

Percepciones sobre infecciones respiratorias agudas, gravedad y tratamiento en responsables del cuidado de niños menores de cinco años.

Dr. Arturo Quizhpe¹,
Dra. Lorena Encalada²,
Dr. Sara Aservier³.

RESUMEN

Introducción: La mayoría de los niños tienen entre cuatro y seis infecciones agudas del tracto respiratorio cada año y representan una proporción considerable de consultas a los médicos de atención primaria. A pesar de que la causa predominantemente es la viral, los antibióticos se prescriben con frecuencia lo cual puede contribuir a la aparición de bacterias resistentes

Objetivos: Establecer las percepciones de los responsables del cuidado de niños menores de cinco años sobre infecciones respiratorias agudas, su gravedad y su tratamiento.

Diseño metodológico: Se realizó un estudio descriptivo en el centro de salud Nro 1, fueron incluidos 250 responsables del cuidado de niños menores de cinco años que acudieron al centro de salud en el mes de marzo de 2010 y firmaron el consentimiento informado. Se emplearon frecuencias, porcentajes, promedio y desvío estándar; y chi cuadrado y test de Fisher para asociación de variables.

Resultados: la mayoría de participantes fueron mujeres (94.8%). Los cuidadores quienes estudiaron más de 13 años indicaron que la causa de IRA fue por contagio (15.2% vs 7.23% en promedio), y los que no acabaron la primaria (<7 años de escolaridad) desconocían las causas (22.2% vs 6.2% en promedio) ($p < 0.05$). El 42% indicaron que el tratamiento necesario eran los antibióticos y si el nivel de educación del cuidador era alto, afirmaron no necesitaban antibióticos (59.2% cuando tiene entre 11 y 13 años de escolaridad y 63% cuando tiene más de 13 años frente a 50.2% en promedio) ($p < 0.01$). Un 72.69% completan el tratamiento antibiótico cuando el médico lo prescribía y si el nivel de educación era alto (más de 13 años) completaban el tratamiento en 88.4% ($p < 0.05$).

Conclusiones: hay escaso conocimiento de los responsables del cuidado de niños sobre las IRAs, su tratamiento y su gravedad, siendo la variable más consistente en la asociación al uso de antibióticos el nivel de educación de la madre.

1. Coordinador de ReAct Latinoamérica. Doctor en Pediatría, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

2. Mg. en Investigación en la Salud. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

3. Médico, Universidad de Ginebra.

Autores para correspondencia: aquizhpe@yahoo.com; lorenca7@hotmail.com.

Palabras clave: percepciones, antibióticos, resistencia bacteriana, infecciones respiratorias, menores de 5 años

ABSTRACT

Background: Most children have between four and six respiratory tract infections acute each year and represent a significant proportion of visits to primary care physicians. Although the cause is predominantly viral, antibiotics are frequently prescribed which may contribute to the appearance of resistant bacteria.

Objectives: To determine the perceptions of caregivers of children under five years old on acute respiratory infections, its severity and its treatment.

Methodology: A descriptive study in Health Center # 1; there were included 250 caregivers of children under five years old attending the Health Center in March 2010 and signed informed consent. Frequencies, percentages, mean, standard deviation, chi square and Fisher's test for variable association.

Results: Most participants were female (94.8%). Caregivers who had literacy over 13years studies indicated that the ARI was caused by infection (15.2% vs. 7.23% on average), and those who did not finish primary school (<7 years of schooling) unknown causes (22.2% vs 6.2% average) ($p < 0.05$). 42% indicated that the necessary treatment were the antibiotics and if the caregiver's education level was high, they said they did not need antibiotics (59.2% when they have 11 through 13 years of schooling and 63% when they have over 13 years schooling versus 50.2 % on average) ($p < 0.01$). A 72.69% completed the antibiotic treatment when the physician prescribed and whether the level of education was high (over 13 years) completed the treatment in 88.4% ($p < 0.05$).

Conclusions: There is little knowledge of the caregivers of children on ARI, its treatment

and its severity, being the most consistent variable in association with antibiotic use the education level of the mother.

Keywords: perceptions, antibiotics, bacterial resistance, respiratory infections, children under 5 years old.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas son responsables de la muerte de cerca de 4 millones de niños por año, principalmente en continentes en vías de desarrollo como Asia, África y América Latina. Mientras el mundo desarrollado ha logrado reducir la mortalidad por IRA en niños, en los países en vías de desarrollo como la región de América Latina y el Caribe prevalecen varios factores de riesgo que contribuyen a mantener ese problema en dichas naciones. Según estimaciones de la OPS, la mortalidad por IRA en menores de 5 años (incluye Influenza, Neumonía, Bronquitis y Bronquiolitis) va desde 16 muertes por cada 100.000 en Canadá a más de 3.000 en Haití,



donde estas afecciones aportan entre 20 y 25% del total de defunciones en esa edad⁽¹⁾. Entre los factores que determinan esta situación están el bajo peso al nacer, la malnutrición, la contaminación atmosférica, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización e insuficiente disponibilidad de antimicrobianos^(2,3,4,5).

Las IRAs, en particular la neumonía bacteriana, se clasifican entre las primeras 5 causas de muerte en los niños menores de 5 años en los países en vías de desarrollo. IRA y desnutrición promueven el 60 a 80% de las consultas médicas ambulatorias y 40 a 70% de las hospitalizaciones en los niños menores de 5 años en los países latinoamericanos en vías de desarrollo. Además, es conocido el subregistro de datos, por lo que las cifras oficiales informadas por los Ministerios de Salud en nuestros países suelen ser menores a la estimada por los expertos.

Las infecciones respiratorias agudas son actualmente uno de los principales problemas de salud pública que representan uno de los primeros motivos de consulta, y constituyen una de las causas más importantes de mortalidad en menores de 5 años en los países en desarrollo. La mayor mortalidad por infecciones respiratorias agudas son causadas por infecciones del tracto respiratorio bajo, siendo la neumonía la primera causa⁽⁶⁾. Cada año unos 155 millones de niños presentan cuadros de neumonía, de los cuales 1.8 millones mueren⁽⁷⁾.

En Ecuador, en 2007, las infecciones respiratorias agudas fueron estimadas en 1'703'083, siendo el primer motivo de consulta externa en los subcentros de salud del país. La neumonía fue la cuarta causa de mortalidad en la población general y, junto a la influenza, la segunda causa de mortalidad infantil (1.1/1000 nacidos vivos murieron de neumonía, influenza o bronquitis en el primer año de vida)⁽⁸⁾ y la primera causa en niños de 1 a 4 años (en 2003)⁽⁹⁾ y para el año 2010 la neumonía en menores de 5 años continúa siendo la segunda causa de mortalidad infantil con una tasa similar de 1.1 por mil y de 7.3%⁽¹⁰⁾.

La etiología viral es la más frecuente en infecciones respiratorias agudas, particularmente las del aparato respiratorio superior como sinusitis, catarro, otitis, faringitis, tonsilofaringitis, epiglotitis y laringitis. Los microorganismos prevalentes son: virus Sincitial Respiratorio (RSV), específicamente en el niño menor de un año, Influenza, Parainfluenza, Adenovirus, Rinovirus, Coronavirus y Enterovirus⁽¹¹⁾. Sin embargo, incluso si son virales, las infecciones respiratorias altas pueden favorecer la colonización bacteriana o complicarse con infecciones respiratorias bajas, virales o bacterianas⁽¹²⁾.

Entre las infecciones respiratorias bajas están la neumonía y la bronquitis, en el caso de bronquiolitis más de 80% es de origen viral, con mayor prevalencia de RSV, es más frecuente en el primer año de vida y casi no se encuentra en niños mayores de 3 años. La neumonía, al contrario de otras infecciones respiratorias agudas, tiene a menudo un origen bacteriano. Es difícil tener estadísticas porque muchas veces el germen no está identificado, pero podemos opinar que en los países industrializados hay predominio de neumonía viral, al contrario de los países en desarrollo donde se encuentra más neumonía bacteriana. Las neumonías bacterianas son causadas por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. En las virales, encontramos sarampión, RSV, influenza, parainfluenza y adenovirus.

Hay factores que favorecen la aparición de IRA o de sus complicaciones, factores demográficos, como la edad: los niños de menos de 6 meses mueren mucho más de neumonía que los mayores. Algunos estudios indican que la renta de la familia, la educación de la madre y el hacinamiento, sobre todo si hay varios niños menores de 5 años, influyen en la neumonía y en su riesgo de mortalidad. Hay también factores del medio ambiente que pueden influir como la contaminación del aire, el uso de medios naturales de combustión como leña y el humo de tabaco de los padres predispone a las infecciones respiratorias bajas. Además, el estado nutricional del niño puede influenciar en la aparición de IRA o de sus complicaciones. Niños con bajo

peso de nacimiento, de malnutrición o que no fueron alimentado con leche materna tienen más riesgo de complicaciones y requieren, con más frecuencia, de hospitalización⁶. Además, el niño que tiene comorbilidad como infección a HIV, asma, mucoviscidosis, malformación congénita, tienen más riesgo de tener complicaciones.

La problemática alrededor de las infecciones respiratorias es compleja debido a su alta incidencia, rápida evolución y gran desconocimiento de los signos que indican gravedad,



por parte de los cuidadores de los menores de 5 años, dificultan en gran medida su control y aumentan la mortalidad en este grupo de edad. Dos problemas prioritarios hacen que la mortalidad por estas infecciones sea más alta, por un lado, está el retraso en el diagnóstico y la falta de tratamiento oportuno por desconocimiento de los signos iniciales de Neumonía, lo que indica claramente la necesidad de establecer parámetros precisos y concretos de diagnóstico y, por otro, la consulta tardía por parte de la madre o cuidadores del menor, ocasionada por desconocimiento de los signos de peligro.

En estos últimos años se añadió el problema de la resistencia bacteriana que complica el

tratamiento de los IRA, especialmente las neumonías. En países con recursos limitados el problema es más importante porque la aparición de resistencia a los antibióticos de primera línea, que son los más baratos, puede significar que una parte de la población simplemente no podrá tratarse por causa de falta de medios. Según el informe internacional sobre la resistencia bacteriana de la OMS de 2004⁽¹³⁾, encontramos en Ecuador el *Streptococo pneumoniae* resistente a varios antibióticos (oxacilina, penicilina, eritromicina, trimetoprima sulfametoxazol, tetraciclina y ceftriaxona) y en menor proporción el *Haemophilus influenzae*.

Numerosas investigaciones han establecido la relación entre el uso de antibiótico y la aparición de resistencia bacteriana^(14,15). En el caso del *Streptococo pneumoniae*, uno de los agentes más frecuentes de infección respiratoria aguda, está demostrado que el uso de antibiótico influye en la resistencia bacteriana a nivel individual, de la comunidad, nacional e internacional. Esta relación

es más evidente con uso inadecuado de antibióticos, como mala indicación, duración o cantidad⁽¹⁶⁾.

Los niños constituyen la población que más recibe antibióticos en cada consulta; una revisión demostró que el 71% de las consultas de niños menores de 2 años terminaban con una prescripción de antibiótico, con una tasa de antibióticos de 2.2 por persona y por año⁽¹⁷⁾.

En el caso de las IRAs, muchas consultas terminan con la prescripción de un antibiótico^(18,19), incluso aunque la mayoría sea de causa viral, fue demostrado que los médicos prescriben más antibióticos cuando los pacientes creen que es necesario un antibiótico⁽²⁰⁾.

Cuando se habla del mal uso de antibióticos, se tiene que contar con las costumbres de las personas en relación a los antibióticos. Muchas veces, los padres usan los antibióticos hasta cuando su niño se siente mejor, y guardan los comprimidos para otra ocasión, o lo comparten con otros enfermos^(21,22). En muchos países de América Latina los antibióticos se venden sin prescripción médica en la farmacia, incluso si no es legal⁽²³⁾. Además de favorecer el desarrollo de bacterias resistentes, el mal uso puede atrasar la consulta y complicar el diagnóstico de enfermedades infecciosas o no⁽²⁴⁾.

Las infecciones respiratorias agudas son las infecciones más frecuentes del niño y motivan muchas consultas al médico. Aun si la mayoría es causada por virus, muchas, son tratadas con antibióticos. Con estos antecedentes se plantea el objetivo de establecer cuáles son las percepciones de los responsables del cuidado de niños menores de cinco años sobre las infecciones respiratorias agudas, su gravedad y su tratamiento con el propósito de plantear estrategias de promoción de salud sobre la actitud que deben tener cuando un niño tiene infección respiratoria aguda y el uso de los antibióticos en el tratamiento.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo en el Centro de Salud No. 1, que está ubicado dentro de la zona urbana de la ciudad de Cuenca; atiende a cerca de 34.000 pacientes por año. De estas consultas, 8.000 son de niños menores de 1 año y 16.500 de niños menores de 15 años. La atención se realiza durante los días laborables con el horario de 08h00 a 16h00. Se incluyeron en el estudio 250 cuidadores que tenían a su cargo al menos un niño menor de cinco años que acudieron al subcentro de salud en el mes de marzo de 2010, sin interesarnos el motivo de consulta. Se explicó a los responsables del cuidado de niños menores de cinco años el sentido de la encuesta y se obtuvo el consentimiento informado. Los investigadores que participaron en el levantamiento de los datos se encargaron de leer las preguntas a los responsables del

cuidado de niños menores de cinco años y de llenar el formulario.

Los datos fueron recolectados en un cuestionario que fue realizado por los autores; para el control de calidad se realizó un estudio piloto en otra institución diferente a la del estudio. El cuestionario se estructuró en 6 partes. La primera comprendió datos demográficos sobre los cuidadores y los niños, la segunda sobre factores de riesgo del niño, la tercera el comportamiento de los cuidadores cuando su niño se enfermaba de IRA, la cuarta sobre las percepciones acerca de las IRAs, la quinta el comportamiento de los cuidadores frente a los antibióticos y, la última, la percepción sobre el uso de antibióticos. La mayoría de las preguntas fueron de tipo abierta o de tipo SI/NO.

Los datos fueron analizados en el programa Excel, se emplearon frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central como promedio y desvío estándar además se usó el chi cuadrado y el test de Fischer para buscar asociación.

RESULTADOS

DATOS DEMOGRÁFICOS

De los encuestados la mayoría fueron mujeres (94.8%) que se dedican a los quehaceres domésticos (68.67%). Las madres interrogadas vivían en el 84% de los casos con el padre. El promedio de niños por familia fue de 1.32 niños menores de 5 años, 44.4% tenían un solo niño, 32.8% tenían 2, 16.4% tenían 3 y 6.4% tenían 4 o 5 (Tabla 1).

FACTORES DE RIESGO

El nivel de educación promedio fue de 10.43 años de estudio y la mayor parte de las madres eran amas de casa, de las cuales el 23.2% fumaban dentro del hogar ocasionalmente. El estado nutricional de los niños, según lo que el responsable del cuidado del niño conocía, fue 72.69% normal, 24.09% desnutrido y 2.81% sobrepeso. El promedio de duración de la lactancia materna fue de 9.36 meses (Tabla 2).

TABLA 1	
Distribución de 250 responsables del cuidado de niños menores de 5 años del Centro de Salud No. 1, según datos demográficos.	
FACTORES DEMOGRÁFICOS	n= 250(100%)
Acompañante del niño	
Madre	237(94.8)
Padre	13(5.2)
Padre vive en casa	
SI	211(84.4)
NO	39(15.6)
*Núm. de niños < 5 años por familia	
	1.32(±0.51)
*EDAD < 5 AÑOS	
	2.02(± 1.5)
*EDAD DE LA MADRE	
	26.03(±6.21)
*Promedio y desvío estándar	

TABLA 2	
Factores de riesgo: educación del cuidador, ocupación, fumar, estado nutricional del niño, meses de lactancia.	
FACTORES DE RIESGO	n=250(100%)
*Años de escolaridad del responsable del cuidado del niño < 5 años	
	10.4 (± 4.32)
Ocupación	
QQDD	171(68.4)
Comerciante	21(8.4)
Oficina	7(2.8)
Agricultor	3(1.2)
Otros	48(19.2)
Fuman en casa	
SI	58(23.2)
NO	192(76.8)
Estado nutricional del niño	
Desnutrido	60(24)
Normal	182(72.8)
Sobrepeso	7(2.8)
Desconoce el peso	1(0.4)
*Meses de lactancia materna	
	9.3(±6.29)
*Promedio y desvío estándar	

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES CON RELACIÓN AL IRA

La mayoría de los niños ya habían tenido IRAs (89.6%), y se enfermaron en promedio los últimos 3 meses 1.12 episodio. Acudían al médico en 51.6%, usaban un tratamiento casero 34%, medicamentos 3.2% y solo 0.8%

(2 personas) acudieron a la farmacia. De los que administraron medicamentos, la mayoría (82.2%) optaron por paracetamol o AINES. Los responsables del cuidado del niño esperaron en general menos de 3 días (en 72% de los casos) antes de buscar atención. Esto no estuvo influenciado por el nivel de educación, la ocupación o la edad del responsable del cuidado de niño. La motivación para buscar atención fue porque el niño no mejoraba (32%), que el niño tenía mucha fiebre o mucha tos (10%), en el 7.6% para recibir medicamentos, lo cual no fue influenciado por el nivel de educación, la ocupación o edad del responsable del cuidado del niño ($p>0.05$) (Tabla 3).

TABLA 3	
Características del comportamiento de los cuidadores.	
COMPORTAMIENTO IRA	n=250(100%)
Ira anterior	
Si	224(89.6)
No	26(10.4)
*Núm. de veces últimos 3 meses	
	1.12 (±0.91)
Complicaciones	
Si	25(10)
No	199(79.6)
No responde	26(10.4)
Actitud del responsable del cuidado del niño en último episodio de ira	
Tratamiento natural	85(34)
Se fue a la farmacia	2(0.8)
Se fue al médico	129(51.6)
Dio medicamentos (casa)	8(3.2)
Otro	26(10.4)
**Días de espera antes de ir al médico	
< 3 días	180(72)
>3 días	44(17.6)
No responde	26(10.4)
**Búsqueda de atención médica	
No se alimentaba	2(0.8)
Fiebre	25(10)
Recibir medicamentos	19(7.6)
Cambió comportamiento	12(4.8)
No mejora	82(32.8)
Otro	82(32.8)
No responde	28(11.2)
*Promedio y desvío estándar	
**Diferencia significativa con el nivel de educación, la ocupación o la edad del cuidador $p>0.05$	

Cuando se preguntó por la causa de esta enfermedad, un poco más de la mitad de los responsables del cuidado de los niños contestaron que era por el cambio de clima o por el frío (57.8%). Un 22.8% contestaron la opción otras del cuestionario, de los cuales 1/3 contestaron que era por el descuido de la madre y 22.8% porque los niños ponen en la boca todo lo que encuentran a mano. Solo 7.2% hablaron de contagio y 5.2% de infección; 6% de los responsables del cuidado de niños menores de cinco años desconocían la causa de la enfermedad. Estos resultados estuvieron influenciados por el nivel de educación del responsable del cuidado del niño. Los cuidadores del niño que estudiaron después el colegio (>13 años de escolaridad) indicaban que las IRAs eran causadas por contagio (15.2%), y los que no terminaron la primaria (<7 años de escolaridad) desconocían las causas más frecuentes de las IRAs (22.2%) ($p < 0.05$). La ocupación o la edad del responsable del cuidado del niño no influyó esta respuesta ($p > 0.05$).

El 42% de los responsables del cuidado de niños menores de cinco años indicaron que las IRAs deben ser tratadas con antibióticos. Cuando el nivel de educación del responsable del cuidado del niño era alto, se pensaba que las IRAs no necesitaban antibióticos (59.2% cuando tiene entre 11 y 13 años de escolaridad y 63% cuando tienen más de 13 años frente a 50.2% en promedio) ($p < 0.01$). El síntoma que podría indicar que la enfermedad del niño es algo grave fue la fiebre alta (40.3%). Un 38.04% de los que respondieron la opción otros del cuestionario, un 29.8% contestaron síntomas abdominales (diarrea, vómito, dolor abdominal), 28% cambio de comportamiento como astenia o llorar sin parar y 24.1% tos intensa o expectoración. Solo el 5.2% de los responsables del cuidado de niños menores de cinco años notaron que es grave cuando el niño respiraba con dificultad. Los responsables del cuidado del niño que tenían 4 niños o más reconocían la dificultad para respirar como indicador de la gravedad de la enfermedad (13.3% vs 5.2% en promedio) ($p < 0.05$) (tabla 4).

TABLA 4	
Conocimiento de los cuidadores sobre IRA.	
CONOCIMIENTO DE LA IRA	n=250(100%)
*Causas de enfermedad del niño	
El tiempo	144(57.6)
La comida	2(0.8)
Los gérmenes	13(5.2)
Contagio	18(7.2)
No sabe	15(6)
Otro	58(23.2)
IRA debe ser tratada con antibióticos	
Si	105(42)
No	125(50)
No sabe	20(8)
Gravedad de IRA y atención	
Tiene fiebre	132(40.3)
Dura mas de 3 días	15(4.5)
Mi niño respire con dificultad	17(5.1)
Mi niño no se alimenta bien	28(8.5)
Mi niño hace ruido cuando respira	7(2.1)
Otro:	124(37.9)
No sabe	4(1.2)
*Diferencia significativa con la ocupación o la edad del responsable del cuidado del niño $p > 0.05$	

CONOCIMIENTOS ACERCA DEL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS EN IRA

Un 72.6% de los responsables del cuidado de niños menores de cinco años completan el tratamiento cuando el médico le prescribía. Cuando el nivel de educación del responsable del cuidado del niño era alto completaban el tratamiento médico con más frecuencia (88.4% cuando estudió más de 13 años y 50% cuando estudió menos de 7) ($p < 0.05$). De los que no completaban el tratamiento, 73.3% lo hicieron porque el niño ya se sentía mejor, 13.7% porque el niño no aguantaba bien el tratamiento y solo una persona fue por falta de dinero.

La mitad de los encuestados desconocían para qué usaban los antibióticos (49.6%). Un 24.19% dijeron que trata las infecciones, de los cuales 11.7% 7 precisaron que tratan infecciones bacterianas. Esta respuesta no fue influenciada por el nivel de educación del responsable del cuidado de los niños, por la ocupación o por la edad ($p > 0.05$). El 91% de

TABLA 5	
Comportamiento y conocimiento antibiótico de los cuidadores	
COMPORT. ANTIBIÓTICOS	n=250(100%)
*Sigue el tratamiento hasta el final	
Si	173(69.2)
No	65(26)
No responde	12(4.8)
*CONOCIMIENTO ANTIBIÓTICOS	
Un antibiotico trata	
El dolor de cabeza	6(2.4)
La gripe	39(15.6)
Las bacterias	60(24)
La fiebre	4(1.6)
La artritis	0
Los virus	0
El catarro	0
No sabe	124(49.6)
Otro	16(6.4)
No responde	1(0.4)
**Tomar mucho antibiótico causa daño	
Si	227(90.8)
No	16(6.4)
No sabe	5(2)
No responde	1(0.4)
Si, por qué?	
Por los efectos secundarios	125(50)
El cuerpo se acostumbre	20(8)
El germen se acostumbre (resistencia)	5(2)
Otro	31(12.4)
No sabe	51(20.4)
No responde	18(7.2)
*Diferencia significativa entre grupos con años de escolaridad del responsable del cuidado p<0.05	
**Diferencia significativa entre grupos con tratamiento completo p<0.019	

los responsables del cuidado de niños piensan que al tomar muchos antibióticos puede hacer daño. De éstos, la mitad (50%) se refirieron a los efectos indeseables. Solo 5 personas (2%) hablaron de resistencia bacteriana. De los 12.4% que contestaron la opción otras del cuestionario, 80% dijeron que podrían acabar con los glóbulos rojos y entonces bajar las defensas. Estas respuestas tampoco fueron influenciadas por el nivel de educación o la ocupación de la madre.

Cuando los responsables del cuidado del niño piensan que los antibióticos tratan la gripe o

las infecciones indican con más frecuencia que las IRAs no necesitan antibióticos (respectivamente 64.1% y 57.4%) y los que piensan que los antibióticos tratan el dolor o que no sabe lo que trata dicen más frecuentemente que se necesita antibióticos para las IRAs (respectivamente 16.7% y 42.3%). Pero, cuando se analiza el nivel de educación del responsable como variable de control, disminuye esta relación. También se observa que las personas que piensan que los antibióticos tratan las infecciones completan el tratamiento ($p<0.05$) y está relacionado con el nivel de educación del responsable. Finalmente, se puede observar que las personas que piensan que los antibióticos no pueden hacer daño completan el esquema terapéutico ($p<0.01$). (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Con respecto a los factores de riesgo, tenemos que tener en cuenta que preguntamos al responsable del cuidado sobre el estado nutricional de los niños, pero no es tan preciso como tomarlo de la historia clínica. También, como hay muchos niños pequeños en la muestra, los meses de lactancia podrían estar subvalorados, porque no se sabe hasta cuándo las madres deberían dar de lactar.

Muchas respuestas seguramente fueron influenciadas por lo que piensan los responsables del cuidado de los niños sobre la "buena" respuesta. Por ejemplo, cuando preguntamos ¿qué hace cuando su niño se enferma?, es probable que respondan mas "ir al médico" porque piensan que es lo correcto y lo mismo cuando preguntamos ¿cuántos días esperan antes de buscar atención? También a la pregunta ¿la IRA debería estar tratada más con antibióticos? Muchas personas pueden imaginar que se espera que dijeran sí, porque los médicos prescriben antibióticos. Con la pregunta ¿cuándo el médico prescribe un antibiótico, usted sigue hasta el final?, también muchos responsables del cuidado de los niños no querían responder que no hacen lo que dice el médico, porque saben que es malo.

Además, pocos responsables del cuidado de los niños saben realmente lo que son los antibióticos, todas las preguntas sobre éstos tienen que ser interpretadas con precaución. Por ejemplo, cuando se pregunta si las IRAs deberían ser tratadas con antibióticos, muchos responsables del cuidado de los niños que contestaron no, dijeron que "mejor con tratamiento casero". Así, se puede pensar que el responsable del cuidado del niño entendió antibióticos como medicamentos en general y no el subgénero de los medicamentos que tratan las bacterias.

Muchos responsables del cuidado de los niños piensan que el clima o los cambios de clima causan las IRAs, y eso es una creencia popular. Incluso si no es la razón primaria, que son los gérmenes, se observa que cuando la temperatura baja, hay más frecuencia de IRA en países en desarrollo⁽²⁵⁾.

Cuando se pregunta ¿por qué tomar mucho antibiótico puede causar daño?, no fue muy claro que queríamos hablar de resistencia. Se entiende bien que un 75% de los responsables del cuidado de los niños contestó por los efectos indeseables, porque estos pueden ser notados por los padres sin dificultad al dar antibiótico a sus niños.

En el estudio, al contrario de lo que piensan los médicos, pocos responsables del cuidado de los niños buscaban atención para obtener medicamentos (7.69%), en un estudio realizado en Israel el porcentaje fue más alto, de 54%⁽²⁶⁾, y lo hacían para evitar complicación y revisar al niño, lo que no fue frecuente en nuestro estudio. Otros estudios demostraron que pocas personas conocen la causa de las IRA, por ejemplo, un estudio en Singapur mostró que solo 11.11% de las personas conocían que el factor causal eran los gérmenes, lo que fue mayor a lo encontrado en nuestro estudio (5.5% infecciones y 7.23% por contagio)⁽²⁷⁾. En otro estudio en Malasia, el 59% de las personas pensaban que el cambio de clima causa IRA mientras que el 27% afirmaron que era por causa de los gérmenes, en nuestra investigación el 57.83% manifestaron que fue por causa del clima.

El porcentaje de los responsables del cuidado de los niños que piensan que las IRAs deberían ser tratadas con antibióticos es similar al de otros estudios; en Israel el 68% de las personas piensan que el resfriado se trata con antibiótico mientras que 45% es en Estados Unidos⁽²⁸⁾. El porcentaje de los responsables del cuidado de los niños que dicen seguir el tratamiento de antibiótico hasta completar el mismo es similar al de otros estudios (74% en el estudio de Malaysia, 78% en otro estudio en los Estados Unidos⁽²⁹⁾ y 58% en un estudio en Hong-Kong⁽³⁰⁾). En el segundo estudio realizado en los Estados Unidos, el porcentaje de personas que piensan que al tomar mucho antibiótico puede causar daño es igual a lo encontrado en la presente investigación (85%), pero solo el 10% se refirió a los efectos indeseables y el 55% habló de inmunidad o de resistencia.

Como se demuestra en esta investigación, los responsables del cuidado de los niños menores de 5 años no entienden muy bien lo que son las IRAs, cuáles son sus causas ni su tratamiento. Al contrario se puede observar que actúan bien cuando sus niños se enferman, porque con mayor frecuencia van a ver el médico, solo administrando tratamiento casero o antitérmico antes de buscar atención. El defecto mayor es que van a buscar atención médica rápida aunque podrían esperar un poco más en caso de resfriado simple. También se puede observar que sus expectativas son razonables, ya que solo 7% acude para recibir medicamentos. Solo pocas personas entendían que la dificultad para respirar (aumento de la frecuencia respiratoria) es un factor de gravedad y que con este síntoma tiene que buscar atención rápida, pero se anota que pocos niños han tenido estos síntomas para que los padres puedan reconocerlo.

Frente al tratamiento de las IRAs, más del 40% de las personas interrogadas piensan que debería ser tratada con antibióticos. También hay pocas personas que tienen conocimiento sobre para qué sirven los antibióticos. A pesar de eso, se puede ver que la mayoría de los responsables del cuidado de los niños contestó que seguían el tratamiento antibiótico



hasta completar el esquema, con la reserva que este dato seguramente fue sobreevaluado, porque, pocas personas se atreven a decir que no siguen lo que el médico prescribe a otro médico. También, la mayoría de los responsables del cuidado de los niños entiende que usar muchos antibióticos no es una buena idea, incluso si pocos padres piensan en la resistencia bacteriana.

Con estos datos se puede afirmar que se necesita una campaña de prevención sobre las causas de las IRAs, y el buen uso de antibióticos en este grupo de enfermedad. También, parece importante explicar a los padres lo que son los antibióticos, para que sirven y sus particularidades, sobre todo, del riesgo de la resistencia bacteriana.

En Francia, una campaña de salud pública para médicos y pacientes (en los medios de comunicación y en los puntos de salud) consiguió disminuir el consumo de antibióticos⁽³¹⁾. Esta campaña insistió en el riesgo de resistencia bacteriana relacionado a un alto consumo de antibióticos, que los antibióticos tratan

las infecciones bacterianas, que las IRAs son de etiología viral más frecuentemente y por eso no se necesita siempre antibiótico y al final que es importante continuar la administración de antibióticos hasta el final del tratamiento. Se podría hacer una campaña de este estilo en los centros de salud de la ciudad de Cuenca a través de afiches. Pero tendríamos que contar con la colaboración de los médicos.

Como conclusión se observa que hay carencia en el conocimiento de los responsables del cuidado de los niños sobre las IRAs, su tratamiento y su gravedad. Sin embargo, lo más importante fue que los responsables del cuidado de los niños conocen casi nada de antibióticos. El único factor que influyó en algunas de las respuestas fue el nivel de educación de los responsables del cuidado de los niños. En general, los datos encontrados tienen similitud con estudios realizados en otros países. Siendo necesario desarrollar campañas de información sobre las IRAs, su gravedad y su tratamiento y en particular sobre el uso de antibiótico.

REFERENCIAS

1. Correa AG, Starke JR. Bacterial pneumonias. In Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children. 6th ed., Saunders Company, 2002; Pags 485-503
2. Drummond P, Clark J, Wheeler J, Galloway A, Freeman R, Cant A. Community acquired pneumonia- a prospective UK study. Arch Dis Child 2005; 83: 408-12.
3. Mc Cracken GH. Diagnosis and management of pneumonia in children. Pediatr Infect Dis J 2005; 19: 924-8.
4. Kirkpatrick GL. The common cold. prim. care 2000; 23(4): 657-75.
5. Middleton DB. Pharyngitis. Prim care 2000; 23(4): 719-39.
6. Benguigui, Lopez A, Schmunis, Y. Respiratory infection in Children », WHO/PAHO, IMCI, , 1999
7. Pneumonia, Fact sheet n 331, OMS, 2009
8. Ministerio de Salud Pública, con la INEC, la UNFPA, la OPAS, la UNICEF y la OPAS. Indicadores básicos de salud, Ecuador 2008.
9. Salud en las Américas. Vol II. Ecuador, OPAS, 2007.
10. Anuario de estadísticas vitales. Nacimientos y Defunciones. INEC. Ecuador. 2010
11. Alfonso Fernández. Infecciones respiratorias agudas. Gripe, resfrío e influenza. Gripe. Procedimientos y medicamentos Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Especialidades Clínicas; 2005, 56-68.
12. Simoes, E, Cherian, T, Chow J and others. Acute respiratory infection in children, in Disease control priorities in developing countries. 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006.
13. WHO. Informe Anual de la Red de Monitoreo/Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos -2004
14. Vilhjalmur AArason. Do antimicrobials increase the carriage rate of penicillin resistant pneumococci in children ? Cross sectional prevalence study. BMJ, 1996
15. Chung, A. Effect of antibiotic prescribing on antibiotic resistance in individual children in primary care : prospective cohort study. BMJ, sept 2007.
16. Baquero, F. Antibiotic consumption and resistance selection in Streptococcus Pneumoniae. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2002, 50, Suppl S2, 27-37
17. Alessandra Rosignoli, Antonio Clavenna, Maurizio Bonati. Antibiotic prescribing and prevalence rate in outpatient paediatric population: analysis of survey published during 2000-2005. Eur J Clin Pharmacol (2007) 63:1099-1106
18. Stone S, Gonzalez R. Antibiotic prescribing for patient with colds, upper respiratory tract infection, bronchitis: a national study of hospital based emergency department. Anals of emergency medicine, Anals of emergency medicine, oct. 2000
19. Gonzalez, R. Antiobiotic Prescribing for children with colds, upper respiratory tract infection and bronchitis », Ann-Christine Nyquist, , JAMA. 1998;279(11):875-877
20. Macfarlane, J., William H. Influence on patients' expectation on antibiotic management on acute respiratory lower illness in general practice: questionnaire study », , BMJ 1997;315:1211-1214
21. Chan G C, Tang S F, Singapore M, Parental knowledge, attitude and antibiotic use for acute upper respiratory tract infection in children attending a primary healthcare clinic in Malaysia. 2006; 47(4) : 266
22. Neeta P, Lexley M, Pereira P, and Prabhakar P. The general public's perceptions and use of antimicrobials in Trinidad and Tobago. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(1), 2002
23. Drug Utilization Research Group, Latin America. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countrie. Clin Pharmacol Ther, 1997 Apr;61(4):488-93
24. Calvin M Kunin, Yung-Ching Liu, Excessive use of antibiotics in the community associated with delayed admission and masked diagnostic of infectious disease, J Microbiol Immunol Infect, 2002;35: 141-146
25. Erling V, Jalil F, Hanson LA, Zaman S. The impact of climate on the prevalence of respiratory tract infections in early childhood in Lahore, Pakistan, J Public Health Med 1999; 21:331-9.
26. Vinker S, Ron Adi and Kitai Eliezer. The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection – a survey among parents attending the primary physician with their sick child, BMC Family Practice 2003, 4:20
27. Tan Y S L, Hong C Y, Chong P N, Tan E S L, Lew Y J, Lin R T P. Knowledge that upper respiratory tract infection resolves on its own is associated with more appropriate health-seeking behaviour and antibiotic cognition, Singapore Med J 2006; 47(6) : 518
28. Filipetto F, Modi D, Beck Weiss L, Ciervo C. Patient knowledge and perception of upper respiratory infections, antibiotic indications and resistance, Patient Preferences and Adherence 2008;(2) 35-39
29. Palmer D and Bauchner H. Parents' and Physicians' Views on Antibiotics , Pediatrics 1997;99:e6
30. You J.H.S., Yau B., Choi K.C., Chau C.T.S., Huang Q.R., Lee S.S.. Public Knowledge, Attitudes and Behavior on Antibiotic Use: A Telephone Survey in Hong Kong », Infection 36 Æ 2008 Æ No. 2
31. Sabuncu E, David J, PLoS Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002-2007 », Medicine, June 2009 | Volume 6 | Issue 6 | e1000084