004c).

En Chile se realiza vigilancia Centinela en menores de 5 años en donde a la semana 34 (28 de agosto) del año 2004 se notificó un total de 6.159 cuadros de diarrea en menores de 5 años, en 33 Centros Centinelas implementados a lo largo del país, lo que correspondió una tasa de 6 por 100 niños. Al proyectar esta tasa sobre la población nacional de la edad vigilada, los casos estimados de diarreas alcanzaron a 82.885. (Epidemiología Minsal 2004).

El perfil de los casos se mantiene, siendo los menores de 1 año los que concentran el mayor riesgo de presentar diarrea, con una tasa de 8 casos por cada 100 niños, bajando a 5,4 entre los 1 y 4 años. No existen diferencias significativas por sexo, sin embargo en los menores de 1 año las tasas fueron levemente mayores en los varones.

Como toda enfermedad entérica, la diarrea en los menores de 5 años presenta una distribución estacional, concentrándose el mayor número de casos en los meses de verano (semanas 1 a la 15) y con aumento menor en la primavera.

Llama la atención la alta tasa de diarrea de la II Región (Antofagasta). Otras Regiones que estuvieron sobre la tasa del país fueron la XI (Aysén), IV (Coquimbo) y I (Tarapacá).



Fuente: <http://epi.minsal.cl/evigia/html/notific/centinela/centinela.htm>

El SDA es una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes pediátricos, estimándose una incidencia en América Latina de 2,7 episodios diarreicos por año durante los dos primeros años de vida. En nuestro país, las muertes por diarrea aguda en niños bajo 5 años de edad, han disminuido desde 3,8/100.000 habitantes en 1990 a 1,7/100.000 habitantes en 1998. El número de consultas por diarreas notificadas en 1998 por 13 Servicios de Salud fue de 175.478 consultas, de las cuales el 35% correspondió a niños bajo 5 años de edad. La situación actual se analiza a continuación.

Aún cuando el SDA es un problema de salud pública mundial, presenta sustanciales variaciones regionales, tanto en su incidencia como en la variedad y frecuencia relativa de los agentes etiológicos. A esta variación se le debe agregar las limitaciones en los recursos que impiden un estudio etiológico amplio y dificultan aún más su comparación. Se muestra a continuación la vigilancia que se realiza en los diferentes centros centinelas de nuestro país.

Diarreas en menores de 5 años según Servicio de Salud, Centro Centinela y Región. Chile, semana 1 a la 34. 2004.(enero-agosto)				
Región	Centros Centinelas	Nº Casos	Tasa de incidencia Regional por 100 niños	Total población centinela
I. Tarapacá	Consultorio Dr. Víctor Bertín Soto	360	7,2	6.220
	Consultorio Cirujano Aguirre	97		
II. Antofagasta	Consultorio Juan Pablo Segundo	474	17,3	2.747
III. Atacama	C GU B Mellibousky	126	6,3	2.005
IV. Coquimbo	Consultorio Tierras Blancas	247	8,8	2.819
V. Aconcagua	Consultorio Plaza Justicia	211	6,1	20.360
	Consultorio Chincolco	20		
	Hospital Limache	212		
	Consultorio Edo. Frei	192		
	Consultorio Marcos Maldonado	93		
	Consultorio Gral. Urbano San Felipe	459		
	Consultorio Gral. Rural de Putaendo	46		
Metropolitana	Consultorio Irene Frei de Cid	461	5,4	31.736
	Consultorio de Maipú	525		
	Ariztía	45		
	Consultorio Lo Hermida	191		
	Consultorio San Bernardo	186		
	Consultorio Villa O'Higgins	320		
VI. O'Higgins	Consultorio Requinoa	19	1,3	1.485
VII. Maule	Consultorio Florida	136	3,6	3.788
VIII. Bio-Bio	Consultorio Violeta Parra	315	6,3	14.886
	Consultorio Tucapel	191		
	Centro de Salud San Vicente	238		
	Consultorio Norte	143		
	Consultorio de Tirua	56		
IX. Araucanía	Consultorio Alemania	49	4,6	5.254
	CESFAM Metodista de Temuco	15		
	CESFAM Amanecer	179		
X. Los Lagos	Consultorio Gil de Castro	77	2,5	11.763
	Centro de Salud Rahue Alto	26		
	Angelmó	187		
XI. Aysén	Consultorio Alejandro Gutierrez	272	14,6	1.882

XII. Magallanes	Consultorio Mateo Bencur			
TOTAL		6.159	5,9	104.945
Fuente: Notificaciones SNSS recepcionadas en MINSAL, al 10 de Septiembre del 2004				

En la epidemiología del SDA se han involucrado como mecanismos de transmisión la ingestión de alimentos o agua contaminada y la trasmisión persona a persona. Su presentación suele ser endémica y/o epidémica, estando esta última asociada a variaciones estacionales o a contaminación de una fuente única (agua o alimentos) en la comunidad.

Para concluir se dará a conocer el perfil geográfico y epidemiológico del lugar en el cual se desarrollará esta investigación. Los Muermos es una Comuna pequeña ubicada a 48 Kms. de la ciudad de Puerto Montt en la X región con una población aproximada de 16.900 habitantes en donde existe sólo un centro asistencial, el cuál corresponde al nivel primario de salud, con un servicio de Urgencia y que se mantiene en red con postas rurales de dicha comuna, de acuerdo a la realidad que vive la población es importante establecer los conocimientos que manejan los padres , ya que los niños al adquirir una enfermedad compleja son derivados desde este centro a la ciudad de Puerto Montt, en donde ya acceden a una atención más compleja y costosa en todo ámbito, sin dejar de mencionar la crisis que significa para la familia el alejamiento de un niño de su hogar sobre todo frente a una hospitalización.

De la información obtenida en el Consultorio sobre las patologías que más incidencia tienen en los niños menores de 6 años, durante el mes de Octubre y Noviembre que fueron en los cuales se realizó el estudio, es decir 1015 niños los datos que se obtuvieron fueron los siguientes:

- ❖ Distribución numérica de niños que consultan en servicio de Urgencia según grupo etáreo, Consultorio Los Muermos Octubre-Noviembre 2004.

GRUPO ETAREO	PERIODO				TOTAL	
	OCTUBRE		NOVIEMBRE			
LACTANTES	126	12,41%	87	8,57%	213	20,98%
PREESCOLARES	156	15,36%	110	10,83%	266	26,20%
TOTAL	282	27,78%	197	19,40%	479	47,19%

- ❖ Distribución numérica de consultas de población infantil según patologías de mayor incidencia, Consultorio de Los Muermos Octubre-Noviembre 2004.

PATOLOGIAS	PERIODO				TOTAL	
	OCTUBRE		NOVIEMBRE			
IRA*	170	35,49%	93	19,41%	263	54,9%
SDA	17	3,54%	24	5,01%	41	8,55%
SD. FEBRIL	12	2,50%	11	2,29%	23	4,80%
HERIDAS Y TRAUMATISMOS	16	3,34%	11	2,29%	27	5,63%
TOTAL	215	44,88%	139	29,01%	354	73,90%

* Predominan IRAa (Infecciones respiratorias agudas altas como rinitis, faringitis, laringitis) y SBO (síndromes bronquiales obstructivos).

- ❖ En menor número se encuentran las ITU (Infecciones del tracto urinario)(1), los cólicos abdominales (18), el estreñimiento (5), otitis (9) y conjuntivitis (13).

Para resumir lo fundamental y lo que motiva ésta investigación es que en la Enfermería el área de la pediatría establece un gran desafío, ya que la promoción y prevención al ser pilares de nuestra actividad, nos insta a capacitar más aún a la comunidad y en este caso a los padres y/o cuidadores para mejorar en forma conjunta como equipo de salud junto con otros profesionales los indicadores de morbimortalidad.

Derivado de esto podemos resumir que las actividades relacionadas con la promoción y prevención por parte de los profesionales de Enfermería, así como el fomento de la salud son importantes e indispensables para que la población se mantenga sana y se mejore el autocuidado y específicamente los niños posean una mejor calidad y expectativas de vida. Para lograr esto en relación al tema de investigación debemos focalizarnos sobre los padres y/o cuidadores los cuales son los proveedores de cuidado y atención a los niños, y así por tanto daremos pie a mejorar el conocimiento de los padres, la unión familiar, evitar la dependencia con el equipo de salud y mejorar las líneas de acceso hacia una mejor atención entendiendo por esta que sea oportuna y eficaz.

7. OBJETIVOS

I. General

- ❖ Determinar el perfil de los niños y de los padres y/o cuidadores incluidos en el programa niño sano del Consultorio de Los Muermos.

- **Específicos**

- ❖ Identificar la población infantil según edad y sexo.
- ❖ Identificar a la población en estudio según edad de la madre y/o cuidadora, previsión, procedencia, estado civil, escolaridad, número de niños a su cuidado, n° y causas de hospitalizaciones del niño, saneamiento básico, condiciones de la vivienda y hábitos de los padres y/o cuidadores.

II. General

- ❖ Determinar el conocimiento que tiene los padres y/o cuidadores sobre los signos de alarma infantiles en relación a las IRA (infecciones respiratorias agudas) y SDA (síndromes diarreicos agudos) que los motivan a solicitar ayuda sanitaria.

- **Específicos**

- ❖ Identificar los signos de alarma que reconocen los padres en sus hijos en relación a las IRA y SDA.
- ❖ Clasificar la información que manejan los padres en relación a los signos de alarma infantiles definidos en el instrumento, como buena, regular y mala, analizando la proporción de padres que se encuentran en cada categoría.
- ❖ Determinar el n° de niños que requirieron derivación a un centro de salud terciario según grupo etáreo y sexo.
- ❖ Establecer relación que existe entre escolaridad con la categoría de información obtenida por los padres y/o cuidadores, de acuerdo al instrumento aplicado.
- ❖ Establecer la relación que existe entre n° de niños al cuidado de la misma persona con la categoría de información obtenida por los padres y/o cuidadores, de acuerdo al instrumento aplicado.

8. MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

1. Transversal: La investigación se realizó con una muestra del Programa de Niño Sano del Consultorio de Los Muermos, durante un determinado periodo de atención.
2. Descriptivo: Da a conocer la información que manejan los padres y/o cuidadores sobre la salud de sus niños en relación a los signos de alarma pediátricos.

POBLACION EN ESTUDIO

- ❖ Padres y/o cuidadores de los niños que se encuentran incluidos en el programa de niño sano del Consultorio Los Muermos.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó técnica directa mediante la entrevista con los padres y/o cuidadores ya sea durante la atención directa en el consultorio o en el domicilio del menor con previo consentimiento informado.

Se utilizó un instrumento elaborado y validado por la OPS junto a la clasificación de los resultados en relación al mismo tema, el cuál se elaboró por ésta organización para determinar el impacto de estrategias AIEPI (Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia) que se utilizaron con los padres y/o responsables de los niños. Esta consistía en capacitar al personal de salud en la evaluación y el tratamiento de los niños con los conocimientos teóricos y prácticos y en donde la comunidad accedía a actividades educativas tanto interpersonales en la consulta como grupales. Además para obtener la información las personas que se seleccionaban eran entre las que consultaban en el servicio de salud y las que no accedían a estos servicios, para establecer la diferencia del impacto de la estrategia AIEPI. (AIEPI 2001).

Se aplicó igualmente un instrumento elaborado por la autora que permite determinar el perfil de la población en estudio, ambos aplicados por encuestador.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población infantil correspondiente al programa de niño sano, está organizada en tarjeteros que se dividen en zona sur y zona norte, correspondiendo a un total de 1015 niños en donde 308 son lactantes y 707 preescolares.

Para establecer la muestra se consideró un nivel de confianza del 95% y un nivel de error del 7% resultando una muestra de 140 niños, manteniendo los porcentajes de cada grupo etáreo de la población original (30% lactantes y 70% preescolares).

La muestra se obtuvo entre los meses de Octubre y Noviembre de los niños que se encuentran citados y que acudieron junto a sus padres al control de niño sano.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Niños inasistentes al Programa Infantil de Niño Sano.
2. Niños que residen en sector rural en donde no fueron programadas rondas médicas y los cuáles no estaban citados para control durante los meses de Octubre y Noviembre.
3. Niños de alta médica por tener 6 años cumplidos.

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

El análisis se llevó a cabo a través del programa computacional Microsoft Excel.

1. Las variables de medición ordinal (conocimiento de los padres y/o cuidadores, derivación a centros de salud terciaria y escolaridad de los padres y/o cuidadores) se presentarán a través de gráficos.
2. Las variables de medición nominal (signos de alarma, edad de los niños, sexo, causas de hospitalización, previsión, edad de los padres y/o cuidadores, estado civil de los mismos, procedencia, n° de hermanos y/o niños, saneamiento básico, condición de la vivienda y hábitos) son presentadas a través de tablas de distribución de frecuencia.

DEFINICION Y MEDICION DE VARIABLES

1. Conocimiento de los padres y/o cuidadores:

Definición Nominal: Información que manejan los padres en relación a la salud de los niños a su cuidado.

Definición Operacional y medición ordinal:

Buena: Corresponde al conocimiento de al menos 2 signos de Infección Respiratoria Aguda y 1 signo de Sd. Diarreico.

Regular: Corresponde a 1 signo identificado de cualquiera de las dos patologías nombradas.

Mala: No hay reconocimiento de ninguno de los signos de alarma.

2. Signos de alarma:

Definición Nominal: Son aquellas manifestaciones de cuadros patológicos ya sean propios de la enfermedad o generales que indican un desequilibrio en la salud del niño.

Definición operacional y medición nominal:

1. Respiración rápida: Corresponde a un aumento de la frecuencia respiratoria en el niño la cual es reconocida por los padres.

2. Dificultad para respirar: Alteración en el patrón respiratorio.

3. Tos: Mecanismo de defensa cardiorrespiratorio que consiste en una espiración explosiva que elimina secreciones y cuerpos extraños del árbol traqueobronquial.

4. Fiebre: Aumento de la temperatura corporal por sobre los 37,5°C.

5. Respiración ruidosa: Esta determinada por el movimiento de secreciones durante el ciclo respiratorio.

6. Bebe mal o no puede beber: El niño no ingiere o le cuesta ingerir líquidos.

7. Otro signo: Menciona otro signo que no está especificado.

8. No sabe: No reconoce ningún signo o síntoma.

9. Muchas heces acuosas: Deposiciones de menor consistencia que lo normal en mayor frecuencia.

10. Vómitos repetidos: Expulsión bucal rápida y forzada del contenido gástrico. que ocurre más de una vez al día.

11. Sed intensa: Deseo constante de parte del niño por ingerir líquidos.

12. Sangre en las heces: Corresponde a la sangre que se puede observar a simple vista por el padre y/o cuidador en las deposiciones del niño.

13. No mejora, está más enfermo, muy enfermo: El padre y/o cuidador reconoce que el niño no mejora y/o empeora su condición actual de enfermedad.

3. Derivación a centro de salud terciaria:

Definición Nominal: Traslado de los niños desde un centro primario de atención de menor complejidad a un centro hospitalario.

Medición Ordinal: Si/No.

4. **Causas de hospitalización**

Definición Nominal: Alteración de la salud que afecta a los niños en estudio.

Definición operacional y medición nominal

1. IRA: Infecciones respiratorias agudas.
2. SDA: Síndromes diarreicos agudos.
3. Otras: Patologías no incluidas en el estudio.

5. **Edad del niño:**

Definición Nominal: Corresponde a la clasificación del niño según su edad actual.

Definición Operacional y medición Nominal:

1. Lactantes: Niños que van desde los 29 días de vida hasta el año con 11 meses y 29 días.
2. Preescolares: Niños que van desde los 2 años hasta los 5 años, 11 meses y 29 días.

6. **Sexo:**

Definición Nominal: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer

Definición Operacional y medición Nominal:

1. Femenino
2. Masculino

7. **Edad de los padres y/o cuidadores:**

Definición Nominal: Corresponde a la edad en años de los padres y/o cuidadores del niño en estudio.

Definición Operacional y medición nominal:

1. Adolescentes: Aquellos padres y/o cuidadores que fluctúan entre los 13 años y 20 años.
2. Adulto Joven: Desde los 21 a 30 años.
3. Adulto medio: Desde los 31 a 59 años
4. Adulto mayor: Desde los 60 años hacia arriba.

8. **Previsión:**

Definición Nominal: Sistema de protección de la salud en donde cada trabajador debe pagar el 7% de sus ingresos al sistema de salud de su elección.

Definición Operacional y medición Nominal:

1. Fonasa A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales y causantes de subsidio familiar. El Estado por medio del Fondo Nacional de Salud contribuye en el financiamiento total de las prestaciones médicas.
2. Fonasa B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad. (Salario mínimo desde el 01 de julio del 2004 hasta el 30 de Junio del 2005 corresponde a \$120.000.-). El Estado por medio de Fondo Nacional de Salud contribuye en el financiamiento total de las prestaciones médicas.
3. Fonasa C : Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años y menores de 65 años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el grupo B. El Estado a través del Fondo Nacional de Salud contribuirá en no menos de un 75% de las prestaciones médicas.
4. Fonasa D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces el ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más que dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el grupo C. El Estado a través del Fondo Nacional de Salud contribuirá en no menos de un 50% de las prestaciones médicas.
5. Isapre: Sistema privado de protección de la salud.
6. Otro: Personas que poseen sistema de previsión en salud distinto a los nombrados.

9. Escolaridad:

Definición Nominal: Nivel de estudios que posee el padre y/o cuidador del niño.

Definición operacional y medición ordinal:

Sin estudios: No contempla estudios en ningún grado.

Básica incompleta: No ha completado la enseñanza básica.

Básica completa: Cursó estudios de nivel básico 1° a 8° año básico.

Media incompleta: No ha completado la enseñanza Media.

Media completa: Cursó estudios de nivel medio 1° a 4° año medio y/o 5° año técnico

Técnico Superior: Haber cursado los estudios en un Instituto Técnico profesional.

Universitaria: Haber cursado estudios en Universidad estatal o privada.

10. Número de niños bajo el cuidado de la misma persona

Definición Nominal: Corresponde a la cantidad de niños que se encuentran al cuidado del mismo padre y/o cuidador independientemente del parentesco.

Medición de intervalo:

1 a 2 niños

3 a 4 niños

5 a 6 niños

7 o más niños

11. Estado Civil:

Definición Nominal: Condición de cada persona de acuerdo a deberes y derechos civiles.

Definición Operacional y medición nominal:

1. Soltero: Que no ha sido unido en matrimonio.
2. Unión libre: Unido a una pareja sin estar casado.
3. Casado: Unido a una pareja en matrimonio legal.
4. Separado: Unido a una pareja en matrimonio pero separado de ésta.
5. Viudo: Persona cuyo cónyuge ha fallecido.

12. Lugar de procedencia:

Definición Nominal: Corresponde al lugar en donde habita la familia.

Definición operacional y medición nominal:

1. Urbano: Corresponde a las familias que habitan en la Ciudad de Los Muermos.
2. Rural: Corresponde a las familias pertenecientes a la Comuna de Los Muermos pero que viven fuera del perímetro urbano.

13. Saneamiento básico

Definición Nominal: Servicios primarios que debe poseer la vivienda.

Definición operacional y medición nominal:

Agua potable: Agua procesada para consumo.

Disposición de excretas: Lugar último en donde se depositan las excretas.

Recolección de basuras: Servicio de recopilación y procesamiento de desperdicios eliminados desde la vivienda.

14. Condiciones de la vivienda

Definición Nominal: Aspectos relevantes relacionados con el ambiente socioeconómico y ambiental que rodea al niño.

Definición operacional y medición Nominal:

1. Luz eléctrica
2. Material de construcción: referido al material que constituye la vivienda.
3. Calefacción: Medio de calefacción que utiliza la vivienda.

15. Hábitos

Definición Nominal: Conductas manifestadas por los padres y/o cuidadores que influyen en el mantenimiento de la salud.

Definición operacional y medición Nominal:

1. Tabaco: Individuo integrante del grupo familiar que mantiene el hábito de fumar indistintamente del lugar en el que se encuentre.

2. Ventilación: Acto en el cual se hace circular el aire a fin de purificarlo.
3. Posesión de mascotas: Tener animales ya sea en la casa o fuera de ésta.
4. Lavado de manos: Acción por la cual se eliminan los microorganismos transitorios de la piel y se disminuyen los microorganismos permanentes, el cual se debe realizar primordialmente al comer, al manipular alimentos y después de ir al baño.

9. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos al aplicar el instrumento de recolección de datos diseñados para este estudio en 140 padres y/o cuidadores de niños que se encuentran bajo control en el Consultorio Los Muermos por medio del programa de Control de Niño Sano, entre los meses Octubre y Noviembre del 2004. Estos resultados se presentarán de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

- **Tabla N° 1: Distribución numérica y porcentual de los niños del estudio según grupo etáreo y sexo.**

Sexo	Fases cronológicas del desarrollo				Total	
	Lactantes		Preescolares		Frecuenc.	Porcent.
	Frecuenc.	Porcent.	Frecuenc.	Porcent.	Frecuenc.	Porcent.
Femenino	26	18,57%	51	36,42%	76	54%
Masculino	16	11,42%	47	33,57%	64	46%
Total	42	30%	98	70%	140	100%

La presente tabla muestra la distribución de los niños según su categoría en relación a la edad que tenían en el momento de la aplicación del instrumento y al sexo, sin embargo en relación a la edad no se realizó al azar, ya que se extrajo una muestra representativa de la población total desde el tarjetero de niño sano. Para establecer la muestra se consideró un nivel de confianza del 95% y un nivel de error del 7% resultando una muestra de 140 niños, manteniendo los porcentajes de cada grupo etáreo de la población original (30% lactantes y 70% preescolares).

- **Tabla N° 2: Distribución numérica y porcentual de los padres y/o cuidadores según edad.**

Edad de los padres y/o cuidadores	Frecuencia	Porcentaje
Adolescentes (hasta 20 à)	16	11,4%
Adulto Joven (21-30 à)	62	44,2%
Adulto Medio (31-59 à)	60	42,8%
Adulto Mayor (60 à y más)	2	1,4%
TOTAL	140	100%

Se aprecia en el recuadro que las edades en que fluctúan los padres y/o cuidadores es muy similar entre los adultos jóvenes y los adultos medios con 44,2% y 42,8% respectivamente; sin embargo no podemos dejar de citar la importante cifra de padres y/o cuidadores adolescentes que alcanza un 11,4%

- **Tabla N° 3: Distribución numérica y porcentual de los niños del estudio según sistema previsional de sus padres.**

Sistema de Previsión de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Fonasa A	79	56,42%
Fonasa B	21	15%
Fonasa C	13	9,28%
Fonasa D	4	2,85%
Isapre	0	0
Otros	23	16,42%
TOTAL	140	100%

La presente tabla entrega la distribución en las diferentes categorías de previsión de los padres y/o cuidadores encuestados, “Fonasa A” con un 56,42%, le sigue la población en estudio con “Fonasa B” con 15%, las de más categorías no alcanzan a la mitad de la población en estudio. Un total de 71,42% son beneficiarios que no pagan por las prestaciones en salud.

- **Tabla N° 4: Distribución numérica y porcentual de los padres y/o cuidadores según procedencia.**

PROCEDENCIA			
	URBANO	RURAL	TOTAL
Frecuencia	100	40	140
Porcentaje	71,4%	28,57%	100%

La tabla presenta la población en estudio que corresponde a más de la mitad a zona urbana, ésta variable se enmarcó en la investigación por la accesibilidad de estos niños a la atención sanitaria.

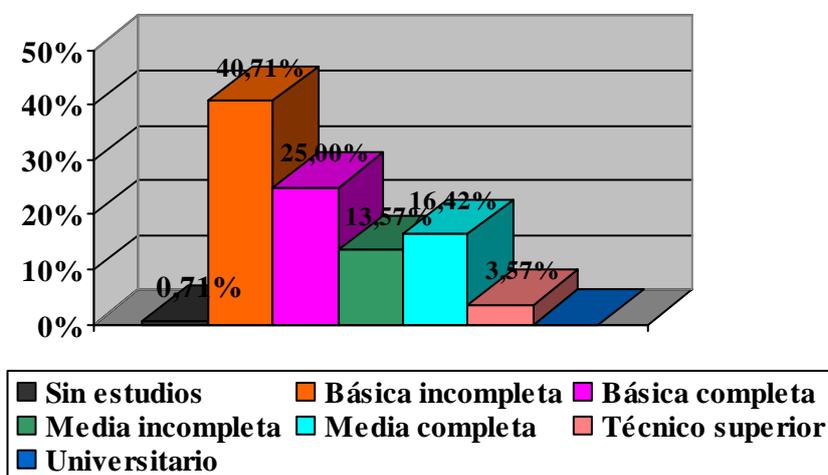
- **Tabla N° 5: Distribución numérica y porcentual de los padres y/o cuidadores según estado civil.**

Estado Civil	Frecuencias	Porcentajes
Soltero	27	19,28%
Unión Libre	48	34,28%
Casado	61	43,57%
Separado	2	1,42%
Viudo	2	1,42%
TOTAL	140	100%

La tabla muestra el estado civil de los padres y/o cuidadores, de los cuales un 43,57% corresponde a parejas que han contraído el vínculo del matrimonio, éstas se encuentran por sobre de las que se mantienen solteras (19,28%) y las parejas en unión libre es decir convivientes que de igual forma alcanzan cifras altas (34,28%). Sin embargo, un 77,85% son pareja lo que establece imagen materna y paterna para el niño.

Gráfico N° 1:

Distribución porcentual de padres y/o cuidadores, según nivel de escolaridad, Consultorio de Los Muermos, Octubre-Noviembre 2004.



De acuerdo a lo observado en el gráfico la mayor parte de los padres y/o cuidadores han cursado enseñanza básica incompleta representada por un 40,71% le sigue a ésta la básica completa con un 25%. Por otra parte la enseñanza media incompleta alcanza 13,57% y un 16,42% representa la enseñanza media completa. Sólo una persona no curso estudios.

- **Tabla N° 6: Distribución numérica y porcentual de los padres y/o cuidadores según número de niños a su cuidado.**

N° de niños bajo el cuidado de la misma persona	Frecuencias	Porcentajes
Sólo el caso índice	43	30,71%
1 A 2	76	55%
3 A 4	16	11,4%
5 A 7	4	2,85%

La tabla presenta el n° de niños además del caso índice están al cuidado de los padres y/o cuidadores, la primera categoría está referida a que sólo proveen cuidados a un niño que en éste caso es el seleccionado en la muestra, sin embargo más de la mitad es decir un 55% tienen a su cuidado a más de un niño.

- **Tabla N° 7: Distribución numérica de los niños del estudio que han requerido de hospitalización según patología de ingreso.**

PATOLOGIA	FRECUENCIA
Infecciones respiratorias agudas	10
Prematuros	6
Hiperbilirrubinemia	5
Intervenciones Quirúrgicas	6
Síndrome diarreico aguda	2
Meningitis	1
Cardiopatía	1
Otras	6
TOTAL	37

En primer lugar se ubican las Infecciones respiratorias agudas (IRA) con 10 casos de los cuales 5 han sido por Bronconeumonias. Le siguen en número los niños que han nacido de pre-termino y las intervenciones quirúrgicas de las cuales las de mayor incidencia son las hernias inguinales y criptorquidea. Los Síndromes diarreicos agudos patología incluida en el estudio está representada sólo por dos casos.

Las patologías que se incluyen dentro de la categoría “Otras” son: Síndromes febriles, intoxicación por cuerpos extraños, quemaduras, malformaciones, otitis, amigdalitis, indicadas sólo una vez por los padres y/o cuidadores.

- **Tabla N° 8: Distribución numérica y porcentual de la situación de saneamiento básico que posee el grupo estudio en sus hogares**

SANEAMIENTO BASICO						
	Agua Potable	%	Disposición de excretas	%	Recolección de basuras	%
Si(D)	94	67,14%	71	50,71%	105	75%
Si(F)	16	11,42%	69	49,28%	---	---
No	30	21,42%	---	---	35	25%
Total	140	100%	140	100%	140	100%

(D) Dentro de la casa

(F) Fuera de la casa

Gran parte de las viviendas en las cuales residen los niños en estudio poseen saneamiento básico completo, sin embargo existe un número importante de familias que no poseen alcantarillado en su casa, lo cuál es de gran relevancia ya que como mostramos en el recuadro anterior la mayoría de la gente correspondía a sector Urbano. En relación al servicio de agua potable 30 hogares no la poseen y mantienen pozo para consumo familiar, correspondiendo estos casos a las personas de residencia rural. Esta variable se incluye en el estudio por la relación que tiene el ambiente con las enfermedades infectocontagiosas como las IRA y SDA.

- **Tabla N° 9: Distribución numérica y porcentual de la posesión de luz eléctrica del grupo estudio en sus hogares.**

SUMINISTRO LUZ ELECTRICA		
	SI	NO
Frecuencia	134	6
Porcentaje	95,71%	4,28%

Los datos estadísticos nos indican que en su mayoría la población en estudio mantienen el suministro de luz eléctrica suministrado por SAESA, los casos restantes corresponden a habitantes de la zona rural de la comuna de Los Muermos.

- **Tabla N° 10: Distribución numérica y porcentual del tipo de construcción de la vivienda que posee el grupo estudio.**

MATERIAL DE CONSTRUCCION VIVIENDA			
	Madera	Mixto	Planchas de Zinc
Frecuencia	73	64	3
Porcentaje	52,14%	45,71%	2,14%

Los datos nos indican que las viviendas en su mayoría tienen como material de construcción la madera representada por un 52,14% y 45,71% casas mixtas es decir construidas con 2 o más tipos de material, un 2,14% son casas que sólo tienen como material base las planchas de zinc.

- **Tabla N° 11: Distribución numérica y porcentual del sistema de calefacción que posee el grupo estudio en sus hogares.**

CALEFACCIÓN			
	LEÑA	GAS	PARAFINA
Frecuencia	137	1	2
Porcentaje	97,85%	0,71%	1,42%

El cuadro nos presenta la realidad en las casas de la zona sur de nuestro país, ya que la casa de madera junto a la estufa a leña es lo más característico de la zona, es así como la tenencia de éste artefacto se hace imprescindible dentro de los hogares incluidos, ya que si bien en ésta ocasión lo enfocamos a la calefacción de un hogar, es también utilizado en la preparación y cocción de los alimentos. Si bien el humo que es liberado debido al consumo de leña contamina el aire que circula en la vivienda, va muy ligado en relación al hábito de ventilación que se presenta más abajo.

- **Tabla N° 12: Distribución numérica y porcentual de los padres y/o cuidadores del grupo estudio según hábitos de los moradores**

HABITOS DE LOS MORADORES DE LA VIVIENDA				
	FUMA	%	VENTILACIÓN	%
SI	65	46,42%	139	99,28%
NO	75	53,57%	1	0,71%
TOTAL	140	100%	140	100%

El hábito del tabaco no es ajeno a las familias de los niños incluidos en el estudio, como podemos apreciar en el recuadro un 46,42% de los moradores de la vivienda mantienen este hábito aunque en muchas ocasiones refieren que fumaban en el exterior de la vivienda.

En el mismo cuadro se analizó la variable ventilación que en su mayoría es realizado por las dueñas de casa, favoreciendo así a la circulación del aire y por ende a la descontaminación del ambiente.

- **Tabla N° 13: Distribución numérica y porcentual de la situación de tenencia de mascotas que posee el grupo estudio en sus hogares.**

TENENCIA DE MASCOTAS				
	Si, adentro	Si, afuera	A veces adentro	No
Frecuencia	6	68	14	52
Porcentaje	4,28%	48,57%	10%	37,14%

88 viviendas, es decir un 62,8% mantienen mascotas en sus hogares, sin embargo, un 48,57% mantienen a éstas mismas fuera de la casa, sólo un 4,28% las tienen permanentemente dentro y un 10% reconoce que en contadas ocasiones las mascotas entran a la vivienda.

- **Tabla N° 14: Distribución numérica y porcentual de la identificación de los signos de alarma pediátricos pesquisados en los padres y/o cuidadores de los niños del grupo estudio.**

SIGNOS DE ALARMA PEDIATRICOS		
SIGNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE**
Respiración rápida	5	3,57%
Dificultad para respirar	26	18,57%
Tos	48	34,28%
Fiebre	108	77,14%
Respiración ruidosa	22	15,71%
Bebe mal o no puede beber	5	3,57%
Muchas heces acuosas	91	65%
Vómitos	17	12,14%
Sed intensa	1	0,71%
Sangre en las heces	5	3,57%
No sabe	11	7,85%
Otro signo	16(*)	11,42%

(*) 16 signos no incluidos en el instrumento

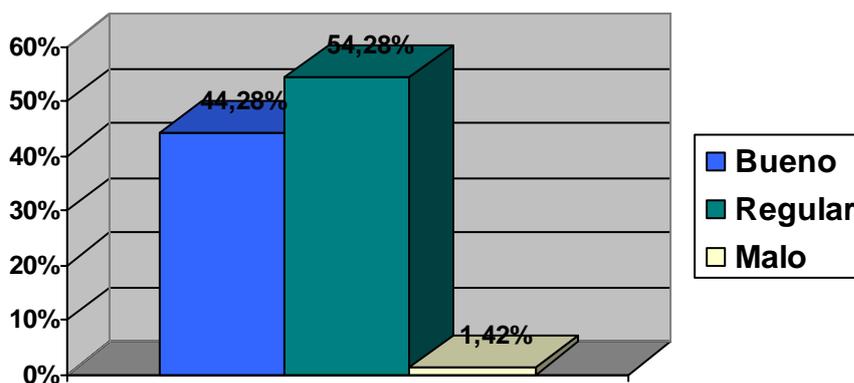
(**) n= 140 encuestas

La tabla muestra los signos de alarma incluidos en el instrumento aplicado a la muestra seleccionada, como se observa el signo que lidera es la fiebre identificada en 108 oportunidades, le sigue heces acuosas con 91 y la tos con 48. El signo menos identificado es la sed intensa con sólo 1 elección.

Existen 16 signos que los padres y/o cuidadores agregaron a sus respuestas los cuales no estaban incluidos en el instrumento, dentro de los cuales están los signos: “**Deja de comer**” con 22 puntos, “**coriza**” 21 puntos, “**decaimiento**” 19 puntos, “**dolor estomacal**” 17 puntos e “**irritabilidad**” 10 puntos siendo estos los más reconocidos y otros como “congestión”, “dolor de garganta”, “duerme mal”, etc. en menor frecuencia.

- **Gráfico N° 2:**

Distribución porcentual de los padres y/o cuidadores, según grado de conocimiento de los signos de alarma Octubre-Noviembre 2004, Consultorio Los Muermos.



El gráfico nos muestra que un 54,28% de los padres y/o cuidadores tiene un conocimiento regular en relación a los signos de alarma pediátricos, es decir reconoce de acuerdo a los criterios de clasificación un signo de cada patología (IRA y SDA*) o solamente reconoce un signo de cualquiera de las dos, le sigue un 44,28% de padres y/o cuidadores que pertenecen a la categoría de conocimiento bueno, es decir que han identificado 2 signos o más de IRA y al menos 1 de SDA, para concluir con la clasificación sólo un 1,42% que corresponde a 2 personas no supieron responder ni identificar ninguno de los signos de alarma.

(*) IRA Y SDA: Infecciones respiratorias agudas y Síndromes diarreicos agudos.

- **Tabla N° 15: Distribución del grupo estudio según nivel de escolaridad y su relación con el grado de conocimiento según los signos de alarma.**

Escolaridad de padres	Grado de conocimiento de signos de alarma			
	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
SIN ESTUDIOS	1	0	0	1
BASICA INCOMPLETA	21	35	1	57
BASICA COMPLETA	21	14	0	35
MEDIA INCOMPLETA	9	9	1	19
MEDIA COMPLETA	8	15	0	23
TEC. SUPERIOR	3	2	0	5
UNIVERSITARIO	0	0	0	0
TOTAL	63	75	2	140

La tabla nos muestra que no existe relación entre la escolaridad y el grado de conocimiento de los padres según el instrumento aplicado, esto se puede deber a que hoy en día existen muchos programas de prevención y promoción en salud los cuales han ayudado a mejorar los conocimientos en salud entre ellos los signos de alarma.

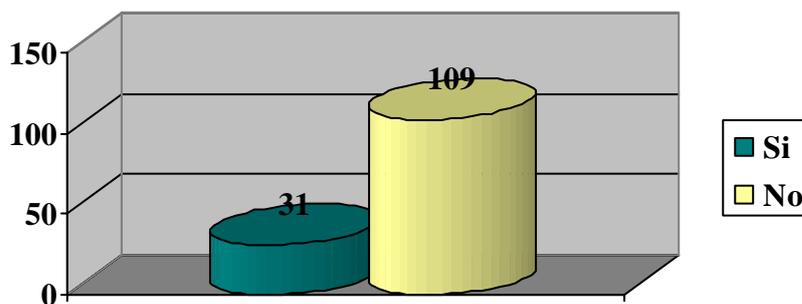
- **Tabla N° 16: Distribución del número de niños bajo el cuidado de la misma persona y su relación con el grado de conocimiento según los signos de alarma.**

N° de niños bajo el cuidado de la misma persona	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
CASO INDICE	15	27	1	43
1 A 2	38	38	1	77
3 A 4	8	8	0	16
5 A 7	2	2	0	4
TOTAL	63	75	2	140

Al igual que en la tabla anterior se estableció un análisis comparativo entre los niños que se encontraban bajo el cuidado de la misma persona y los resultados obtenidos según sus conocimientos dados por los signos de alarma, como se puede observar no existe una relación directa que distinga a padres y/o cuidadores que por tener más niños a su cuidado obtuvieran mejores resultados.

- **Gráfico N° 3:**

Distribución numérica de los niños que han sido derivados a centros de atención terciaria, según N° de hospitalizaciones Octubre-Noviembre 2004, Consultorio Los Muermos.



El siguiente gráfico muestra el número de niños que necesitaron ser hospitalizados y se encuentran incluidos en la muestra seleccionada; como se puede ver sólo 31 niños han necesitado de atención terciaria de los cuales 24 se han hospitalizado en una sola oportunidad y 7 en 2 a 3 ocasiones.

10. DISCUSION.

La población incluida en el estudio correspondió a un 30% de Lactantes y a un 70% de preescolares, sin seleccionar por sexo; se extrajo ésta proporción para que sea una muestra representativa de la población total que se encuentra en Control de Niño Sano en el Consultorio.

En relación al perfil de los padres y/o cuidadores de acuerdo a su edad corresponden a una población joven.

En relación a el sistema previsional de la familia, los resultados entregan que un 56,42% es decir 79 familias poseen previsión Fonasa tipo A; como dice la ley de sistemas previsionales, son personas indigentes, carentes de recursos que no perciben renta fija o que son beneficiarios de pensiones asistenciales y causantes de subsidios familiar. Le sigue Fonasa tipo B la que está representada por 15% las cuales no alcanzan a tener el ingreso mínimo mensual que fija el estado que por este año corresponde a \$120.000.- o también se encuentran incluidos aquellos de los cuales dependan 3 o más cargas. En menor número encontramos Fonasa C y Fonasa tipo D las cuales corresponden respectivamente un 9,28% y 2,85%, en estas categorías ya se cuenta con una renta mensual estable sobre lo establecido por el estado. Con los datos que hemos podido analizar nos encontramos con una población que se encuentra clasificada con un nivel socioeconómico bajo.

Los niños del estudio en su mayoría pertenecen a una familia nuclear es decir formada por ambos padres, en donde 61 casos están unidos bajo el vínculo legal del matrimonio y 48 casos bajo unión libre. Las familias monoparentales aunque están representadas por un número menor de casos (19,28%) se encuentran presentes y por ende de acuerdo a lo que nos dicen los textos de Enfermería (Whaley & Wong 1995) es importante saber la composición familiar ya que en términos educativos, la/el Enfermera (o) trabaja en conjunto con toda la familia y sobretodo en estos casos donde el padre o la madre se encuentran solos en la crianza de sus hijos. Incluso en muchos de éstos casos los padres son adolescentes por ende el niño se encuentra en el hogar de alguno de los progenitores recibiendo atención por parte de otras personas como por ejemplo, los abuelos, por lo tanto es importante incluir a toda la familia en el proceso educativo.

El grado de escolaridad que poseen los padres y/o cuidadores de los niños del estudio, en su mayoría corresponden a un nivel básico incompleto (40,71%), y básico completo (25%), luego de ésta etapa de estudios es decir entre enseñanza básica y media se aprecia una baja considerable que puede significar deserción escolar ya que la media incompleta esta representada por un 13,57% y la media completa sólo con un 16,42%.

Relacionando esta variable a lo que nos dice Schonhaut B. la población chilena hace 40 años mantenía una tasa de analfabetismo mayor a un 25% hoy en día se puede apreciar que esta realidad ha bajado considerablemente ya que en el estudio sólo una persona no poseía estudios.

De acuerdo a los análisis entre escolaridad y grado de conocimiento, se concluye que el nivel de escolaridad no influye en los conocimientos que posean los padres, como se planteó en los objetivos.

Con relación a las patologías causantes de hospitalización que presentaron algunos de los niños encuestados (31 casos), se mantienen en primer lugar las Infecciones respiratorias agudas con 10 casos y en menor número los Síndromes diarreicos agudos con sólo 2 casos siguiendo así el patrón de la realidad actual de Chile como nos mostraba el Minsal en relación al programa Ira del Ministerio de Salud y los centros centinelas a lo largo de Chile, estos últimos nos indican que cada vez disminuyen más las tasas de consulta por morbilidad llegando a ser sólo 6.159 casos pesquisados por medio de los Centros de Vigilancia y las tasas de mortalidad que han disminuido de 3,8 a 1,7 por 100.000 habitantes entre 1990 a 1998. (Dpto. Epidemiología Minsal 2004).

En relación al saneamiento ambiental, la población chilena cuenta con un saneamiento básico completo en la mayoría de las casas, el estudio obtuvo que 110 hogares poseen agua potable incluyendo tanto los que tienen al interior de su casa como los que tienen el servicio afuera.

Citando nuevamente a Schonhaut B. y Matus P. en relación a las estadísticas nacionales en donde se estima que en un 100% los sectores urbanos poseen el servicio y un 90% los sectores rurales, se mantienen cifras similares ya que los que no poseen agua potable en el estudio coinciden con las personas que viven en el área rural. De igual manera las casas que mantienen alcantarillado a nivel nacional de acuerdo a la demanda alcanzan un 25% estimando para este año una cobertura de un 70%. En los resultados obtenidos ya un 50% de las familias poseen servicio de alcantarillado, superando así las estadísticas nacionales, mejorando así las condiciones ambientales.

La recolección de basuras tiene una amplia cobertura en el nivel urbano y los que viven en sectores rurales cercanos a la ciudad también tienen este servicio.

La vivienda de los menores en la mayoría de los casos tienen como características las casas de madera (51,14%), con calefacción a leña (97,85%), con suministro de luz eléctrica (95,71%) y en donde los padres y/o cuidadores se preocupan de ventilar cada día su vivienda (99,28%).

Los animales son portadores de enfermedades, es por esto que se incluyó esta variable en el estudio obteniéndose que en 88 hogares existieran mascotas de las cuales un 48,57% las mantenían fuera de la vivienda y un 37,14% no tenían mascotas de ningún tipo.

Dentro de los hábitos investigados es importante resaltar el consumo de cigarrillo entre las personas que rodean al niño; entre las 65 viviendas en donde existen familiares que mantiene el hábito el **padre** está representado por un **56,92%** la **madre** un **40%**, los **abuelos** un **26,15%**, tíos 9,23% y hermanos mayores 3,07%, esto independientemente del espacio físico en donde fuman ya que el efecto del tabaco también se ve reflejado por conductas aprendidas. Se puede concluir que los niños han tenido contacto con los agentes nocivos del tabaco relacionado directamente con la contaminación ambiental sobre todo de la vivienda y del aire que respira el niño en caso contrario los niños ven en sus padres modelos a seguir en su niñez y adolescencia imitando conductas ya sean éstas saludables o no como es el tabaco.

Para finalizar ésta discusión queda por analizar los resultados obtenidos por los padres y/o cuidadores de acuerdo al instrumento probado por la AIEPI en relación al grado de conocimiento de los signos de alarma pediátricos, más de la mitad de la población se clasifican en conocimiento Regular por un 54,28% es decir se identificó sólo un signo de ambas patologías y grado de conocimiento Bueno en un 44,28% en donde el requisito era identificar 2 signos de IRA y al menos 1 de SDA. Ligado a esto los signos de alarma más reconocidos fueron la fiebre, la tos y las abundantes heces acuosas.

Como se dijo también algunos otros signos fueron nombrados por los padres los cuales no dejan de ser válidos, ya que pueden indicar inespecíficamente alguna alteración del equilibrio

11. CONCLUSIONES

El personal de Enfermería debe contribuir a la investigación, ya que se trata de personas que observan las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad, aunque cada vez se le da mayor relevancia, falta aún enriquecer más ésta área.

La evaluación es esencial para el proceso de enfermería y la investigación es una de las mejores formas de evaluar. Por tanto, el personal de Enfermería debe intervenir más en la investigación y aplicar los resultados obtenidos a su práctica, ya que así se mejorará la atención de los usuarios como fin último.

Aunque el personal de enfermería ha intervenido tradicionalmente en la sanidad pública, lo ha hecho con menos frecuencia en la planificación de la atención sanitaria. Por lo tanto es importante que se participe en ésta planificación, y la mejor forma de hacerlo es la investigación, ya que además de entregar un estudio, se respalda la intervención de Enfermería basada en sus teorías y modelos, se pone en práctica la enfermería basada en la evidencia y se ayuda a la satisfacción de las necesidades del usuario, mejorando la atención en calidad.

En relación al tema planteado para el estudio y de acuerdo a los antecedentes citados es de gran importancia la presencia del personal de enfermería en este aspecto debido a su papel educador y orientador, todo esto incluido en el ámbito de la prevención y promoción de la salud, en donde se comparte con el resto del equipo de salud y en donde todos esperan lograr las mismas metas; bajar índices de morbimortalidad infantil, señalados anteriormente en los antecedentes.

Se han incluido en este estudio, las patologías de mayor incidencia hoy en día para los niños, en primer lugar encontramos las Infecciones respiratorias agudas que en el último año han traído consigo un elevado índice de mortalidad en relación al brote por virus de la influenza en donde hasta el 1 de enero de 2005 se notificaron 11.092 casos clínicos de influenza, cifra que superó en 2 veces lo observado a igual período de 2003 (5.143 casos), lo que reflejó el inicio precoz y la mayor magnitud del brote estacional de influenza vivido en ese año. La tasa acumulada a nivel nacional alcanzó a 950 x cien mil habitantes, que proyectada da un total estimado de 151.578 casos.

Mediante el programa de IRA se está trabajando persistentemente para revertir las cifras, los resultados de éste pueden traducirse en el desarrollo de una salud más equitativa y de mejor calidad para la población de más escasos recursos. Esto se logra gracias a la transferencia tecnológica y de recursos hacia el nivel primario, con una mejoría

en la accesibilidad y credibilidad de este estamento, constituyéndose en un beneficio directo en salud.

En segundo lugar se toma en cuenta el Síndrome Diarreico ya que aunque ha bajado considerablemente, se ha mantenido en el mismo ordenamiento durante los últimos 20 años, y son en muchos casos producto de hospitalizaciones trayendo consigo crisis para las familias y aumento del costo para los servicios públicos, en el año 2004 se presentaron 6.159 casos en los centros centinelas a comparación del año 1998 en donde existieron 175.478

Esta investigación trae consigo la validación de la intervención de enfermería en el control de niño sano por medio del proceso educativo de acuerdo a las edades de las poblaciones incluidas en el estudio, es decir lactantes y preescolares. También es de importancia en el área de la salud debido a que se determinará el conocimiento de los padres y la información que manejan, esto, en directa proporción con las herramientas entregadas desde el servicio de salud al cuál pertenecen.

En el Consultorio de Los Muermos, la Enfermera tiene una relación estrecha con los padres y/o cuidadores de la población infantil, además es quién mantiene un contacto periódico con ellos, y es la responsable de pesquisar alteraciones y derivar a otros profesionales del equipo de salud competentes. Por lo tanto dada ésta cercanía y en relación a los resultados del estudio se podrían implementar programas educativos formales en ambas categorías de edades, donde se pueda focalizar tanto conductas preventivas, promoción o incluso guías anticipatorias con el fin último de mejorar los conocimientos de los padres y/o cuidadores no tan sólo en los signos de alarma pediátricos, sino que en todo su ciclo vital, logrando que la Enfermera sea apoyo y orientación en toda etapa de la vida infantil.

Por otra parte además de entregar estos programas educativos, donde se potencia el ámbito teórico, organizar sesiones prácticas, donde los responsables de entregar el cuidado al niño, puedan aprender y aplicar técnicas básicas de atención al niño como por ejemplo, control de la temperatura, frecuencia respiratoria, medidas físicas para bajar la temperatura, talleres de higiene, etc. Sin dejar de lado el compartir con ellas las actuales medidas que utilizan en el tratamiento de las enfermedades (remedios caseros) y así descartar aquellas conductas nocivas para el menor.

Otra estrategia que se puede utilizar en estas sesiones educativas formales es incluir a los demás profesionales para lograr un trabajo interdisciplinario y así incentivar a la participación de los padres y/o cuidadores.

Para finalizar sería interesante continuar con más estudios sobre el mismo tema, abordando como dije anteriormente conocimiento de técnicas básicas de atención al niño y

métodos no tradicionales de curación y además como forma de evaluación de las actividades propuestas.

12. BIBLIOGRAFIA

1. OPS. AIEPI: Investigaciones operativas. Washington DC. Abril 2001. Protocolo 11 Pág. 140-148.
2. Pineda B, Alvarado E, Canales F. (1994). Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2º Edición. Organización Panamericana de la salud 225p.
3. Reyes, Cecilia. Presentación Libro. E Fernández, P Caballero, Lira María Teresa (1999) Problemas en la salud Infantil: Intervención de Enfermería. Ediciones Universitarias.
4. Rizzardini M. 1999. Pediatría. Ed. Mediterráneo. Cáp.1 Pág.25-30/39-40.
5. Schulte E, Price, James. 1999. Enfermería Pediátrica de Thompson. 7º Edición. Mc Graw Hill Interamericana, México Pág.30-31.
6. Soto C. 2002. Tesis “Inasistencias al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor; una problemática a resolver”.
7. Whaley & Wong. 1995. Enfermería Pediátrica. 4º Edición. Mosby/Doyma libros. Madrid, España Cáp. 1 Pág. 9-12.

Sitios en Internet:

8. [http:// www.geocities.com/eureka/office/4595/tesis.html](http://www.geocities.com/eureka/office/4595/tesis.html) (visitada el 15 de agosto de 2004)
3. Caballero E., Fernández P.2004.”Problemas de salud infantil: Intervención de Enfermería” Un aporte a nuestra profesión. Comité editorial 3. Publicaciones Científicas (citado el 20 de Agosto del 2004) Disponible en Internet http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/problemas_salud_infantil.pdf

10. GIRARDI B., Guido, ASTUDILLO O., Pedro y ZUNIGA H., Felipe. El programa IRA en Chile: hitos e historia. . Revista. chilena Pediatría. [online]. jul. 2001, vol.72, no.4 [citado 20 Agosto del 2004], p.292-300. Disponible en Internet <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000400003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106.
11. MINSAL Dpto. Asesoría jurídica .Noviembre 1985. Ley N° 18.469 “Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. Diario oficial Santiago. (Citado el 06 de Septiembre del 2004) Disponible en Internet
[http:// www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ley18469.pdf](http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ley18469.pdf)
12. SCHONHAUT B, Luisa. El rol de la Pediatría del Desarrollo en el control de salud integral: hacia la Pediatría del siglo XXI. . Revista. chilena. pediatría [Online]. Ene. 2004, Vol.75, no.1 [citado 09 Octubre 2004], p.09-12. Disponible en Internet <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106.
13. <http://www.equidadchile.cl/pmatus.html> (visitada el 09 de Octubre del 2004).
14. MINSAL, Dpto. epidemiología. 2004. Situación de la vigilancia centinela en diarreas en menores de 5 años a semana 34 Chile. (Citado el 09 de Octubre del 2004) Disponible en Internet
<http://epi.minsal.cl/evigia/html/notific/centinela/centinela.htm>
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). (citado el 03 de Febrero del 2005) Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>
16. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Cuenta pública 2003 (citado el 03 de Febrero del 2005) Disponible en Internet:
<http://www.emol.com/noticias/documentos/cuentapublica2003.pdf>
17. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Vigilancia Centinela de Influenza “informe al 26 de Enero de 2005” (citado el 03 de Febrero del 2005). Disponible en Internet:
<http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Influenza/influenza.htm>

13. ANEXOS

I. Perfil de la población en estudio

1. ¿Qué edad tiene Usted actualmente?

A las siguientes preguntas marque la letra correspondiente

2. ¿Con qué previsión cuenta?

a) Fonasa A c) Fonasa C e) Isapre

b) Fonasa B d) Fonasa D f) Otra

3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

a) Sin estudios d) Media incompleta g) Universitario

b) Básica incompleta e) Media completa

c) Básica completa f) Técnico superior

4. Su estado civil corresponde a:

a) Soltero c) Casado e) Viudo

b) Unión libre d) Separado

5. Su casa se encuentra ubicada en sector:

a) Urbano b) Rural

6. ¿Cuántos hijos o niños más tiene usted a su cuidado?

a) 1 a 2 c) 5 a 7 e) ninguno

b) 3 a 4 d) 7 o más

7. ¿Ha sido alguna vez hospitalizado el niño?

a) SI b) NO

¿Cuál fue el motivo? _____

8. ¿En cuantas ocasiones se ha hospitalizado el menor?

a) 1 b) 2 c) 3 o + d) no corresponde

❖ **VIVIENDA**

9. ¿Tiene su casa luz eléctrica?

- a) SI b) NO

10. ¿Tiene su casa agua potable?

- a) En el hogar b) Fuera del hogar c) No

11. ¿El baño de su casa donde se encuentra?

- a) En el hogar b) Fuera del hogar

12. ¿Hay servicio de recolección de basuras en su sector?

- a) SI b) NO

13. ¿Qué tipo de calefacción posee en su casa?

- a) Leña b) Gas c) Parafina d) Braserero e) Otro

14. ¿ Su casa está construida con material?:

- a) Madera b) Concreto c) Planchas de zinc d) Mixto

❖ **HABITOS**

15. ¿Alguien de la familia fuma?

- a) SI b) NO ¿Quién? _____

16. ¿UD. se preocupa de ventilar su casa?

- a) SI b) NO

17. ¿Tiene mascotas?

- a) Si, dentro de la casa b) Si, fuera de la casa c) a veces dentro d) No

¿Cuántas?, ¿Cuáles? _____

18. ¿En qué ocasiones UD. se lava las manos?

- a) Al comer
b) Al preparar alimentos
c) Después de ir al baño

II. INSTRUMENTO

Conocimiento de signos de alarma en niños menores de 6 años para concurrir en busca de ayuda a un centro de salud.

PLANILLA DE ENCUESTA

Sexo	
1. Edad del niño	
2. ¿Cuándo debe llevar usted a un niño con IRA para que sea visto en un centro de salud?	
a. Respiración rápida	
b. Dificultad para respirar	
c. Tos	
d. Fiebre	
e. Respiración ruidosa	
f. Bebe mal o no puede beber	
g. Otro signo	
h. No sabe	
3. ¿Cuándo debe llevar usted a un niño con diarrea para que sea visto en un servicio o por personal de salud?	
a. Muchas heces acuosas	
b. Vómitos repetidos	
c. Sed intensa	
d. Bebe mal o no puede beber	
e. Fiebre	
f. Sangre en las heces	
g. No mejora, está más enfermo, muy enfermo.	
h. Otro signo	
i. No sabe	
Resultado Final	

Clasificación Puntaje obtenido:

- Buena: Conocimiento de 2 signos de IRA y 1 de síndromes diarreicos.
- Regular: Conocimiento de 1 signo de alarma de cualquiera de las dos Patologías.
- Mala: No reconoce ningún signo de alarma.

❖ **Instrucciones de llenado de los instrumentos presentados:**

PLANILLA DE ENCUESTA

1. La planilla de encuesta deberá utilizarse para interrogar a todas los padres y/o personas que participan en el cuidado y atención de un niño menor de 6 años.
2. Anotar el sexo del niño en la primera fila, en la columna que corresponda; y luego anotar la edad del niño en meses y años en la segunda fila.
1. Hacer al padre y/o cuidador la pregunta enunciada en el punto 2. Formular esta pregunta como una “pregunta de respuesta libre” sin indicar ningún signo enumerado en las filas siguientes. Decirle al padre y/o cuidador que puede dar más de un motivo. Marcar (X) los signos que indique. Alentar a la madre a responder plenamente empleando mensajes generales como ¿Nada más? u ¿Otros signos?. No se la debe inducir a que diga determinados signos.
2. Hacer al padre y/o cuidador la pregunta 3 de la planilla de encuesta, teniendo en cuenta las consideraciones realizadas en el punto 3 anterior.
3. Proceder de la misma forma con el siguiente padre y/o cuidador.

PERFIL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

De la misma forma que en el instrumento anterior este será aplicado a los mismos padres y/o cuidadores seleccionados en la muestra.

Por medio del mismo encuestador, las preguntas de éste instrumento serán formuladas de forma cerrada.

Se marcará con una (x) la letra correspondiente.

En el punto de ¿Cuál fue el motivo de hospitalización? Se registrará lo referido por el encuestado de acuerdo solamente a la patología.

En la pregunta N° 15 se anotará el parentesco de la persona que fuma, en relación al niño; Ej. Padre, tío, etc. (que vivan bajo el mismo techo).

En la pregunta N° 17 se registrarán el tipo de mascotas que poseen en la casa y la cantidad de estos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____
_____, tomo conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollada por una tesista de enfermería de la Universidad Austral de Chile para optar al grado de licenciatura de Enfermería.

La información que entrego a través de un cuestionario es de carácter anónima y confidencial en la que los datos serán usados sólo con los fines de la investigación.

Los Muermos, _____ del 2004.