

# Conocimiento de los cuidadores primarios respecto a la infección respiratoria aguda en el año 2014 en Bogotá

---

**Tatiana Carolina Barrantes Granobles, Carolina Buitrago, Marcela Castiblanco, Sandra Marcela Machado Olivero, Paula Andrea Méndez, Tatiana Luna, Alejandra Usuga, Paula Alexandra Urrea Morales, Leidy Viviana Velásquez**

Estudiantes del Programa de terapia Cardiorrespiratoria e integrantes del semillero de investigación SPIRANTCOR.  
Universidad Manuela Beltrán. Bogotá

**Angie Sol Romero Díaz**

Doctoranda en Educación. Docente investigadora. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá

**Ángela María Ramírez Roza**

Magíster en Diseño, Gestión y Dirección de proyectos. Coordinadora Académica programa de Terapia Respiratoria.  
Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá

**Ana Isabel García Muñoz**

Magíster en Educación. Docente investigadora. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá

---

## Resumen

En Latinoamérica los niños mueren en proporciones alarmantes, los niños menores de 5 años mueren a causa de Infecciones Respiratorias Agudas IRA. Las cuidadoras de esta población son mayoritariamente madres comunitarias, razón por la cual se convierten en un elemento transcendental al momento de realizar estrategias de prevención y tratamiento. Por ello, es importante determinar el nivel de conocimiento sobre la Infección respiratoria Aguda (IRA) en madres comunitarias de los jardines infantiles de Bogotá. Metodología: estudio descriptivo observacional de corte transversal, en el cual se realizó un pre test basado en 9 preguntas de selección múltiple entre los meses de enero y agosto del año 2014. Se realizó en los jardines infantiles de la ciudad de Bogotá, con la participación de 100 cuidadoras voluntarias. Los núcleos temáticos con mayor impacto se encontraron en el nivel de conocimiento relacionado con la sintomatología y con los signos de alarma de la IRA; los núcleos temáticos donde se describió menor nivel de conocimiento fueron, el manejo de la IRA por edad y el conocimiento de los servicios de urgencia.

**Palabras clave:** aprendizaje, enfermedades respiratorias, cuidadores.

## Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un conjunto de patologías que afectan las vías respiratorias, que además de ser la principal causa de mortalidad en niños, perturban al 10,5% de la población mundial; son responsables de al menos 15 millones de muertes en niños menores de 5 años, donde dos tercios de ellas corresponden a lactantes (1). Así mismo, estas patologías tienen un factor importante a nivel de morbimortalidad por el alto número de casos presentados aún hoy en pleno siglo XXI (2).

Igualmente, la infección respiratoria aguda (IRA) es la enfermedad más común en niños con afectación de la nariz, faringe, laringe, tráquea y bronquios. La IRA, además, genera un gran número de signos de alarma en la población tales como dificultad respiratoria, tirajes universales, sobre agregados pulmonares y disnea, entre otros, cuyas consecuencias en muchos casos incrementan el índice de mortalidad en los niños.

Estas afecciones, junto con las enfermedades diarreicas y la malnutrición, son las principales causas de muerte en niños, en los países subdesarrollados (4). Ante ello, hay diversos factores predisponentes que dependen del huésped, del medio ambiente o del contacto con infecciones (5). Mientras en países desarrollados han logrado reducir la mortalidad por IRA en niños, en países en vía de desarrollo prevalecen varios factores de riesgo que contribuyen a mantener este problema en dichas naciones, debido a que los niños poseen características fisiológicas e inmunológicas que los condicionan a presentar infecciones respiratorias (6,7).

Asimismo, existen 4 aspectos importantes en el análisis de la IRA y a la vez en el enfoque de las estrategias de prevención y control. Dichos aspectos son: la presencia de factores de riesgo, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de la atención médica. Dentro del contexto de las infecciones respiratorias agudas, han sido descritos varios síndromes, que van desde el tracto respiratorio superior hasta las estructuras pulmonares distales, entre los que se encuentran: el resfriado, la faringitis o faringoamigdalitis, el croup (laringotraqueobronquitis), la traqueítis, bronquitis, bronquiolitis y neumonía (4).

Por otro lado, se estima que al menos 4 000 000 de consultas se realizan por esta causa, donde el 20 al 25% corresponden a consulta externa y el 30% de las hospitalizaciones tiene una duración de 4 semanas (1 a 2 semanas). La mayoría de estas infecciones se presentan comúnmente por virus sincitial respiratorio, para influenza, o por *haemophilus influenzae* (8). A nivel mundial se estima que al menos se presentan 4 000 000 de muertes al año, en Colombia se registraron 14 440 360 casos, donde el 60% fueron niños menores de 5 años (9); la tasa de mortalidad registrada en 2011 fue de 15,94% por cada 100 000 habitantes y entre el 7 y el 13% de los pacientes requirieron hospitalización (10).

Según estimaciones de la Organización Panamericana de Salud (OPS), la mortalidad por IRA en menores de 5 años (que incluye influenza, neumonía, bronquitis y bronquiolitis) genera 818 defunciones anuales, las cuales representan una tasa del 19,11%. En Colombia la tasa de mortalidad infantil por IRA es del 10,67% y afecta a un total de 120 niños menores de 4 años. A la fecha, las tasas de mortalidad siguen siendo elevadas tanto a nivel materno como en la primera infancia (11).

Del mismo modo, en América se registran más de 100 000 defunciones anuales de menores de un año por procesos respiratorios. De igual manera, las estimaciones de la OMS (organización mundial de la salud) y la OPS evidencian que aproximadamente el 90% de las muertes se deben a neumonía, y el 99% o más, se producen en los países en desarrollo de América Latina y el Caribe (11). Esta patología se puede presentar en los infantes de 4 a 6 veces en el año, y en Latinoamérica los niños mueren más de 140 000 niños menores de 5 años, a causa de este conjunto de patologías donde la IRA constituye la primera causa de consulta y hospitalización en edades pediátricas (12). En México, las tasas de IRA se presentan en un número de 27 000 a 30 000 casos por cada 100 000 habitantes donde el 92% de ellos son de carácter viral o bacteriano (7).

La falta de conocimiento y manejo de la IRA por parte de las madres comunitarias y/o cuidadores son un factor que influirá en la tasa de morbilidad y mortalidad. Si bien las madres y/o cuidadores pasan la mayoría de tiempo con los niños, terminan ejerciendo un rol muy importante en el manejo de las mismas, por lo que diferentes factores terminan repercutiendo tanto en la aparición de estas infecciones como en sus complicaciones. Entre estos factores se encuentran el grado de conocimiento sobre la IRA, el hacinamiento de los niños en las guarderías, el nivel de escolaridad, y medidas de higiene, entre otros. El papel de la madre es fundamental en el recién nacido y en el contacto de este con las infecciones respiratorias en tanto la carencia de lactancia materna, la falta de educación materna y hábitos como el tabaquismo y el alcoholismo aumentan estas infecciones (13,14). Adicional a ello, las edades de las madres predominan entre los 20 y los 35 años donde el nivel de escolaridad preponderantemente alcanzado es la secundaria; por lo cual, ante la presencia de síntomas respiratorios, estas mujeres optaron por no acudir a los servicios de atención médica e implementar remedios caseros y no asistir a servicios médicos. Las cifras revelaron que un 36,5% de las madres desconocen los tratamientos adecuados ante estas circunstancias (15).

El estudio realizado por la Dra. Rodríguez en el 2010, en la población "Consejo Popular Lenin-Albaisa", encontró que al menos el 63,7% de la población no tenía conocimientos sobre las IRA (16) antes de su participación en el estudio. Se encontró, además, que la falta de conocimiento y actualización por parte de los cuidadores está ligado al bajo nivel escolar y estrato socioeconómico. Por lo anterior, se considera que la educación en salud y las tecnologías de la información tienen un rol fundamental en la capacitación de los cuidadores de niños menores de 5 años, en lo que a la detección temprana y tratamiento de la IRA se refiere, para evitar el compromiso de la vida de los menores que presenten síntomas relacionados con esta patología.

## **Método**

Se desarrolló un estudio descriptivo observacional de corte transversal, en el periodo comprendido entre enero y agosto del año 2014; la población objeto de estudio se constituyó por madres comunitarias provenientes de jardines infantiles de Bogotá, la muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico discrecional y estuvo conformada por 100 participantes voluntarios, quienes diligenciaron el consentimiento informado con previo conocimiento acerca de los beneficios y posibles riesgos de la investigación, que de acuerdo con la resolución 008430 de 1993, corresponde a una investigación sin riesgo alguno. Adicionalmente, cumple con los principios éticos de investigación en seres humanos estipulada en la declaración de Helsinki.

La caracterización de la población fue determinada según el nivel de escolaridad, (primaria, bachiller, técnico, tecnológico, profesional, ninguna) número de niños a cargo (5 a 10, de 11 a 15 o más de 15) y capacitaciones sobre IRA en el último año (sí, no). Se aplicó un pre test para determinar el nivel de conocimiento de las madres comunitarias respecto a la IRA. El análisis estadístico se ejecutó mediante el programa SPSS para Windows 13.0.0 (SPSS, Chicago, IL, US).

## Resultados

Se considera que a la pregunta ¿Cuáles son los síntomas más comunes de los menores de 5 años?, en lo que refiere a la infección respiratoria aguda las opciones de respuesta fueron: 0) tos, fiebre, falta de apetito, irritabilidad, secreciones, somnolencia; 1) tos, fiebre, falta de apetito, secreciones, somnolencia; 2) tos, fiebre, falta de apetito, sangrado nasal, secreciones, somnolencia; 3) tos fiebre, falta de apetito, somnolencia, y finalmente, 4) ninguna.

Todas las opciones de respuesta eran válidas, sin embargo, al momento de calificar las opciones de respuesta, se determinó unas categorías debido al grado de acierto, en donde: Bueno (0-1=10%), regular (2-3=5%), malo (4=0%). Como se muestra en la tabla 1, se describe que del 100% (n=100) de la población que presentó el test, con respecto a la pregunta de los síntomas, el 65,3% poseían los conocimientos adecuados sobre los síntomas; por otro lado, el 34,7% presentaron un bajo nivel de conocimiento.

**Tabla 1.** Síntomas.

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	65	65,4%
Regular	34	33,7%
Malo	1	1,0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia. 2016.

Con relación al manejo de la pregunta, ¿piensa usted que debe haber alguna diferencia del manejo de la enfermedad respiratoria aguda en los niños menores de 5 años y los niños mayores de 5 años?, las opciones de respuesta fueron: Sí o NO, determinando la respuesta Sí como la correcta y NO como la incorrecta. Sin embargo, al momento de calificarlas se determinó que SI, debía llevar un mayor porcentaje debido al grado de acierto.

En la tabla 2, se da a conocer el nivel de conocimiento que tienen las madres antes de la capacitación; del 100% del total de las respuestas dentro de la categoría de manejo de IRA por edad de forma "adecuada" fue de 53,5% y en la categoría inadecuada fue del 45,5%, lo que demuestra que para los cuidadores no es claro el concepto del manejo de enfermedad respiratoria aguda en niños menores de 5 años, ni en los mayores de 5 años.

**Tabla 2.** Manejo de IRA de acuerdo con la edad.

Manejo IRA por edad	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	54	53,5%
Inadecuado	45	45,5%
NA	1	1,0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia. 2016.

En cuanto a la pregunta: ¿cuál de estos signos detecta usted, cuando un niño presenta infección respiratoria aguda? Las diferentes opciones de respuesta fueron: 1) respiración rápida, 2) se le hundan las costillas al respirar, 3) ronquido, silbido o quejido en el pecho (al tomar el aire), 4) no quiere comer o beber y vomita todo, 5) fiebre que no cede con medicamentos, 6) decaimiento, 7) irritabilidad, 8) no despierta fácilmente. Al momento de calificarlas, algunas opciones de respuesta presentaron un mayor porcentaje debido al grado de acierto y se logró evidenciar que el mayor porcentaje en cuanto al nivel de conocimiento obtenido en el test fue de 8 respuestas correctas con un 24,8%, lo que da a conocer mediante estos resultados que los cuidadores son capaces de detectar al menos, más de un signo de dificultad respiratoria en los niños.

**Tabla 3.** Signos de dificultad respiratoria.

Signos	Frecuencia	Porcentaje
1 Correcta	10	9,9%
2 Correctas	5	5,0%
3 Correctas	15	14,9%
4 Correctas	10	9,9%
5 Correctas	14	13,9%
6 Correctas	11	10,9%
7 Correctas	10	10,9%
8 Correctas	25	24,8%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia, 2016.

Con respecto a la pregunta: ¿un niño mayor de un año y menor de cinco años, presentan dificultad respiratoria cuándo?, en donde las opciones de respuesta fueron 1) se le hunda la piel entre las costillas, 2) respira más de 40 veces por minuto, 3) hace ruido cuando respira, 4) la piel se le hunde bajo las costillas cuando respira y 5) le aletea la nariz cuando toma aire. Todas las opciones de respuesta eran válidas con un valor cada una de 2 puntos, por lo tanto, el número mayor de correctas refleja el mayor nivel de conocimiento de las cuidadoras y por el contrario el menor número de correctas, refleja el bajo nivel de

conocimiento. Por ende, se observó que los niveles de conocimiento de las cuidadoras correspondían a 5 correctas con un 30,7%, demostrando un nivel de conocimiento óptimo en dificultad respiratoria. Se concluye que estos resultados estuvieron influenciados por diferentes factores externos por parte de las cuidadoras y las educadoras, dentro de los factores que acogen a los cuidadores se puede resaltar, baja comprensión lectora de la pregunta, al ser una opción de múltiples respuestas verdaderas.

**Tabla 4.** Nivel de conocimiento de dificultad respiratoria 1.

Nivel de Conocimiento de Dificultad Respiratoria	Frecuencia	Porcentaje
1 Correcta	16	15,8%
2 Correctas	21	20,8%
3 Correctas	21	20,8%
4 Correctas	12	11,9%
5 Correctas	30	30,7%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia, 2016.

Con relación a la pregunta: ¿en qué momento usted considera que debe ser llevado el menor al servicio de urgencias?, en donde las posibles respuestas eran verdaderas 1) cuando respira rápido y se le hunde la piel entre las costillas (3%), 2) tiene fiebre por más de dos días y respira rápido (3%), 3) se pone morado o muy pálido (2%), 4) es difícil despertarlo (1%), 5) está demasiado irritable y no logra consolarlo (1%), 6) convulsiones (0%). Sin embargo, al momento de la cualificación se le dio mayor valor a preguntas que tienen menor compromiso clínico del niño y por ende menor valor a las preguntas con mayor compromiso clínico. Por lo tanto, se considera que el nivel de conocimiento de los cuidadores es bajo, puesto que la mayoría de las cuidadoras cree oportuno llevar a los niños hasta el momento que presenten una convulsión.

**Tabla 5.** Nivel de conocimiento de dificultad respiratoria 2.

Servicio de Urgencias	Frecuencia	Porcentaje
1	18	17,8%
2	17	16,8%
3	12	11,9%
4	11	10,9%
5	12	12,9%
6	30	29,7%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia, 2016.

Según la pregunta: ¿con respecto al uso de inhaladores es cierto que...?, donde las opciones de respuesta fueron 1) son buenos, pero generan dependencia por eso no los coloca, 2) siempre que el niño tose hay que ponerlos, 3) le hace daño al niño y se acostumbra a ellos, 4) se deben utilizar tal y como indica el médico, 5) ninguna. Al momento de la cualificación se consideró una respuesta verdadera con un valor de 10% que se encontraría en la categoría adecuada, asimismo el resto de preguntas falsas con un valor del 0%, por lo cual se encuentran en la categoría inadecuada. En consecuencia, se observó que el nivel de conocimiento de los cuidadores fue de un 92,1% en la categoría adecuada, mientras que en la inadecuada fue de un 7,9%. Se concluye con este resultado que el nivel de conocimiento de los cuidadores respiratorios, sobre los inhaladores, es adecuado.

**Tabla 6.** Nivel de conocimiento de los inhaladores.

Inhaladores	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	92	92,1%
Inadecuado	8	7,9%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia. 2016.

Respecto a la pregunta relacionada con los pasos para la correcta administración de un inhalador a un niño menor de cinco años son, se observó que el nivel de conocimiento de los cuidadores fue adecuado para el manejo de los inhaladores con un porcentaje de 93,1%. Lo anterior, basado en las respuestas que consistieron en enumerar de forma correcta los pasos necesarios para la administración del inhalador, donde se valoró con 10 a los cuidadores que enumeraron correctamente todos los pasos, y con 0 a los cuidadores que fallaron en el orden. Por lo tanto, se asume que las cuidadoras tienen claro los pasos para la administración de un inhalador en los niños.

**Tabla 7.** Nivel de conocimiento sobre modo de uso de los inhaladores.

Modo uso de inhaladores	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	93	93,1%
Inadecuado	7	6,9%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia. 2016.

Con respecto a la pregunta: ¿cuándo el niño presenta dificultad para respirar, el orden de lo que se debe hacer es...? Se observó que el nivel de conocimiento de los cuidadores se encontraba en un 78,1% en la categoría adecuada, mientras que en la inadecuada se encontró en un 21,8. Lo anterior de acuerdo con la enumeración correcta de los pasos, donde 10 se otorgaba a los cuidadores que tuvieron los pasos de

manera correcta y 0 a los cuidadores que fallaron en el orden. Se concluyó que el nivel de conocimiento es adecuado en los cuidadores respiratorios sobre el protocolo de dificultad respiratoria.

**Tabla 8.** Nivel de conocimiento sobre protocolo de dificultad respiratoria.

Protocolo dificultad respiratoria	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	79	78,1%
Inadecuado	22	21,8%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia. 2016.

De acuerdo con la pregunta ¿acerca del lavado de la inhala cámara, el orden es? Se observó que el nivel de conocimiento de los cuidadores que se encuentran en la categoría adecuada fue de un 93%, mientras que el de la categoría inadecuada fue de 7,9%. La respuesta consistió en enumerar de forma correcta los pasos, por ende, la cualificación se manejó dando un valor de 10 a los cuidadores que acertaron en los pasos para el lavado de la inhala cámara, y de 0 a los cuidadores que fallaron en el orden. Finalmente, se concluyó que los cuidadores respiratorios tienen un buen lavado de la inhala cámara.

**Tabla 9.** Nivel de conocimiento sobre inhalocámara.

Inhalocámara	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	93	92,1%
Inadecuado	8	7,9%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia. 2016.

## Discusión

En general en los tres jardines infantiles que hicieron parte del estudio, se evidenció que el nivel de escolaridad es profesional, aproximadamente cada cuidador tiene a su cargo más de 15 niños entre las edades de 2 a 5 años, quienes durante el año presentan de 2 a 3 eventos de IRA. Las entidades patológicas más comunes son el resfriado común, la otitis y la laringitis, las cuales han requerido de hospitalización. Por otro lado, el Observatorio de Salud Pública de Santander reportó que en 2011 la principal causa de consulta externa en menores de un año fue la IRA, en sus diferentes tipos, con un 19,8%, mientras que en niños entre uno y cuatro años el porcentaje fue de 9,8. Por otra parte, la primera causa de consulta en los servicios de urgencias, en menores de un año, fue la IRA con un 20,8%, y en niños entre uno a cuatro años fue de 10,5%(17). Según los datos arrojados por el estudio, los eventos de Infección Respiratoria Aguda son muy frecuentes en este tipo de instituciones y tienden a empeorar, quizás porque en 2 de los jardines nunca se han realizado capacitaciones relacionadas con la prevención y manejo de la IRA: por esta

razón, el personal a cargo del cuidado de los niños no tiene el conocimiento suficiente para identificar posibles signos y síntomas de alarma, ni para tomar las medidas necesarias que puedan evitar posibles complicaciones.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, para analizar el conocimiento y los núcleos temáticos, se tuvieron en cuenta diversas variables que plasman dichos aspectos, entre las que se encuentran el nivel de conocimiento sobre los síntomas de la patología, las señales de alarma, el manejo adecuado de la IRA según la edad del paciente, la dificultad respiratoria, el momento ideal para acudir al servicio de urgencias, el uso adecuado de inhaladores, el uso y limpieza de la inhala cámara y los métodos utilizados para eventos IRA.

En los tres jardines que hicieron parte del estudio se encontraron resultados similares con respecto al nivel de conocimiento. Las variables síntomas, signos y manejo de IRA por edades e identificación de dificultad respiratoria fueron los aspectos donde los cuidadores presentaron buenos resultados, es decir, había un conocimiento acertado acerca de lo que básicamente se refiere a signos y síntomas de alarma que deben ser identificables, entre los que se mencionan tos, fiebre, falta de apetito, irritabilidad, secreciones y somnolencia, dentro de los síntomas, y respiración rápida, hundimiento de costillas, sibilancias o ronquido, vomito, no querer beber, fiebre, decaimiento y dificultad para despertarse, dentro de los signos.

La diferenciación en el tratamiento según la edad del niño, también fue un factor que facilitó la identificación de dificultad respiratoria en el menor, de igual forma, Ferreira et al manifiesta con respecto a los signos de alarma identificados por padres y cuidadores, que la fiebre y la respiración rápida son los más comunes (7). Así mismo, se describe un alto nivel de conocimiento respecto al uso de inhaladores, su correcta administración, el protocolo a seguir en caso de dificultad respiratoria, y el uso y limpieza de inhala cámara.

Por otra parte, se encontró carencia de conocimiento con respecto a la actuación que se debe tomar cuando un niño presenta eventos de IRA, correlacionado con lo que describe Rodríguez et al. (16). En dichos aspectos se describe una preocupante situación con respecto a los saberes previos del personal, ya que, aunque tienen conocimiento de signos y síntomas de alarma, consideran que el momento donde se hace necesario conducir al niño a los servicios de urgencias es cuando este presente convulsiones. Lo anterior va de la mano con la no administración de inhaladores en los menores, justificada por la supuesta dependencia que estos generan, que combinada con la desatención médica, desembocan en protocolos inadecuados de actuación que empeoran el estado de salud del niño. Tales protocolos se reducen a realizar lavados nasales y controlar la fiebre, de modo tal que se dejan de lado recomendaciones importantes como el aislamiento del paciente, la evaluación de su estado de nutrición, el uso de elementos de protección personal, el lavado adecuado de manos, la vigilancia continua, el uso adecuado del servicio de urgencias y la evasión del hacinamiento, tal y como se estipula en el protocolo de vigilancia de salud pública de IRA (18).

Por otra parte, los resultados del estudio respecto de la carencia de conocimiento sobre la actuación que se debe tomar cuando un niño presenta eventos de IRA, se puede comparar con los resultados de Peker et al. en su publicación titulada *Knowledge, attitude and behavior of mothers related to acute respiratory infections*,

donde describe que previo a la evaluación médica de los infantes, la implementación de una variedad de métodos médicos tanto tradicionales como alternativos tuvo una tasa de 57,4%, la cual se considera alta. A sí mismo, la puntuación promedio de la opinión de las madres acerca del uso de antibióticos para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas se clasificó en la categoría en contra del uso de antibióticos. Adicionalmente, en este estudio también se evidenció que el nivel de conocimiento de los padres sobre de los medicamentos empleados por sus hijos para el tratamiento, eran insuficientes y que la tasa de empleo de antibióticos sin prescripción médica es alta. Por otro lado, aquellos padres en quienes se evidenció ingresos bajos y bajo nivel de educación, el uso de antibióticos fue elevado. Por lo tanto, se puede inferir que los profesionales de la salud están en la obligación de informar acertadamente a los padres sobre los síntomas, el curso y la medicación de la IRA, y que, además, los efectos de la educación en salud sobre el manejo de enfermedades comunes en la población deben ser evaluados con estudios (17).

Es importante analizar por qué si los cuidadores están en la capacidad de identificar fácilmente los signos y síntomas de alarma, no se toman acciones adecuadas que permitan evitar nuevas propagaciones y futuras complicaciones de estas patologías. Por otra parte, cabe resaltar las limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra, las posibles variables respecto al ambiente donde se desarrolló la encuesta, el tiempo para contestar las preguntas y el nivel de comprensión lectora.

## **Conclusiones**

Se concluye que alrededor de la mitad de la población objeto de estudio no había recibido capacitaciones sobre IRA en los últimos años, factor que dificulta tanto su identificación oportuna como la administración de un tratamiento óptimo. La falta de información al respecto evita que se asocien los signos de alarma con el momento oportuno de consulta de un servicio de urgencias, situación que contribuye con el aumento de las complicaciones de la IRA y el riesgo de muerte del paciente.

Si bien los resultados arrojaron que las cuidadoras comunitarias no desconocen del todo la Infección Respiratoria Aguda, es necesario hacer énfasis en los tópicos previamente mencionados. Por otro lado, se evidenció que a pesar que un porcentaje de las madres comunitarias han tenido capacitaciones en el último año sobre cómo manejar la IRA, no se describe una adherencia a las capacitaciones, debido a ello se hace necesario implementar programas inmediatos que capaciten a los cuidadores de los hogares comunitarios, con el fin de adquirir un conocimiento claro y certero del manejo de la infección respiratoria aguda.

## Referencias

1. Min Salud. Indicadores Básicos en salud 2011 [Internet] Ospina M., Martínez M., Pacheco O., Bonilla H. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública protocolo de vigilancia en salud pública infección respiratoria aguda (IRA). Instituto Nacional de Salud. 2016 (mayo).
2. Castellanos E., Domínguez E., Sánchez M., Martínez A., et al. Comportamiento epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en infantes. Granma, 2000-2010. Pronósticos año 2011. *Multimed.* 2013; 17(2).
3. Contreras J., Ramirez P., Rodríguez M., et al. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Universidad de Antioquia. 2014.
4. Garcia R. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Rev. Med. Electrón.* 2010;32(3):1-6.
5. Aguirre E., Céspedes E., Wong R, et al. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *MEDISAN.* 2014;18(11):1490-98.
6. Álvarez M., Castro R., Rodríguez A., et al. Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2008;24(1):1-10.
7. Ferreira E., Báez R., Baldibia B., et al. Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. *Salud pública Mex.* 2013; 55(2).
8. López Y. Portales médicos. [Internet].; 2010 [Citado 10 junio 2016] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2540/1/Incidencia-de-lasinfecciones-respiratorias-agudas-en-ninos-menores-de-cinco-anos.html>.
9. Martínez L., Narváez J., Rúa Z., et al. Caracterización Epidemiológica de Pacientes con Infección Respiratoria Aguda (IRA) en un Hospital de Segundo Nivel en la Región Caribe colombiana. *Ciencia e innovación en salud.* 2014 julio-diciembre; 2(2).
10. Díaz L., Gómez S., Vargas H., et al. Evaluación del impacto presupuestal de una nueva técnica diagnóstica para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria aguda en un laboratorio de referencia en Bogotá, Colombia. *Revista Medicina.* 2016;38(1).
11. Salud OPD. Indicadores Básicos 2011 (Situación de salud en Colombia). 2011.
12. Sánchez L., Arenas R., Beltran P. Aptitud de un grupo de médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Archivos en medicina familiar.* 2008; 10(1).
13. Soto C., Nieto R., Benitez A. Prevención de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas: descripción de la primera experiencia en una población de lactantes prematuros de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista hospitalaria materno infantil.* 2016; 1(1).
14. Barrios J., Russomando G., Espínola E. Diversidad de adenovirus detectados en niños menores de 5 años hospitalizados por infección respiratoria aguda baja en Paraguay, 2010-2013. *Pediatría.* 2016;43(2):115-122.
15. Gómez R., Cruz J., Hernández O., Reyes M. Infecciones respiratorias agudas tratadas en la comunidad. *Revista Archivo Médico de Camagüey.* 2015; 7(1).
16. Rodríguez O., Louzado E., Espíndola A., Rodríguez O. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias

- agudas. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2010 Mayo-Junio; 14(3).
17. García J., Velásquez J., Rugéles C., et al. Etiología viral de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años en las provincias Comunera y García Rovira de Santander. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 2016;48(2):240-45.
  18. Salud INd. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - Infección Respiratoria Aguda. [Internet]; 2011(junio 14) [Citado 10 julio 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/subdireccion-vigilancia/sivigila/protocolos%20sivigila/pro%20infeccion%20res>.
  19. Peker E., Sahin E., Topaloglu N., et al. Knowledge, attitude and behavior of mothers related to acute respiratory infections. Minerva Pediátrica. 2016;68(2):114-20.
  20. Oliveros H. Incidencia y complicaciones de las infecciones respiratorias agudas en niños que asisten a estancias infantiles. Acta Méd. Grupo Ángeles. 2008;6(1):14-22.
  21. Menou J. La alfabetización informacional dentro de las políticas nacionales sobre tecnologías de la información y comunicación (TICS): La cultura de la información, una dimensión ausente. Anales de Documentación. 2004;(7):241-61.
  22. Arciniegas A., Rodríguez C., Pachon J., et al. Estudio de la morbilidad en niños menores a cinco años por enfermedad respiratoria aguda y su relación con la concentración de partículas en una zona industrial de la ciudad de Bogotá. ACTA NOVA. 2006;3(2):145-54.