

112404

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
2002 - 2005

CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADORES SOBRE SIGNOS DE
ALARMA EN ENFERMEDADES NEONATALES Y SUS
FACTORES ASOCIADOS

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
P R E S E N T A :
DRA. LAURA ZERÓN ROMERO

ASESOR: DRA. HORTENSIA REYES MORALES



IMSS

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2005

0342/28



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Vo. Bo.



DRA. OLGA GEORGINA MARTÍNEZ MONTAÑEZ

Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Jefa de División de la Mujer, Hombre y del Adulto Mayor
Coordinación de Programas Integrados de Salud
Unidad de Salud Pública

Vo. Bo.



DRA. HORTENSIA REYES MORALES

Jefa de la Unidad de Investigación Epidemiológica
y en Servicios de Salud

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Zeron Romero

Laura

FECHA: 17/03/2005

FIRMA: [Handwritten Signature]

DEDICATORIAS

A Dios

A mis padres.

Por ser mi ejemplo de lucha.

Jorge y Anel.

Por ser mi fuerza y amor.

A mi esposo Raúl.

Por todo el cariño y apoyo. Te amo.

A mis hermanas.

Por que sin ellas no hubiera alcanzado esta meta.

Dra. Hortensia y a mis profesores

Por su apoyo y enseñanzas.

A todo el personal del Hospital IMSS Oportunidades Metepec, Hgo.

ÍNDICE

I	INTRODUCCIÓN	2
II	PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO	3
III	ANTECEDENTES	5
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V	JUSTIFICACIÓN	10
VI	OBJETIVOS	11
	Objetivo General	
	Objetivos Específicos	
VII	MATERIAL Y MÉTODOS	12
	Diseño	
	Universo de trabajo	
	Población de estudio	
	Criterios de selección	
	Criterios de inclusión	
	Criterios de exclusión	
	Variables de estudio	13
	Variable dependiente	
	Variable independiente	
	Operacionalización de variables	
	Tamaño de muestra	16
VIII	ORGANIZACIÓN GENERAL	17
IX	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	17
X	CONSIDERACIONES ÉTICAS	18
XI	RESULTADOS	19
XII	DISCUSIÓN	23
XIII	CONCLUSIONES	25
XIV	REFERENCIAS	27
XV	ANEXOS	28

RESUMEN

Introducción: Más de 10 millones de niños en países de bajo o mediano ingreso mueren antes de los 5 años anualmente. El riesgo de morir en el primer mes de vida es 15 veces más que cualquier otro mes y 30 veces más alto que durante cualquier mes de edad entre 1 y 5 años.

Objetivo: Determinar el conocimiento de los cuidadores sobre los signos de alarma de enfermedades neonatales y sus factores asociados en un área rural del Estado de Hidalgo.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en la población del área de influencia del Hospital Regional IMSS Oportunidades Metepec Hgo. durante el periodo del 27 septiembre al 30 de noviembre del 2004. Se incluyeron a todos los cuidadores con niños menores de 5 años, que vivieran en las áreas de influencia del Hospital IMSS Oportunidades y que desearan participar y se eliminaron aquellos que no contestara el 80% del cuestionario.

Resultado: Se entrevistaron 217 cuidadores en el total de las localidades. El mayor porcentaje se encontró en la localidad de Metepec 25.3%. El 82.9% de los cuidadores son las madres con una mediana de edad de 28 años (rango 15-45 años), de las cuales el 28.1 tienen secundaria completa, el 90.3% se dedica al hogar, el 95% cuenta con pareja y el 80.2% hasta 3 hijos. En relación con las prácticas en el cuidado general de los niños el 90.3% le cortan al niño las uñas con los dientes, 72.4% proporciona infusiones de manzanilla, 67.7% limpia sus orejas con hisopos de algodón, el 50% limpia sus ojos con aceite o crema, 47.5% coloca objetos el ombligo, 45.2% realiza el baño con hierbas así como 35.5% con alcohol, y el 34% aplica maicena en su piel. Dentro de las costumbres en la comunidad se encontró que el 30% proporciona al pequeño té de diferentes tipos, 27.6% realiza limpiezas, 10.6% acude con el curandero. El 35% (n=76) de las madres refirió que alguno de sus hijos se enfermó durante su primer mes de vida. De estas el 28.2% proporciono manejo en casa (infusiones de manzanilla y ungüentos comerciales "vaporrub" en mayor proporción). Los signos de alarma que identificaron para la búsqueda de atención médica fueron: ponerse morado, respiración rápida, dificultad respiratoria, tiros intercostales, convulsiones y en menor proporción fiebre,. En la población de estudio la presencia de conocimiento insuficiente fue de 62.2% (IC95% 55-69). La edad mayor de 20 años se encontró tener 1.48 veces mas riesgo de conocimiento insuficiente (IC95% 0.52-84.21 p= 0.42), tener menos de tres de hijos tuvo 1.82 veces mas riesgo de conocimiento insuficiente (IC95% 0.82-3.87 p= 0.09), la eliminación de excretas al ras del suelo RMP 5.0 (IC95% 1.19-22.58, p= 0.01), así como no contar con derechohabiencia RMP 1.80 (IC95% 0.92- 3.52, p= 0.06).

Conclusiones: Es importante el aporte en base a las prácticas y costumbres de la comunidad sobre el cuidado general de los niños. Al rechazar la idea de un "niño universal" al que debía dirigirse programas universales. El énfasis en la interpretación de las diferencias, aporta un elemento científico y tecnológico a favor de la descentralización y la programación local.

I. INTRODUCCIÓN

En el ámbito mundial, las tasas globales de mortalidad infantil y preescolar han declinado a través de los años; sin embargo, la tendencia no se distribuye de forma homogénea, y aún existen 49 países cuyas tasas de mortalidad en menores de 5 años (TM<5) se encuentran alrededor de 100 por 1000 nacidos vivos.¹ Anualmente, todavía más de 10 millones de niños en países de bajo o mediano ingreso mueren antes de los 5 años,² y la mayor parte durante el período neonatal (antes de completar 28 días de vida). Publicaciones recientes reportan que el riesgo de morir en el primer mes de vida es 15 veces más elevado que cualquier otro mes durante el primer año y 30 veces más alto que durante cualquier mes de edad entre 1 y 5 años.³ En estos países, muchos de los niños que sobreviven son incapaces de lograr un crecimiento y desarrollo de acuerdo a su potencial, además de la carga de enfermedad y discapacidad que las condiciones desfavorables pueden determinar. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera muerte neonatal todo aquel fallecimiento que sucede durante el período que comienza con el nacimiento y termina hasta los primeros 28 días completos de vida. Se distinguen tres períodos: a) muertes del recién nacido (menos de 24 horas de vida); b) muertes neonatales precoces o tempranas (después del séptimo día de vida); y c) muertes neonatales tardías (después del séptimo día pero antes de los 28 días).

Con el objetivo de compensar la alarmante inequidad que se ha identificado en la salud de los niños, particularmente en países en desarrollo, la OMS en 1995 estableció guías para la atención integral dirigidas a la identificación y manejo de las enfermedades en niños, para ser aplicadas en países en desarrollo; estas guías se han conocido como "Manejo Integral de Enfermedades en Niños" (IMCI). El sustento conceptual de este abordaje es que los niños de países en desarrollo habitualmente padecen más de una condición que afecta a su salud cuando se solicita atención médica. Además, siete de cada diez muertes en niños pueden ser

atribuidas a cinco causas principales: **neumonía, diarrea, malaria, sarampión y desnutrición**. En recién nacidos y niños pequeños, infecciones bacterianas graves, asfixia, prematuridad y malformaciones congénitas encabezan la lista de causas de morbilidad y mortalidad. Por ello, la estrategia integral toma en cuenta una variedad de factores que ponen en riesgo a los niños, asegura tratamientos combinados costo-efectivos para las principales enfermedades, garantiza la referencia a un servicio de salud cuando es necesario, involucra a los cuidadores en el hogar en el proceso del tratamiento, y lo más importante, en la prevención de la enfermedad. El niño es tratado holísticamente más que en términos de una enfermedad o condición particular⁴. Esencialmente, el IMCI es una estrategia dirigida a mejorar las habilidades y conocimientos de las personas, y no está limitada por el uso de alta tecnología médica. Por ello, su éxito descansa principalmente en centros de atención adecuados, con personal bien entrenado, participación de las familias y apoyo comunitario.

Sin embargo, la población, particularmente en las áreas rurales, tiene diversas tradiciones y creencias con profundas raíces acerca de las prácticas de cuidado a los niños y en muchas ocasiones es necesario establecer diferencias en la atención a la enfermedad. Asimismo, en muchas ocasiones los cuidadores y aún el personal de salud pueden no reconocer a niños gravemente enfermos.

II. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Según estimaciones de la OMS y UNICEF en 2002 murieron 7.4 millones de niños menores de un año, 13% del total de muertes en el mundo. De ellos, alrededor de 4 millones (55%) no habían cumplido 28 días de haber nacido. Dentro del período neonatal, tres millones fallecen antes de vivir una semana y 1 millón en las primeras 24 horas. Las estimaciones indican que 98% de estos eventos suceden en países subdesarrollados. De las defunciones neonatales, **una tercera parte se deben a infecciones**, 29% a asfixia y trauma al nacer, 24% prematuridad y 10% a anomalías congénitas.⁵

En América Latina durante el 2001 más de 480,000 niños menores de cinco años murieron. Las enfermedades infecciosas, enfermedades respiratorias y trastornos nutricionales son las causa de 27% de estas muertes.

La neumonía y la diarrea continúan entre las cinco causas principales de muerte en los menores de cinco años. Las enfermedades infecciosas y la desnutrición representan entre el 40% y 70% de las hospitalizaciones respectivamente y el 60% al 80% de las consultas médicas en este mismo grupo.⁶

La tasa de mortalidad entre el nacimiento y exactamente 5 años se estimó del 29/1000 nacidos vivos el año 2001, mientras que la tasa de morir entre el nacimiento y exactamente un año de edad fue de 24/1000 nacidos vivos y la probabilidad de morir entre el nacimiento hasta los 5 años de edad es de 82.7% en el mismo año. El porcentaje niños con bajo peso al nacer fue del 9% entre 1995 al 2001. El escenario existente en México, es que la tasa cruda de natalidad excede a la tasa cruda de mortalidad. Como consecuencia, mayor número de niños tendrán menor acceso a los servicios de salud.⁷

En México las defunciones neonatales equivalen a 5% del total de las defunciones del país. Estimaciones realizadas por la CONAPO en 2002 murieron 44,094 niños menores de un año. De ellos, alrededor de 27,552 (62.5%) no habían cumplido 29 días de haber nacido. Dentro del periodo neonatal, 20,297 fallecen antes de cumplir una semana y alrededor de 9,183 antes de cumplir 24 horas. Dentro de las principales causas de mortalidad destacan las enfermedades originadas en el periodo perinatal, donde se incluye la asfixia 7.1%, el síndrome de dificultad respiratoria 23.8% y las infecciones 13.1% seguida de las malformaciones congénitas 6.1%. El Instituto Nacional de Perinatología, informa una tasa de mortalidad neonatal de 20 y de mortalidad precoz de 19 por 1000 nacidos vivos. En EL estado de Hidalgo la tasa de mortalidad es de 24.3 por 1000 nacidos vivos en menores de un año.⁵

Después del nacimiento, en la mayoría de los países, la atención de los niños pequeños descansa en los padres, en los abuelos o niñeras. Las guías del IMCI dan gran importancia a estos personajes, trabajadores de salud y cuidadores, para reconocer los signos principales de enfermedad oportunamente, con el fin de

responder apropiadamente cuando el niño enferma, para iniciar la cadena de intervenciones apropiadas y/ atención médica.

Se asume que si los cuidadores son capaces de reconocer los signos de alarma de los padecimientos con mayor riesgo de complicarse en edades tempranas y las posibles muertes en los neonatos, entonces existe la probabilidad de solicitar atención médica oportunamente, lo cual impactaría en la disminución de las tasas de mortalidad infantil y neonatal.

III. ANTECEDENTES

En México en 1990 las muertes informadas por diarreas en menores de cinco años representan el 5,2% del total de las defunciones, ocupando el séptimo lugar como causa de muerte. El 63.1% ocurrió en menores de cinco años, con una tasa del 146.3 por 100,000 habitantes, ocupando el segundo lugar como causa de muerte en menores de un año (9,886 defunciones) y el primer lugar en el grupo de uno a cuatro años. Por tal motivo Mota-Hernández y col. Realizaron un estudio transversal durante julio a octubre de 1991, con el objetivo de determinar los patrones de conocimiento y prácticas de los responsables del cuidado de los niños en relación con el manejo de las enfermedades diarreicas. Se seleccionaron once entidades federativas, ocho de estas con tasa de mortalidad altas (Chiapas, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, México, Oaxaca, Tabasco y Veracruz). Jalisco, Nuevo León y Delegación de Iztapalapa se incluyeron por haber desarrollado actividades sobresalientes del programa de prevención de enfermedades diarreicas. Se completaron 28,565 entrevistas, obteniendo información de 15,125 niños menores de cinco años. La tasa de conocimiento adecuado de cuándo referir al médico, varió de 31.0% en el Estado de México a 4.0% en Guanajuato, con una mediana de 12.5%. En relación con las prácticas del uso de líquidos caseros (agua, infusiones y atoles) los estados de Chiapas y Veracruz fueron los que representaron la mayor tasa y la menor se encontró en Nuevo León con un 43.9%.⁸

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) figuran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil en América Latina. En Guatemala, la neumonía es la primera causa de muerte en niños pequeños ocasionando una tercera parte de las consultas ambulatorias en los servicios pediátricos. En una investigación cualitativa que se realizó con el objetivo de estudiar el manejo popular de las IRA en San Juan Comalapa, Chimaltenango, Guatemala, se encontraron los siguientes datos importantes: Las madres atribuyeron las IRAS principalmente al descuido materno, en particular a permitir que los niños les diera aire, a haberlos sacado al frío después de dormir o de bañarse o a no haberlos alimentados bien. Los signos y síntomas más reconocidos fueron: "mucho calor o fiebre alta", "febrículas", "le cuesta jalar el aire", "fatiga", "ruido al respirar", "despacio jala aire", "tos reseca", "tos madura", "hervor de pecho" y "llorar mucho". Los síntomas de gravedad que las madres reconocieron fueron: dejar de comer o mamar, ponerse morados, estar irritable y estar inquieto. El 57% de las madres trataron a sus hijos enfermos en su casa antes de consultar a un proveedor de atención a la salud. Los remedios caseros más comunes fueron las infusiones a base de manzanilla, hoja de hijo, canela, epazote, y hierbabuena, las frotaciones con ungüentos comerciales y los baños de vapor. Los síntomas que más inducían a las madres a buscar atención fueron la tos con un 56%, fatiga 19%, fiebre 16%, hervor de pecho 13% y respiración ruidosa 13%. En general, las madres tardaban de 2 a 3 días en buscar ayuda. Esta demora respondió, en parte, a una subestimación de la gravedad de los síntomas, a la poca disponibilidad de recursos (transporte, medicinas y consultorios privados) y a la esperanza de que el niño tuviera una afección autolimitada.⁹

Una de las causas más frecuentes de enfermedades infantiles en los países en desarrollo son las infecciones respiratorias agudas, que ocasionan 30 a 60% de las consultas pediátricas y 30 a 40% de las hospitalizaciones. En el año 1995 más de tres millones de niños perdieron la vida a causa de neumonía. Existe consenso en que cuando mayores son los conocimientos de las madres sobre IRA, posiblemente relacionados con un mejor nivel socioeconómico y educacional,

mayores son las posibilidades de que tales infecciones sean prevenidas e identificadas correctamente y oportunamente en el seno familiar y de que se instauren medidas preventivas o curativas adecuadas. Roque y col. realizaron un estudio de tipo observacional, en una policlínica de Provincia y en el Servicio de Respiratorio de un Hospital Pediátrico de La Habana Cuba, durante el período de marzo 1995 a enero 1996 para evaluar la relación entre los conocimientos de las madres frente a las IRA y los siguientes factores: nivel educacional, edad, lugar de residencia, ocupación laboral de los servicios de salud, número de hijos y las interacciones entre estas cuatro últimas variables y la primera. La mayoría de las madres que participaron tenían más de 20 años de edad, un máximo de dos hijos, vivían en zonas urbanas y habían alcanzado un nivel preuniversitario o técnico. Los porcentajes de madres con un conocimiento, actitudes y prácticas sobre IRAS (CAP) suficiente en la policlínica y hospital fue de 48 y 19% respectivamente. Se destaca que para este nivel guarda una significativa relación con el nivel educacional, que indica que el aumento de nivel educacional contribuye sustancialmente al incremento de la posibilidad de alcanzar una calificación suficiente (RP 2.2, IC95% 1.41-2.91). Así como el tener dos hijos tuvo 8 veces más conocimiento suficiente (RP 8.1, IC95% 2.56-25.85)¹⁰

En Lima Perú entre junio y agosto del 2000, se realizó un estudio transversal con el principal objetivo de evaluar en las madres el conocimiento, percepción de las causas, habilidad de reconocer los signos y la conducta que tenían con los niños con de neumonía. Se entrevistaron a 501 madres mayores de 18 años que tuvieran un niño menor de 5 años. El 83.6% sabía qué era neumonía, 87,7% consideró que era una enfermedad grave, 58.7% creía que era causada por la falta de cuidado de los padres y solo el 28.9% mencionó que era causado por virus. En relación a el reconocimiento de los signos de neumonía, la respiración rápida en los niños fue del 82.4%, 81% tirsos intercostales y 5.4% no reconocieron la enfermedad. El 94.6% de las madres buscaron ayuda médica.¹¹

En 2001, Sri Lanka, un país en desarrollo, se registró una tasa baja mortalidad en menores de 5 años (19/1000) y de mortalidad infantil (17/1000). Esto motivó a la realización de un estudio por Silva y col. para investigar las prácticas de cuidado al niño enfermo por madres cuidadoras con niños menores de 5 años en un distrito rural de Sri Lanka. De las cinco enfermedades blanco de las guías del IMCI, las infecciones respiratorias agudas (82%) y diarrea (14.8%) fueron las causas más comunes percibidas por las madres que las motivaron a solicitar atención en el 65% de los episodios de enfermedad. Los niños más pequeños en quienes se percibieron los síntomas más severos fueron llevados a atención médica frecuentemente, aunque un gran porcentaje de episodios de bajo riesgo también solicitó la misma atención. La desnutrición es también prevalente pero no fue reconocida como una enfermedad. El estudio concluyó que debido a un alto cuidado de las madres existe baja mortalidad infantil a pesar de la prevalencia de desnutrición.¹²

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La reducción de la mortalidad neonatal depende no solo de la existencia de criterios adecuados para el manejo de los padecimientos que la ocasionan o de los recursos de los que disponen los sistemas de salud para la atención de pacientes, sino de manera muy relevante, de la identificación de la enfermedad y su gravedad por parte de las personas que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de los recién nacidos. A pesar de que la educación a la población es una estrategia bien definida en los programas de salud de las instituciones, la evaluación de su impacto es indispensable. Existen muchos aspectos que pueden afectar la identificación de signos de alarma, así como también la percepción de los mismos es fundamental para la conducta de búsqueda de atención. Este aspecto puede ser crucial sobre todo en el área rural, donde pueden existir situaciones desfavorables para el pronóstico, como la dificultad en el acceso a servicios de salud o las condiciones biológicas desventajosas de los recién nacidos, como el peso bajo al nacer o la prematuridad. Por ello, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el conocimiento de los cuidadores sobre los signos de alarma de enfermedades neonatales graves en un área rural del Estado de Hidalgo?

¿Cuáles son los factores que se relacionan con el conocimiento de los cuidadores de signos alarma en enfermedades neonatales graves?

V. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud más importante de un país, refleja el grado de desarrollo de una nación y el estado de salud de la población.

En México las defunciones neonatales ocupan un lugar importante como problema de salud pública debido al enorme impacto económico y social que esto representa, constituyendo al 5% del total de las defunciones del país; de éstas, una de cada diez suceden en menores de un año, y dos de tres muertes infantiles ocurren antes de los primeros 28 días.

Es conveniente destacar que las defunciones representan el 10% de los internamientos de menores de 28 días y el promedio de estancia hospitalaria es de 6 días, mientras que el resto de la población las defunciones no superan 2% y el promedio de hospitalización es de 3 días.

Se ha documentado en los diversos estudios existen aspectos asociados al conocimiento que deben tomarse en consideración y varían de acuerdo al país, estado o institución hospitalaria que originan que los resultados sean dramáticamente diferentes debido a la dificultad que implica el comparar grupos con diferentes características demográficas, económicas, raza y servicios de salud. Por lo tanto conocer permite plantear políticas y estrategias específicas de salud.

VI. OBJETIVOS

1. Generales

- Determinar el conocimiento de los cuidadores sobre los signos de alarma de enfermedades neonatales graves en un área rural del Estado de Hidalgo.
- Determinar los factores que se relacionan con el conocimiento de los cuidadores sobre los signos alarma en enfermedades neonatales graves.

2. Específicos

- Conocer las prácticas y creencias de los cuidadores con respecto a la atención general del neonato en el hogar (alimentación al seno materno, termorregulación, baño e higiene, cuidado del cordón umbilical y de los ojos, etc.)
- Determinar el conocimiento de los cuidadores relacionados con los signos de enfermedad grave en los neonatos que los llevarían a identificar enfermedad.
- Determinar el conocimiento de los cuidadores con relación a signos de enfermedad grave en los neonatos que los llevarían a solicitar atención
- Determinar si la edad, escolaridad, ocupación, estado civil, antecedentes de número de hijos, características de la vivienda así como pláticas en salud se relacionan con el conocimiento de los cuidadores sobre los signos alarma en enfermedades neonatales graves.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Transversal analítico

Universo de trabajo

Cuidadores rurales del área de influencia del Hospital Regional IMSS Oportunidades Metepec, Hgo.

Tiempo del estudio

27 septiembre al 30 de noviembre del 2004.

Criterios

1.- Inclusión

- Cuidadores con niños menores de 5 años
- Vivan en las áreas de influencia del Hospital IMSS Oportunidades Metepec Hgo.
- Que deseen participar

2.- Exclusión

- Que no se encuentre en su domicilio al momento de la entrevista

3.- Eliminación

- Que no contesten el cuestionario del 80%.

4.-Variables del estudio

Variable Dependiente

Conocimiento de los cuidadores sobre signos de alarma en enfermedades neonatales graves.

Conocimiento: Como aquellos personas responsables del cuidado de los niños que sean capaces de identificar los signos de gravedad basados en los criterios IMCI para la búsqueda de atención médica.

Escala Cualitativa Nominal

Indicador:

1. Suficiente
2. Insuficiente

Operacionalización Se conformó el indicador (alfa de Cronbach .95) por medio de la conjunción de los ítems de la pregunta 21(2,7,10,11,12,13,16,20,22,30,36,37,40) basados en los criterios del IMCI, que consisten en la identificación de los siguientes signos de gravedad como son: que el niño no puede tomar o succionar, ponerse más enfermo a pesar de los cuidados en casa, fiebre, respiración rápida, dificultad respiratoria, evacuaciones con sangre y que el niño beba poco. Se consideró suficiente cuando cada una de las preguntas se contesto como acudir al servicio de urgencias e insuficiente cuando refiere ir al servicio de consulta o citas médicas.

Variables Independientes

Cuidador, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, antecedentes de número de hijos vivos y muertos, nivel socioeconómico, y haber recibido educación en el programa de atención al niño (pláticas en salud).

Cuidador: Son las personas responsables del cuidado en la atención de los niños menores de 5 años de edad.

Escala: Cualitativa, Nominal

Indicador:

1. Madre
2. Abuela
3. Padre
4. Otros

Operacionalización: Se preguntó a través del cuestionario para identificar al responsable del cuidado en la atención diaria de los pequeños.

Edad: Lapso cronológico que transcurre desde el nacimiento hasta el momento del estudio.

Escala: Cuantitativa Razón

Indicador: Años

Operacionalización: Dato obtenido por interrogatorio indirecto que indicó el cuidador del niño al momento de la entrevista.

Escolaridad: Años de escolaridad alcanzados.

Escala: Cualitativa Nominal

Indicador: 1.Ninguna, 2.Primaria, 3.Secundaria, 4.Preparatoria, 5.Licenciatura
9.No sabe

Operacionalización: Número de años de estudios cursados por el responsable del cuidado del niño obtenidos por el interrogatorio directo al momento de la entrevista.

Ocupación: Actividad laboral principal que el cuidador desempeña dentro o fuera de casa

Escala Cualitativa Nominal

Indicador: 1.Hogar, 2.Campesino, 3.Artesano, 4.Comerciante, 5.Servicios, 6.Obreros, 7.Empleado, 8.Estudiante, 10.Desempleado, 9.No sabe

Operacionalización: Dato obtenido por interrogatorio directo al responsable del niño.

Estado civil: Condición civil de los cuidadores.

Escala: Cualitativa Nominal

Indicador:

1. Casada
2. Unión libre
3. Madre soltera
4. Madre separada

Operacionalización: Dato obtenido por interrogatorio directo

Número de hijos vivos: La cantidad de hijos nacidos que en el momento de la entrevista estén vivos menores de 5 años.

Escala: Cuantitativa, Discreta

Indicador: Número

Operacionalización: Dato obtenido por interrogatorio directo

Número de hijos muertos: La cantidad de hijos nacidos que en el momento de la entrevista refirieron haber muerto durante el primer año de vida.

Escala: Cuantitativa, Discreta

Indicador: Numérica

Operacionalización: Dato obtenido por interrogatorio directo

Hacinamiento: Como el número de personas entre el número de cuartos para dormir en la vivienda.

Escala: Cualitativa nominal

Indicador:

1. Hacinamiento
2. No hacinado

Operacionalización: Se conformo por el número de habitantes de la vivienda entre el número de cuartos para dormir. Definió como hacinamiento la presencia de mas de 2 personas por cuarto para dormir.

5.- Tamaño de la muestra

Tamaño mínimo de muestra sé cálculo de acuerdo con la fórmula de casos y controles no pareados propuesto por Schlesselman¹³.

$$n = \frac{Z_{\alpha} \sqrt{2pq} + z_{\beta} \sqrt{p_1 q_1 + p_0 q_0}}{(P_1 - P_0)^2}$$

$$p_1 = p_0 R / [1 + p_0(R-1)] \quad p = .1/2 (p_1 + p_0)$$

$$q_1 = 1 - p_1 \quad q = 1 - p$$

$$q_0 = 1 - p_0$$

$$z_{\alpha} = 1.64$$

Nivel de confianza =90%

$$Z_{\beta} = 0.84$$

Potencia =80%

R= 2.2 riesgo mínimo¹⁰

p₀= .20 proporción de exposición entre el grupo control

n= 108 por grupo

6.- Tipo de muestreo

No hubo muestreo. Se seleccionaron a toda la población de las áreas de influencia del Hospital Rural IMSS Oportunidades. Se visitó casa por casa a las familias con niños menores de 5 años, en las que se entrevistó al cuidador principal.

VIII. ORGANIZACIÓN GENERAL

Previa autorización por el Comité de Investigación, se entrevistó a las autoridades hospitalarias para permitir la realización del estudio, una vez autorizado este se solicitó la lista de las comunidades del área de influencia así como de los censos nominales para obtener los datos del número de niños menores de cinco años en cada comunidad y determinar el procedimiento de realización de las entrevistas. Posterior a la determinación de las prácticas y percepciones significativas a través de una prueba piloto, se diseñó un cuestionario estructurado para identificar las preguntas que son reconocidas y consideradas por los cuidadores como importantes. Se contactó por medio del personal de enfermería y por parte del investigador a los cuidadores para realizar las entrevistas en cada una de las comunidades apoyándonos con el promotor de salud o personal educativo (profesores de preescolar). Se les explicó el objetivo del estudio y solicitó su autorización de forma verbal para la aplicación del cuestionario. Una vez realizado esto, se revisó los cuestionarios para identificar errores en las respuestas, en caso positivo, se interrogó a la persona entrevistada. Se analizaron los resultados en cada una de las variables.

IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis univariado

Se efectuó descripción cualitativa detallada de las prácticas y costumbres en la familia sobre el cuidado general en los neonatos y el conocimiento de signos de enfermedad en neonatos que permitiera la identificación y búsqueda de atención médica, así como análisis descriptivo con frecuencias simples y distribución porcentual de las características sociodemográficas en los sujetos de estudio.

Análisis Bivariado

Se realizó Razón de Momios de Prevalencia como medida de efecto entre las variables con intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}). La prueba estadística que se utilizó fue la ji cuadrada de Mantel Haenzel y se obtuvo el valor exacto de P considerando la hipótesis de no-asociación entre la variable dependiente y las independientes. La edad se categorizó en menor de 20 años y más de 21 años, en cuanto a escolaridad se dicotomizó como escolaridad baja aquellos cuidadores con analfabetismo y primaria incompleta vs escolaridad alta aquellos con primaria completa y más. En el número de hijos se dicotomizó en aquellos con menores de 3 hijos y más de cuatro años para su análisis. El análisis se realizó en el programa SPSS 10.0 y Stata 8.

Análisis multivariado

Se aplicó regresión logística para evaluar la importancia relativa de la edad de la madre, número de hijos, estado civil, nivel educación y características de la vivienda con la interacción del conocimiento insuficiente sobre los signos de alarma de enfermedades neonatales graves.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo 1, artículo 17, se considera esta investigación como riesgo mínimo ya que en ningún momento se ve amenazada la integridad física de los pacientes, razón por la que no se requiere consentimiento firmado y por escrito, solo invitándolos a participar en forma verbal previa explicación, los resultados de la información se proporcionarían al responsable del programa para valoración y cambios pertinentes en el mayor porcentaje de diagnósticos con una mejor calidad.

XI. RESULTADOS

Análisis univariado

Se entrevistaron 217 cuidadores en el total de las localidades. Los mayores porcentajes de los cuidadores de los menores de cinco años entrevistados estuvieron concentrados en las siguientes localidades Metepec 25.3%, Cruz de Tenango, 18% Palo Gacho 14.3%, Tortugas 11.5%, Temascalillo 11.1% Majadillas 9.7% y 10.1% en otros. Se encontró que el 82.9% de los cuidadores son sus propias madres con una mediana de edad fue de 28 (rango 15-45 años). Con menor frecuencia, 12% las abuelas, 2.8% papás y 2.3% otros. Tabla No1.

Al indagar sobre las características sociodemográficas de los cuidadores (mamás) se encontró que para el nivel educativo 7.4% fueron analfabetas, 16.1% con primaria incompleta, 36.9% primaria completa, 14.1% secundaria incompleta, 28.1% secundaria completa, 5.1% preparatoria y solo 2.3 con licenciatura. Con relación a la ocupación, la mayoría de las madres 90.3% se dedican al hogar y el 95% con pareja. Tabla 2.

Acerca del número de hijos vivos menores de 5 años en el momento de la entrevista el 80.2% hasta 3 hijos y el 19.8% de 4 a 9 hijos. Ninguno de los entrevistados refirió tener antecedentes de un hijo muerto menor de un año.

Con relación a las características de la vivienda en cuanto a: el material de piso predominante 77.9% fue de cemento; el abastecimiento del agua potable más del 85% se encuentra en su vivienda; la disposición de excreta 49.8% dispone de letrina y 65.4% vive en hacinamiento. Tabla No.3

Con respecto a las prácticas y costumbres de los cuidados generales en los neonatos, el 90.3% le corta al niño las uñas con los dientes, 72.4% proporciona infusiones de manzanilla, 67.7% limpia sus orejas con hisopos de algodón, 47.5% coloca en su ombligo objetos como monedas, tomates asados, violeta, algodón,

telas, etc., 50% limpia sus ojos con aceite, 45.2% realiza el baño con hierbas, así como el 35.5% lo baña con alcohol y el 34% aplica maicena en su piel. En cuanto a la alimentación por seno materno el 94.9% refiere solo proporcionar cuando el pequeño tiene hambre. Dentro de las costumbres que en la comunidad consideran buenas en los niños se encontró que el 30% proporcionan al pequeño té de diferentes tipos (manzanilla, canela, hierbabuena, canela, toronjil, anís de estrellas, hierba blanca, eucalipto etc.), el 27.6% realiza limpiezas con hierbas, huevo, etc., 10.6% acuden con el curandero para sobarlos o curarlos de torcidos y el 9.7% los bañan con alcohol o alguna hierba y el 12.4% refieren no tiene ninguna creencia. Figura No.1 y 2

El 35% (n=76) de las madres mencionaron que alguno de sus hijos se enfermó durante su primer mes de vida. Las infecciones predominantes fueron las vías respiratorias altas con 32.9%, bronquitis y para neumonía 13.2%, 11.8% cólicos intestinales, 6.6% reflujo y 3.9% diarreas. El 10.1% de las madres trataron a sus hijos enfermos en su casa antes de consultar a un proveedor de atención a la salud, 28.2% les proporcionaron infusiones de manzanilla y 18.2% le aplicaron ungüentos comerciales" vaporrub".

Los signos de alarma que identificaron para la búsqueda de atención médica fueron: ponerse morado, respiración rápida, dificultad para respirar, tiros intercostales, convulsiones, con más del 95%; y menor proporción piel moteada, respiración lenta, voltear los ojos hacia arriba, evacuaciones líquidas, frecuentes o con sangre, fiebre y el llorar mucho.

En cuanto a las pláticas sobre educación a la salud en el último año se impartieron 56.2% (122); de ellas, 33.6% asistió la población en número de tres, 32.8% de 4-7, 21.3% más de 8 y el 12.3 no recuerda. De éstas 45.1% se llevaron a cabo en la comunidad, 43.4% en Clínica de Salud o Centro de Salud, 7.4% en el Hospital y 4.1% en otros (escuela). Los temas que se impartieron con mayor proporción fueron: 19.7% cuidados generales, 15.6% alimentación, 11.5% Suero vida oral,

9.8% alimentación al seno materno, 7.4% higiene, 4.1% prevención de enfermedades, 3.3% deshidratación, 2.5% gripas y 26.1% otros. Tabla No 4

En la población de estudio la presencia de un conocimiento suficiente fue de 40.6% (IC95% 34-47) en los responsables de niños menores de cinco años mientras que el conocimiento insuficiente fue de un 59.4%(IC95% 53-64). El conocimiento suficiente en las mamás fue 37.8%(IC95% 31-45).No se observó alguna diferencia entre los cuidadores con respecto al conocimiento ($p=.54$). Así como el número de pláticas impartidas para adquirir un conocimiento suficiente ($p=0.75$)

Análisis bivariado

Mediante razón de momios de prevalencia (RMP) mostró que existe asociación entre algunas variables causales con el conocimiento insuficiente de los cuidadores, aunque los intervalos de confianza fueron imprecisos en su mayoría, y no se logró significancia estadística.

En relación con el grupo de edad se observó que las mamás mayores de 20 años tiene 1.48 veces más de riesgo conocimiento insuficiente (IC95% .52-4.21 $p=0.42$) comparadas con las de menor edad.

En cuanto a la escolaridad baja fue protector para conocimiento insuficiente RMP0.61 (IC95% 0.18-2.07 $p=0.37$) es decir tiene un mayor conocimiento suficiente en comparación con la escolaridad alta.

Cuando se analizó por el número de hijos se observó que el tener 3 y menos tiene casi dos veces más riesgo de conocimiento insuficiente RMP 1.82 (IC95% .82-3.87 $p=0.09$) en comparación con aquellos cuidadores que tienen cuatro y más hijos.

De acuerdo con el estado civil estar con pareja tuvo RMP de 1.19 (IC95% .62-2.29 $p=0.57$), es decir, el conocimiento suficiente es mayor en los cuidadores que no cuentan con una pareja.

Con respecto a las características de la vivienda se encontró: que tener piso de tierra el riesgo de conocimiento insuficiente: RM 1.55 (IC95% .55-4.47, $p= 0.36$) en comparación con aquellos que cuenta con piso de cemento; la eliminación de excretas al ras del suelo RM de 5.0 (IC95% 1.19-22.58 $p=0.01$) y a través de fosa séptica tuvo RM de 1.13 (IC95% .36-3.52 $p=0.82$) para conocimiento insuficiente comparados con aquellos que tienen red pública.

Cuanto se comparo el abastecimiento de agua fuera de la vivienda RMP 1.51 (IC95% .52-4.4 $p=0.40$) veces de conocimiento insuficiente en comparación con aquellos con abastecimiento dentro de su vivienda. Tabla 5

Se observo que las mamás que no cuentan con derechohabencia tiene casi dos veces más de riesgo conocimiento insuficiente RMP 1.80 (IC95% .92-3.52 $p=0.06$) comparadas con los oportunhabientes.

Análisis multivariado

Se realizó un primer modelo saturado de análisis de regresión logística con las variables edad, escolaridad, estado civil, y número de hijos de los cuidadores, se observa que existe una asociación en las madres con menos de tres hijos hasta 1.8% riesgo de presentar un conocimiento insuficiente ($p=0.13$) así como el tener contar con piso de tierra 1.5 veces de riesgo de presentar conocimiento insuficiente ($p= 0.33$). En el modelo parsimonioso el riesgo en las madres menos de tres hijos aumento el hasta dos veces mas para conocimiento insuficiente (IC95% 1.0-4.05 $p=0.04$) Este modelo explica la ocurrencia del evento con un valor de p para el modelo de 0.22 Tabla no.6

XII. DISCUSIÓN

La población estudiada se localiza al norte del Estado de Hidalgo,. Tiene una población de 10,200 habitantes de los cuales 4,870 son hombres y 5,330 son mujeres, su densidad de población es de 53 habitantes por Km². El crecimiento anual de la población es de 0.19% y se encuentra concentrada entre las edades más jóvenes de 0-14. El 98% practica la religión católica. La educación básica que se imparte es preescolar, la primaria, secundaria y bachillerato. El 1.2% de la población habla lengua indígena (otomí y náhuatl) y el 90% de la población esta alfabetizada.

En la cabecera municipal como algunas comunidades cuenta con agua entubada dentro de las viviendas, 78% energía eléctrica, además de, servicio de seguridad pública y transporte recolector de basura. En cuanto a la accesibilidad, la comunidad más lejana esta a 50mim, 9 de sus localidades tienen acceso mediante terrecería y solo la localidad sede tiene vía pavimentada. Cuenta con un Hospital Rural IMSS Solidaridad desde 1984 y posteriormente cambia de nombre en 2002 a IMSS-Oportunidades, Centro de Salud SSA y una Unidad Medica Rural IMSS. Se observo que la cabecera municipal es donde posee con una mayor estructura de los servicios básicos tanto de públicos como de salud, y la mayoría de sus localidades los servicios son deficientes. Cabe destacar IMSS Oportunidades esta en vigor en cuanto a programas de acción en promoción y educación para la salud desde hace 20 años.

En el presente trabajo se observaron aspectos interesantes relacionados con la percepción y prácticas de los cuidadores. Todas las madres incluidas se observó que realizan algunas prácticas benéficas e inocuas (infusiones de manzanilla y bañarlos con alguna hierba), sin embargo, existe otras prácticas perjudiciales para el cuidado del menor (realizarle limpias, acudir con el curandero y baños con alcohol), que pueden representar riesgos de complicación. No se puede desconocer que muchas de las costumbres son el resultado de la cultura y de las creencias tradicionales y es más homogénea en las áreas rurales.

Las madres mostraron un 37.8% de conocimiento suficiente menor que en lo encontrado por Galvez¹¹, a pesar que las comunidades son de fácil accesos, se han realizado actividades permanentes dentro del programa de promoción de la salud y las mamás son probablemente las que más acuden a los servicios de salud.

El conocimiento de los signos de alarma no fue del todo favorable por lo tanto, la madre debe estar siempre vigilante en la aparición de cualquier signo de gravedad para búsqueda rápida de asistencia médica, pues las infecciones en los menores de 5 años son más severas, por la falta de madurez anatómica e inmunológica.

La variable que tuvo la influencia mas marcada para el conocimiento insuficiente fue las mamás con tres hijos o menos para el conocimiento insuficiente contraria a observado por Roque¹⁰, debida probablemente que a menor número de hijos menor experiencia.

El contar con piso de tierra aunado a las condiciones de pobreza se asoció con conocimiento insuficiente a pesar que los intervalos de confianza no son precisos, probablemente por el tamaño de muestra menor a lo calculado para un riesgo mayor de 2.2.

Llama la atención que la escolaridad baja se asocio con un conocimiento suficiente contrario a lo encontrado¹⁰ probablemente que el nivel educacional obre como una variable confusora y que las mujeres menos instruidas tengan mayor numero de hijos por lo tanto mayor conocimiento.

XIII CONCLUSIONES

El conocimiento suficiente que se presentó en los cuidadores en Metepec Hgo. Fue bajo, estando relacionado con las condiciones culturales y desarrollo socioeconómico de la región.

Fortalecer la utilización de los manejos caseros benéficos para el cuidado de los pequeños con la instrucción a las madres sobre otras medidas adecuadas y la información correcta acerca de los peligros de la salud en el menor.

El contar con derecho alguna institución constituye uno de los aspectos más importantes para el manejo de los niños menores de años, deberá ser considerado por los responsables del programa de educación a la población, para reforzar la capacitación toda la población.

Las condiciones de pobreza representan sin duda una situación para tener un conocimiento insuficiente en cuanto al manejo e identificación de los problemas de salud en los pequeños.

Si bien es indudable que de los servicios de salud no pueden modificar las condiciones de pobreza, sí le resulta factible aumentar el grado de conocimiento a través de charlas educativas que puedan impartirse durante la espera de la madre en una consulta de atención primaria o en el peor de los casos durante su permanencia en una sala de hospitalización.

Ya que la educación de los cuidadores influye en la mortalidad y la salud de la familia mediante diversos mecanismos, como el permitir mayor acceso a la información, desarrollar sus capacidades para reconocer los síntomas y signos que requieran atención médica urgente, por lo que no solo es necesaria la educación formal, sino también conocer los conceptos básicos de educación para la Salud.

Es importante el aporte en base a las prácticas y costumbres de la comunidad sobre el cuidado general de los niños. Al rechazar la idea de un “niño universal” al que debían dirigirse programas universales. El enfatizar las diferencias, aporta un elemento científico y tecnológico a favor de la descentralización y la programación local.

XIV. REFERENCIAS

1. State of the World's Children 2003. UNICEF Publication.
2. IMCI. Model Chapter for Textbooks. WHO document. 2001 page 1
3. State of the World's Newborns 2001. Save the Children publication.
4. Op. Cit. WHO. Pag.2
5. Mortalidad neonatal. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2004; 61(4): 275-279
6. Organización Panamericana de la Salud Programa Especial de Análisis en Salud (OPS/SHA) y Programa de Enfermedades Transmisibles (OPS/HCP/HCT), 2001.
7. Fuente: State of the World's Children 2003. UNICEF.
8. Mota-Hernández F, Tapia-Conyer CW, Franco A, Gómez-Ugalde J, Welti C, *et al.* Manejo de la enfermedad diarreica en el hogar en algunas regiones de México. Bol Med Hosp Infant Mex. 1993; 50(6):367-74. Gupta R, Sachdev HP, Shah D,
9. Sáez. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala. Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health 1997;1(4):259-64
10. Roque VA, Canalejo HM. Nivel educacional de las madres y conocimiento, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health 1999;6(6):400-6
- 11 Galvez CA, Modeste N, Lee JW, Betancourt H, Wilkins RL. "Peruvian mothers knowledge and recognition of pneumonia in children under 5 years of age". Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health 2002; 11(2):99-107
12. Amarasiri de Silva MW, Wijekoon A, Hornik R, Martines J, "Care seeking in Sri Lanka: one possible explanation for low childhood mortality". Social Science in Medicine. 2001 November; 53(10): 1363-72
13. Schlesselman JJ. Case-Control Studies. Oxford 1982.pp. 144

XV. ANEXOS

Tabla 1. Características Demográficas de la población en estudio en la comunidad rural de Metepec Hgo.

Variables	Número (n=217)	%
Cuidador		
Mamá	180	82.9
Abuela	26	12.0
Papá	6	2.8
Otros	5	2.3
Localidad		
Metepec	55	25.3
Cruz de Tenango	39	18.0
Palo Gacho	31	14.3
Tortugas	25	11.5
Temascalillo	24	11.1
Majadillas	21	9.7
Otros	22	10.1
Derechohabiencia		
Ninguno	124	57.1
IMSS Oportunidades	86	39.6
Otros	4	1.8
IMSS Ordinario	3	1.4

Tabla 2. Características Demográficas de los cuidadores en la población de estudio en la comunidad rural de Metepec Hgo.

Variable	Madre (n=217)	
Edad Mediana (años)	28	
Mínimo	15	
Máximo	45	
Estado civil	No.	%
Unión libre	107	49.5
Casados	99	45.5
Madre soltera o separada	11	5.0
Escolaridad		
Analfabeta	16	7.4
Primaria Incompleta	35	16.1
Primaria completa	80	36.9
Sec. Incompleta	9	4.1
Sec. Completa	61	28.1
Preparatoria	11	5.1
Licenciatura	5	2.3
Ocupación		
Hogar	196	90.3
Empleada	8	3.7
Obrera	4	1.8
Comerciante	3	1.4
Campesino	3	1.4
Otros	3	1.4

Tabla 3.- Características de la vivienda en la población en estudio en la comunidad rural de Metepec Hgo.

Variables	n= 217	%
Hacinamiento		
Sí	142	65.4
No	75	34.6
Abastecimiento de agua		
Agua fuera de la vivienda	110	50.7
Agua dentro de la vivienda	76	35.0
Pozo	19	8.8
Llave pública	5	2.3
Otros	7	3.2
Manejo de Excretas		
Letrina	108	49.8
Red pública	59	27.2
Fosa séptica	31	14.2
Ras de suelo	19	8.8
Piso		
Cemento	169	77.9
Tierra	26	12.0
Mosaico – Madera	22	10.1

Figura No.1.Distribución porcentual de las prácticas de los cuidadores de niños menores de 5 años Metepec Hgo.

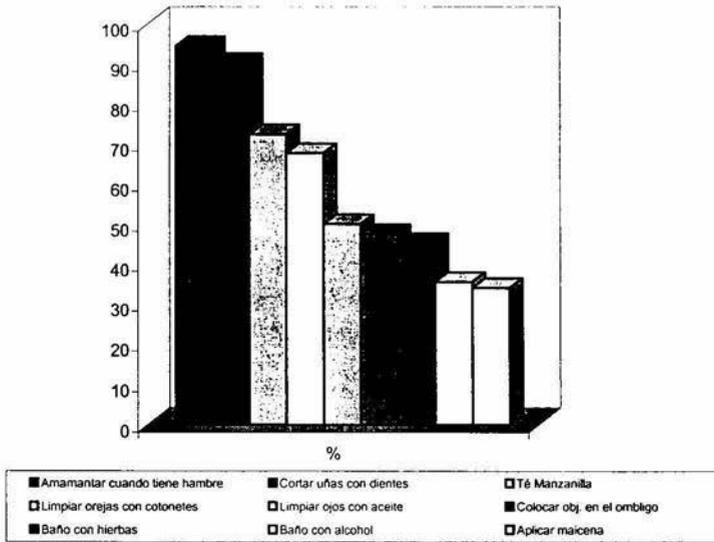


Figura No.2.Distribución porcentual de las costumbres de los cuidadores de niños menores de 5 años Metepec Hgo.

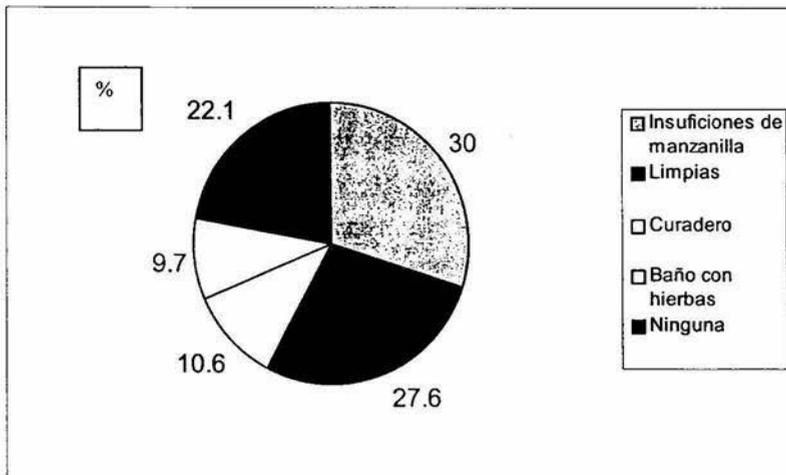


Tabla No.4.- Características de la población en estudio sobre educación a la salud en la comunidad rural de Metepec Hgo.

Variables	No.	%
Pláticas en el último año	122	56.7
Número de pláticas en el último año		
1-3	41	33.6
4-7	40	32.8
>8	26	21.3
No recuerda	15	12.3
Lugar donde recibió las pláticas		
Comunidad	55	45.1
Clínica o CS	53	43.4
Hospital	9	7.4
Otros (escuela)	5	4.1
Tipos de pláticas recibidas en él último año		
Cuidados generales	24	19.7
Alimentación	19	15.6
Suero vida oral	14	11.5
Alimentación con seno materno	12	9.8
Higiene	9	7.4
Como prevenir enfermedades	5	4.1
Deshidratación	4	3.3
Gripas	3	2.5
Otros	32	26.1

Tabla 5.- Razón de Momios Prevalencia de los principales factores de riesgo para conocimiento insuficiente sobre enfermedades graves en los neonatos en la comunidad rural de Metepec Hgo.

VARIABLES	RM ¹	X ² _{MH} [*]	IC _{95%} ^{**}	P ²
Mayores de 20 años	1.48	0.64	.52-4.21	0.42
Escolaridad baja	0.61	0.79	0.18-2.07	0.37
Número de hijos <3	1.82	2.83	0.82-3.87	0.09
Casada	1.19	0.32	0.62-2.29	0.57
Abastecimiento de agua fuera de la casa	1.51	0.70	0.52-4.4	0.40
Piso de tierra	1.55	0.82	0.55-4.47	0.36
Ras del suelo	5.0	6.49	1.19-22.58	0.01
Sin Derechohabienencia	1.80	3.50	0.92-3.52	0.06

¹ Razón de momios

^{*} Ji cuadrada de Mantel-Haenzel

^{**} Intervalo de Confianza al 95%

² Valor de P

Tabla No.6.- Análisis de regresión logística del conocimiento insuficiente de las características sociodemográficas en los cuidadores en Metepec Hgo.

Variable	Modelo completo			Modelo parsimonioso		
	RM*	IC 95%**	P***	RM*	IC 95%**	P***
Escolaridad baja	.83	.41-1.68	0.60			
Sin derechohabiencia	1.13	.61-2.10	0.68			
Casado	.56	.15-2.13	0.40	.58	0.16-.18	0.4
Menores de 20 años	.45	.18-1.12	0.08	0.47	.19-1.14	0.09
< 3 hijos	1.78	.84-3.8	0.13	2.01	1.05-4.0	0.05
Piso de tierra	1.59	.63-4.0	0.33	1.5	.60-3.5	0.4
Abastecimiento de agua fuera de casa	1.24	.81-1.89	0.32			
Ras del suelo	1.24	.42-3.6	0.7			
Hacinamiento	.79	.43-1.45	0.45			
Número de platicas	1.17	.64-2.13	0.59			

* Razón de momios

** Intervalo de Confianza al 95%

*** Valor de $P < .05$

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD, CMN SIGLO XXI
Proyecto de Investigación: Conocimiento de los cuidadores sobre signos de alarma de enfermedades neonatales y sus factores asociados.
CUESTIONARIO PARA CUIDADORES

Identificación Número de folio
Nombre _____
Parentesco del cuidador (La persona que pasa más tiempo con el niño)
(1) Madre, 2) Padre, 3) Abuelo(a), 4) Hermano (a), 5) Otro (especificar) _____
Domicilio _____
Localidad _____

Datos generales

	Madre	Padre
1. Edad (años cumplidos)		
2. Escolaridad <input type="checkbox"/>	1 Ninguna <input type="checkbox"/> 2 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 4 Preparatoria <input type="checkbox"/> 5 Licenciatura <input type="checkbox"/> 9 No sabe <input type="checkbox"/>	1 Ninguna <input type="checkbox"/> 2 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 4 Preparatoria <input type="checkbox"/> 5 Licenciatura <input type="checkbox"/> 9 No sabe <input type="checkbox"/>
3. Ocupación <input type="checkbox"/>	1 Hogar <input type="checkbox"/> 2 Campesino <input type="checkbox"/> 3 Artesano <input type="checkbox"/> 4 Comerciante <input type="checkbox"/> 5 Servicios <input type="checkbox"/> 6 Obreros <input type="checkbox"/> 7 Empleado <input type="checkbox"/> 8 Estudiante <input type="checkbox"/> 10 Desempleado <input type="text"/> <input type="text"/> 9 No sabe <input type="checkbox"/>	1 Hogar <input type="checkbox"/> 2 Campesino <input type="checkbox"/> 3 Artesano <input type="checkbox"/> 4 Comerciante <input type="checkbox"/> 5 Servicios <input type="checkbox"/> 6 Obreros <input type="checkbox"/> 7 Empleado <input type="checkbox"/> 8 Estudiante <input type="checkbox"/> 10 Desempleado <input type="text"/> <input type="text"/> 9 No sabe <input type="checkbox"/>

4. Estado Civil de la madre
 1) Casada, 2) Unión libre, 3) Separada, 4) Madre soltera

5. Derechohabencia
 1) IMSS ordinario 2) IMSS Oportunidades 3) Ninguna 4) Otros (especificar) _____

Antecedentes obstétricos

6. Número de embarazos _____

7. Número De Hijos Nacidos Vivos _____ Numero de hijos muertos _____
 Causas _____

8. Sitio Donde Se Atendió El Último Parto
 1. Domicilio, 2) Casa de la partera, 3) Centro de salud o Unidad Rural, 4) Hospital rural, 5) Consultorio o clínica particular

Cuidado del niño recién nacido

9. ¿cómo acostumbra su familia cuidar al recién nacido?

Instrucciones para la siguiente sección: lea textualmente la pregunta y respuestas al entrevistado y anote en el recuadro el no. 1 en caso de ser si y 2 si la respuesta es no

10. ¿Cuáles de las siguientes condiciones de la madre harían pensar a usted que el niño puede nacer enfermo?

- | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Corajes, sustos o problemas familiares | <input type="checkbox"/> | 11. Caídas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Problemas de salud | <input type="checkbox"/> | 12. Anemia o palidez | <input type="checkbox"/> |
| 3. Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> | 13. No vacunarse | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mala nutrición | <input type="checkbox"/> | 14. Presión alta | <input type="checkbox"/> |
| 5. Que tome alcohol | <input type="checkbox"/> | 15. Azúcar alta | <input type="checkbox"/> |
| 6. Que fume | <input type="checkbox"/> | 16. Tos | <input type="checkbox"/> |
| 7. Drogas/medicinas sin receta | <input type="checkbox"/> | 17. Sangrado en el embarazo | <input type="checkbox"/> |
| 8. Debilidad | <input type="checkbox"/> | 18. Pies hinchados | <input type="checkbox"/> |
| 9. Esfuerzos o trabajo pesado en el embarazo | <input type="checkbox"/> | 19. Comer cosas crudas | <input type="checkbox"/> |
| 10. No ir a control del embarazo | <input type="checkbox"/> | | |
| 20. Otro | <hr/> | | |

11. Durante el embarazo, ¿Qué podría hacer la madre para evitar tener un niño enfermo?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Alimentarse bien | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> |
| 3. No tomar ni fumar | <input type="checkbox"/> |
| 4. No tomar mucha sal | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ir a control a la clínica desde el primer mes | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hacerse análisis | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ir a que la soben | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ponerse una cruz de alfileres | <input type="checkbox"/> |
| 9. No andar fajada | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tomar los medicamentos que le receten | <input type="checkbox"/> |
| 11. No levantar cosas pesadas | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ponerse la vacuna del tétanos | <input type="checkbox"/> |
| 13. No ir a las curanderas | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tomar suficiente agua | <input type="checkbox"/> |
| 15. Otro | <hr/> |

12. ¿Cómo cuida usted a su(s) niño(s) recién nacido(s)?

1. Vigilarlo para que vomite la leche
2. Cobijarlos para que no les de frío
3. Darles té de manzanilla para los cólicos
4. Meceerlos cuando lloran para que duerman bien
5. Colocarles ojo de venado o pulsera
6. Bañarlos diario
7. Bañarlos con agua hervida con hierbas
8. Bañarlos con jabón de avena si tienen granitos
9. Bautizarlos
10. Envolverlos con las manos adentro
11. Llevarlo a control del niño sano
12. Llevarlos al hospital si se enferma
13. Otro

13. ¿Qué hace para mantenerlo calentito?

1. Bañarlo con agua caliente
2. Tenerlo en un solo cuarto con las puertas y ventanas cerradas
3. Calentar el cuarto con un foco cerca del niño
4. Cobijarlo
5. Cargarlo

14. ¿Qué hace para bañar al niño?

1. Bañarlo en tina con agua caliente
2. Bañarlo con agua de hierbas
3. Bañarlo con agua con alcohol
4. Calentar el cuarto con alcohol
5. Baño cada tercer día
6. Los primeros 3 meses en tina y después regadera
7. Bañarlo con esponja
8. Baño con agua y jabón

15. ¿Qué hace para cuidar su piel?

1. Ponerle crema o aceite
2. Ponerle talco
3. Ponerle maizena
4. Secarlo bien
5. Ponerle pomada cuando se roza
6. Bañarlo con jabón
7. No exponerlo al sol
8. Otro

16. ¿Cómo se daría cuenta de que su niño recién nacido está enfermo?

1. No quiere comer
2. La piel se pone morada
3. No duerme
4. Se le hunde el pecho
5. Llora despacio
6. Respira rápido, agitándose, o le da trabajo respirar
7. Ronca el pecho
8. Se le ponen los ojos rojos
9. Estornuda mucho, catarro
10. Está llorón
11. Le salen granitos en su piel
12. Se nota raro

- 13. Su pancita se inflama
- 14. Se pone amarillo
- 15. Está decaído
- 16. Lloro sin lágrimas
- 17. Vomita
- 18. Tiene los ojos tristes
- 19. Tos
- 20. Le sube la temperatura
- 21. Se la pasa durmiendo
- 22. Se le ven los ojos sumidos

17. ¿Qué hace para asearlo?

- 1. Cortarle las uñas con los dientes
- 2. Lavarle las manos varias veces al día
- 3. Cambio de ropa diario
- 4. Cambio de pañal cada vez que se moja
- 5. Limpiarle las orejas con cotonete

18. ¿Qué hace para cuidar el ombligo?

- 1. Fajarlo con una venda
- 2. Ponerle toques de violeta
- 3. Lavarlo con agua de manzanilla
- 4. Colocarle una moneda
- 5. Colocarle merthiolate
- 6. Ponerle una tela encima
- 7. Lavarlo con jabón durante el baño
- 8. Ponerle una gasa y secarlo
- 9. Ponerle un tomate asado enredado en un trapo
- 10. Ponerle un algodón y fajarlo
- 11. Otro

19. ¿Qué hace para el cuidado de los ojos?

- 1. Evitar que les caiga jabón en los ojos al bañarlos
- 2. Evitar que les de luz en los ojos
- 3. Lavarlos con agua de manzanilla y secarlos
- 4. Evitar asolearlos
- 5. No dejar que miren hacia atrás
- 6. Hacerlos hacia abajo
- 7. Limpieza con aceite o crema
- 8. Ponerles un gorro o tapar con cobija
- 9. Evitar el polvo en el lugar que duerme
- 10. Evitar ponerle medicamentos

20. ¿Qué es lo que hace para alimentarlo al pecho?

- 1. Solamente se empieza a dar y el pecho produce leche
- 2. Se lava el pecho y se sostiene al alimentarlo
- 3. Se le da acostada o sentada
- 4. Lo despierta para alimentarlo
- 5. Lo alimenta cada vez que tiene hambre
- 6. Lo alimenta cada dos horas
- 7. Bañarse diario para alimentarlo
- 8. Comer para tener leche
- 9. Darle además té de manzanilla o hierbabuena
- 10. Darle el pecho hasta el año

11. Lo alimento al pecho porque:

- protege al niño
 les da cariño
 es el mejor alimento
 no tengo dinero

12. No lo alimento al pecho, le doy leche en polvo

21. Si su niño recién nacido tuviera alguno de estos problemas, ¿Dónde lo llevaría?			
<i>Marcar con una cruz la opción que la madre le de</i>			
Problema	urgencias	consulta externa	consulta de control
1. Se pone amarillo de la piel			
2. Se pone morado			
3. Color moteado de la piel			
4. Está pálido			
5. Si tiene granos con pus			
6. Tiene ronchitas			
7. Respira muy rápido			
8. Respira muy lento			
9. Hace gruñidos			
10. Jadea (le cuesta trabajo respirar)			
11. Se sumen sus costillas			
12. Aletea la nariz			
13. No puede comer			
14. Vomita			
15. Tiene abombada su pancita			
16. Convulsiona / ataques			
17. Voltea los ojos hacia arriba			
18. Le supuran los ojos			
19. Hinchado de los ojos			
20. Le sale pus de los oídos			
21. Trabada la quijada			
22. Mollera abombada			
23. Supuración del ombligo			
24. Enrojecimiento alrededor del ombligo			
25. Sangrado del ombligo			
26. Se salta el ombligo			
27. Evacuaciones flojas			
28. Evacuaciones líquidas			
29. Evacuaciones frecuentes			
30. Evacuaciones con sangre			
31. Llanto débil			
32. Con mucho sueño			
33. Que se estire mucho			
34. Cuesta trabajo despertarlo			
35. No despierta			
36. Calentura o fiebre			
37. Que lllore mucho y no se pueda callar			
38. Tiene mucha tos			
39. Que se queje			
40. Que lllore sin lágrimas			
41. Que lata mucho su corazón			

22. ¿Qué creencias de su comunidad considera buenas para la salud de su niño?

23. ¿Qué creencias de su comunidad considera dañinas para la salud de su niño?

24. Cuénteme si ha recibido algún consejo para cuidar a su recién nacido que le funcionó mal

25. ¿Alguno de sus hijos se le puso enfermo cuando tenía menos de un mes? 1. Si, 2. No

En caso de que sea más de un niño, pregunte la información del más pequeño

Cuénteme qué pasó

¿Cómo se dio cuenta de que estaba enfermo el niño?

¿Lo atendió en su casa por su cuenta o por recomendación de algún familiar o amigo?

1. Si, 2. No

En caso de respuesta afirmativa, ¿Qué hizo?

26. ¿Lo llevó a atención con alguna persona? 1. Si, 2. No

En caso de respuesta afirmativa, anote en el cuadro siguiente por orden de personas que atendieron al niño, empezando por la primera atención

Persona que atendió al niño 1. Médico 2. Enfermera 3. Asistente rural 4. Curandero (a) 5. Partera 6. Boticario	Tiempo que pasó desde el inicio de la enfermedad hasta la atención	¿Qué le dijo que tenía?	¿Qué tratamiento le dio?
<input type="checkbox"/>	Días <input type="text"/> Horas <input type="text"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/>	Días <input type="text"/> Horas <input type="text"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/>	Días <input type="text"/> Horas <input type="text"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

Condiciones De La Vivienda

28. ¿De qué material son los pisos de la casa?

1) Tierra, 2) Cemento, 3) Otros recubrimientos (mosaico, madera)

29. ¿De qué forma se abastecen de agua?

1) Agua entubada dentro de la vivienda, 2) Agua entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno,

3) Llave pública, 4) Pozo, 5) Jagüey, 6) Pipa, 7) Otros
(especificar) _____

30. ¿Su casa cuenta con drenaje?

1) Red pública, 2) Fosa séptica, 3) No tiene drenaje, 4) Letrina

31. ¿Cuántos cuartos tiene su casa que usan para dormir?

32. ¿Cuántas personas viven en forma permanente en su casa (Contando los niños recién nacidos)?

Educación para la salud

33. ¿En el último año ha recibido usted pláticas sobre cómo saber cuando el niño recién nacido está enfermo?

No (pase a la pregunta 37)

Si Número de pláticas

34. ¿En qué lugar recibió la(s) plática(s)?

1) Comunidad, 2) Clínica o centro de salud 3) Hospital, 4) Escuela 5) Otro

35. ¿Quién le dio la(s) plática(s)? (Marque con cruz todas las opciones)

1) Médico , 2) enfermera , 3) Promotora de salud , 4) trabajadora social ,
5) maestro , 6) Otro

36. ¿Qué le informaron en esas pláticas?

37.- ¿En el último año ha acudido a su clínica, centro de salud u hospital? 1. Si, 2. No

Nombre de la encuestadora _____

Fecha _____