

**EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LOS CONOCIMIENTOS SOBRE
SALUD PUBLICA EN PADRES O CUIDADORES DE NIÑOS (AS) EN LA
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL AÑO 2007**

FABIO ALBERTO NAVAS DOMINGUEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
BUCARAMANGA
2008**

**EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LOS CONOCIMIENTOS SOBRE
SALUD PUBLICA EN PADRES O CUIDADORES DE NIÑOS (AS) EN LA
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EN EL AÑO 2007**

FABIO ALBERTO NAVAS DOMINGUEZ

**Trabajo de grado presentado como requisito
para optar al Título de Especialista en Pediatría**

**DIRECTOR
JOSE FIDEL LATORRE.
MD. MSc Pediatra Epidemiólogo**

**COINVESTIGADORA:
Carolina Vargas Porras
Enfermera UIS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
BUCARAMANGA
2009**

CONTENIDO

	pag.
1. INTRODUCCION	1
2. DECLARACIÓN SOBRE EL APOORTE A LA EDUCACIÓN	3
3. DESCRIPCION DEL PROYECTO	4
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	5
3.2 HIPOTESIS	5
3.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	5
3.4 OBJETIVOS	7
3.4.1 Objetivo general	7
3.4.2 Objetivos específicos	8
4. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	9
5. METODOLOGÍA PROPUESTA	28
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	28
5.2 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	28
5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
5.3.1 Criterios de inclusión	30
5.3.2 Criterios de exclusión	31
5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	31
5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES	32
5.5.1 Variables independientes	32
5.5.2 Variable dependiente	33
5.6 CALIDAD DE LOS DATOS	33
5.7 ANALISIS DE DATOS	33
5.8 RESULTADOS	34
6. ASPECTOS ÉTICOS	46

	pag.
7. DISCUSIÓN	47
8. CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	51

LISTA DE CUADROS

	pag.
Cuadro 1. esquema de vacunación - programa ampliado de inmunización (pai) obligatorio en colombia	19
Cuadro 2. esquema de vacunas especiales	20
Cuadro 3. hallazgos clínicos dependiendo del grado de deshidratacion	21
Cuadro 4. clasificación – manifestaciones clínicas (menor de 2 meses)	24
Cuadro 5. clasificación – manifestaciones clínicas (mayor de 2 meses)	25
Cuadro 6. características de los pacientes cuyos acudientes fueron encuestados.	35
Cuadro 7. características de los encuestados (padres o acudientes de los pacientes)	36
Cuadro 8. número de respuestas correctas según tema y momento de evaluación	37
Cuadro 9. porcentaje de respuestas correctas según tema y momento de evaluación.	38
Cuadro 10. número de respuestas correctas en la encuesta de alimentación, según grupo de edad y momento de evaluación.	40
Cuadro 11. porcentaje de respuestas correctas en la encuesta de alimentación, según grupo de edad y momento de evaluación.	41
Cuadro 12. modelo de regresión lineal con las variables asociadas de forma independiente a la puntuación en conocimientos de salud al ingreso.	43
Cuadro 13. factores asociados con la puntuación en conocimientos sobre alimentación, evaluados al ingreso. análisis de regresión lineal*.	43
Cuadro 14. modelo para predecir la magnitud del aprendizaje en diferentes temas de salud*.	44

pag.

Cuadro 15. modelo para predecir la magnitud del aprendizaje sobre alimentación.

45

LISTA DE FIGURAS

	pag.
Figura 1. marco teórico y del arte	27
Figura 2. recolección de la información	30
Figura 3. proporción de respuestas positivas (al ingreso y al egreso) sobre temas de salud, según grupos de edad.	39
Figura 4. diferencia en el porcentaje de respuestas positivas (egreso – ingreso)	39
Figura 5. porcentaje de respuestas correctas sobre alimentación, según grupo de edad	41
Figura 6. diferencia en el porcentaje de respuestas positivas sobre dieta	42

LISTA DE ANEXOS

	pag.
Anexo A. Formato de encuesta	53
Anexo B. Instructivo para diligenciamiento del formato de encuesta	68

RESUMEN

TITULO: Evaluación de los cambios en los conocimientos sobre salud pública en padres o cuidadores de niños (as) en la ese hospital universitario de Santander en el año 2007*

AUTOR: Fabio Alberto Navas Dominguez**

PALABRAS CLAVES: Pediatría, educación, cuidador, padres, AIEPI, hospitalización, niños, prevención y promoción, Salud Pública, aprendizaje.

DESCRIPCION

El paciente y su familia deben recibir educación e información pertinente durante la atención, para un óptimo entendimiento y aceptación del tratamiento, la enfermedad, cuidados y necesidades al egreso. El proyecto tiene como objetivo estimar los cambios asociados a los conocimientos de los padres o cuidador sobre tópicos relevantes en salud. Adicionalmente, se evaluaron los determinantes de este aprendizaje.

Con un formato estandarizado se evaluó el nivel de conocimiento de los padres o cuidador de un grupo de niños hospitalizados. La evaluación se realizó al ingreso y egreso, abordando temas como: enfermedad actual, fiebre, diarrea, infecciones respiratorias agudas, vacunación y nutrición. Los cuatro primeros se agruparon como conocimientos en salud. Para cada tópico se estimó el cambio en los conocimientos. Posteriormente, en modelos de regresión lineal múltiple se evaluaron los determinantes de la magnitud del aprendizaje.

En el desarrollo del proyecto, se estudiaron 128 padres o cuidador, y se observó un incremento en el porcentaje de respuestas correctas de todos los tópicos. Las variables asociadas con el porcentaje de aprendizaje fueron la patología infecciosa (coeficiente: 2,99%; IC95%: 0,36 a 5,61), la desnutrición (11,45%; IC95%: 5,21 a 17,68), régimen subsidiado (-3,39%; IC95%: -6,41 a -0,37), cuidador con bachillerato (-2,36%; IC95%: -4,65 a -0,06) y considerar adecuado el manejo (9,15%; IC95%: 3,16 a 15,13). En cuanto a la nutrición, se observó que los cuidadores de estratos ≥ 2 evidenciaban un menor aprendizaje (-7,21%; IC95%: -13,73 a -0,69). Por otra parte, cuando el acudiente refería que le habían explicado la enfermedad presentaba un mayor aprendizaje (7,43%; IC95%: 0,27 a 14,59).

Al final de la investigación, se observa un incremento en el nivel de conocimientos durante la hospitalización y se evidencia que diversos factores de la enfermedad, sociodemográficos y de la percepción de la atención, condicionan este aprendizaje.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Salud. Especialización en Pediatría. José Fidel Latorre.

SUMMARY

TITLE: ASSESSMENT OF CHANGES IN KNOWLEDGE OF PEDIATRIC HEALTH AT UNIVERSITY HOSPITAL OF SANTANDER IN THE YEAR 2007*

AUTHOR: Fabio Alberto Navas Dominguez**

KEYS WORDS Pediatrics, education, caretaker, parents, AIEPI, hospitalization, children, prevention and promotion, Public Health, learning.

Pediatric patients and their families should receive education and relevant information during care in order to achieve an optimal understanding of disease and acceptance of treatment and care after discharge. To estimate the changes in the health knowledge of guardians associated with the hospitalization of the child, additionally, to assess the determinants of this learning.

Level of knowledge of the guardian was assessed using a standardized format. The evaluation was performed at admission and at discharge and was addressed the following topics: current illness, fever, diarrhea, acute respiratory infections, immunization and nutrition. The first four topics were grouped as general knowledge on health. Consequently, the change in the level of knowledge was estimated for each topic. Later, in multiple linear regression models determinants of the magnitude of learning were evaluated.

We studied 128 guardians and there was an increase in the percentage of correct answers for all the topics. The variables associated with the percentage of learning were: infectious disease (coefficient: 2.99%, 95% CI, 0.36 to 5.61), malnutrition (11.45%, 95% CI 5.21 to 17.68), subsidized scheme (-3.39%, 95% CI, -6.41 to -0.37), high school (-2.36%, 95% CI, -4.65 to -0.06) and consider proper handling (9.15%, 95% CI 3.16 to 15.13). With regard to nutrition, guardians of strata ≥ 2 showed a smaller learning (-7.21%, 95% CI: -13.73 to -0.69). On the other hand, guardians had more learning when they said that anyone explained them about disease (7.43%, 95% CI 0.27 to 14.59). There was an increase in the level of knowledge during hospitalization. In addition, several factors of the disease, socio-demographic variables and perception of guardian were determinants of learning about health topics.

** Work of Grade

** Facultad de Salud. Especialización en Pediatría. José Fidel Latorre.

1. INTRODUCCION

Una cifra cercana al 34% de la población infantil, en Santander y en Colombia, es menor de 15 años¹. Esta población, en algún momento de su vida, podría ser potencialmente beneficiaria de la atención hospitalaria. Los aspectos generales del cuidado y la atención de las enfermedades más frecuentes en la niñez, y de proceso de enfermedad, motivo de la hospitalización, deben ser conocidos por las personas responsables de los niños. Es responsabilidad de las entidades prestadoras de salud, en particular cuando el niño requiera atención intrahospitalaria, realizar esta labor. La educación ofrecida por la entidad de salud debería estar orientada a generar conocimiento en lo referente al proceso de enfermedad y a las enfermedades más prevalentes en la infancia, tales como la enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA), desnutrición y enfermedades prevenibles con el uso de biológicos, las cuales ocupan primeros lugares en la mortalidad y morbilidad infantil². Muchas de ellas pueden ser prevenibles, o sus complicaciones podrían minimizarse si los responsables de los menores conociesen los cuidados que se deben tener cuando ellas se presentan.

El desarrollo de estrategias educativas se ha empezado a llevar a cabo en instituciones de primer nivel de complejidad, sin embargo, no existen evaluaciones de esta actividad en instituciones de tercer o cuarto nivel.

¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, Programa Presidencial Colombia Joven, fondo de las Naciones Unidas para la infancia – UNICEF y Agencia de Cooperación técnica Alemana - GTZ . situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Bogotá D.C.: Noviembre 18 de 2004.

² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. AIEPI. Curso Clínico para profesionales de la salud. Colombia, 2004

El presente trabajo se realizó para conocer el estado de esta práctica durante el proceso de hospitalización de un menor en el Hospital Universitario de Santander.

2. DECLARACIÓN SOBRE EL APOORTE A LA EDUCACIÓN

Este trabajo pretendió reforzar la importancia de las estrategias de enseñanza, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el modelo curricular de las carreras de salud de la UIS, para que sea aplicado en el proceso de enseñanza en hospitalización.

3. DESCRIPCION DEL PROYECTO

Los objetivos trazados al realizar cualquier intervención en salud de los pacientes hospitalizados, deben estar encaminados además del mejoramiento en su estado de salud, a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la niñez. La hospitalización debe representar, para los padres o cuidadores, un valor agregado para aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad que padece y en las enfermedades prevalentes de la infancia. Lo anterior genera cambios de actitud hacia la salud y enfermedad disminuyendo la morbimortalidad infantil.

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, han sido diseñados para ser implementados en el primero y segundo nivel de complejidad, sin embargo, no se conocía la importancia de aplicarlo en el tercero y cuarto nivel y el impacto que esto pudiera tener en los conocimientos de la población y por ende en el mejoramiento de la salud de la misma.

La estrategia AIEPI (atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia) promueve la atención integral del paciente, a través de pautas educativas a las personas que intervienen en salud para prevenir y manejar las enfermedades prevalentes de la infancia y disminuir la mortalidad infantil.

Esta estrategia ha sido fundamentada en numerosas investigaciones, llevadas a cabo en diferentes países subdesarrollados, para la atención primaria en salud. Sin embargo, su aplicación no ha sido fomentada en los niveles de mayor complejidad, perdiéndose la oportunidad de lograr un mejor impacto en salud durante la hospitalización.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe cambio en el nivel de conocimientos de los padres o cuidador del niño hospitalizado en lo referente a las enfermedades prevalentes de la infancia, a la enfermedad por la cual se encuentra en tratamiento, y ante las intervenciones de salud?

3.2 HIPOTESIS

Los equipos de salud al suministrar información, a los padres o cuidador, en lo referente a la enfermedad motivo de hospitalización y algunas enfermedades prevalentes de la infancia lograrán un potencial mejoramiento en los conocimientos en salud al egreso de la hospitalización.

3.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La atención del paciente pediátrico, requiere por parte del equipo de salud, la intervención sobre el binomio madre o tutor, e hijo.

Según el manual de estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud³, el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el cliente, contempla dentro de la organización de los estándares (nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual) un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario, que específicamente pretende identificar los siguientes criterios: conocimiento del paciente acerca

³ MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN. Colombia. Resolución 1445 de Mayo 8 de 2006.

de su patología, forma de tratamiento de su enfermedad, expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento.

Los estándares, además, plantean la necesidad de proveer información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Prestan especial atención a la información que se brinda a los familiares, cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia.

El paciente y su familia deben recibir la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento. Dicha información debe lograr como mínimo: un óptimo entendimiento y aceptación del tratamiento, por parte del paciente, de sus objetivos, del proceso natural de la enfermedad y del estado actual de la misma, de cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y de las necesidades después del egreso⁴. La educación debe ser ofrecida por un grupo interdisciplinario.

Debe existir un plan de egreso que incluya: la explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación.

Las enfermedades discutidas, como prevalentes, por la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia), son algunas de las principales causas de morbimortalidad infantil y de consulta en las Américas. En nuestro medio, además, están los problemas perinatales y los accidentes. Teniendo en cuenta que muchas de estas enfermedades podrían ser evitadas, o tratadas fácilmente, creemos que la

⁴ Ibid.

educación en salud impartida a los pacientes, padres o tutores sobre ellas podría mejorar el estado de salud de los niños.

En el ejercicio de la profesión médica y de las demás profesiones de salud, se valora como satisfactoria la atención de los pacientes hospitalizados cuando se genera mejoramiento en el estado de salud con relación a su ingreso. Sin embargo, en dicha atención existe un valor agregado no medido, relacionado con el potencial mejoramiento y cambio en la salud de las personas, en relación a las intervenciones de salud que se realizan, y que podrían disminuir en un futuro la morbimortalidad de los pacientes.

En este estudio se pretendió medir el cambio en el nivel de conocimientos que generan las intervenciones médicas, en el comportamiento del niño o de las personas a su cargo, en lo referente a la enfermedad motivo de hospitalización y algunas enfermedades prevalentes de la Infancia.

Se supuso que si se lograba determinar el cambio en el nivel de conocimientos de padres o tutores, a través de las intervenciones educativas cotidianas del equipo de salud, se podría disminuir la morbilidad infantil.

3.4 OBJETIVOS

3.4.1 Objetivo general. Establecer la eficacia del proceso de hospitalización, en lo referente a cambios en conocimientos de los padres o cuidador, sobre la enfermedad motivo del ingreso y enfermedades prevalentes del menor.

3.4.2 Objetivos específicos

- Establecer los conocimientos que tiene el padre, madre o cuidador sobre la enfermedad del menor, al inicio de la hospitalización del niño en el servicio de pediatría
- Establecer los conocimientos que tiene el padre, madre o cuidador sobre la enfermedad del menor, al momento de la salida del hospital.
- Determinar si durante la hospitalización el personal de salud realizó labores educativas específicas sobre cuidados y salud de los niños.
- Establecer el grado de satisfacción que tienen los padres o tutores, sobre la educación recibida durante el tiempo de estancia hospitalaria.

4. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

Calidad. Según el decreto 2309 de octubre 15 del 2002, que hace referencia al sistema de calidad, señala que las instituciones deben cumplir con los estándares mínimos de calidad de obligatorio cumplimiento⁵.

Según el Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se entiende por Garantía de la Calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad⁶.

Carol Lynn Blancy, señala que la calidad desde el punto de vista del cliente está relacionada con el trato social y humanizado que puede ser evaluado por la relación con el personal de salud, la oportunidad en la atención, claridad de la información que recibe, la alimentación y la comodidad⁷.

Actitud hacia la salud y la enfermedad. El concepto de actitud ha sido controvertido con relación a los eventos, hechos o elementos, que constituyen una actitud. Alrededor de 1918 en el campo de la psicología social se consideró la actitud como “un proceso mental individual que determina tanto las respuestas actuales como las potenciales de cada persona en el mundo social”. Desde el punto de vista conductista en 1947 se definió la actitud como “una respuesta implícita, productora de impulso considerada socialmente significativa en la sociedad en que se desenvuelve el individuo”⁶.

⁵ Decreto 2309 de octubre 15 del 2002.

⁶ Op. Cit. MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.

⁷ BLANCY, C. Qué es la Calidad de Atención. Network Family Health Internacional. Vol. 8, N.4. Octubre de 1993; pág: 4-7.

Al pasar los años y desde las diferentes corrientes ideológicas, desde el campo de la psicología social las discrepancias con respecto a los componentes de la actitud se refieren a la dimensión afectiva, cognitiva y comportamental, en donde están incluidos aspectos como las intenciones y opiniones⁸.

La actitud se relaciona con conceptos como el de *opinión*, que se refiere a la expresión verbal de la actitud. Los *valores* se toman como una subclase de las actitudes, que orientan el comportamiento hacia ciertas metas con preferencia a otras, y proporcionan la fuerza motivacional para las acciones sociales significativas. La *creencia* no es directamente observable. Dentro de la estructura de las creencias, se deben discernir tres componentes: un componente cognitivo o de conocimiento, que se tiene o se cree tener, sobre un objeto o situación y puede expresarse en términos de “creo que” o “no creo que...”. Un componente afectivo, que se expresa en términos de simpatía-antipatía y corresponde al hecho de que la creencia es capaz de activar afectos de muy variada intensidad y dirección, afectos que se centran en: el objeto o situación de la creencia, en otros objetos, personas o grupos que asumen una posición positiva o negativa respecto al objeto o situación de la creencia y en la creencia misma cuando el valor de ésta es notoriamente puesto en duda por alguien. Finalmente un componente de acción o de comportamiento que contiene una disposición a responder de determinada manera, de acuerdo con los contenidos cognitivos o afectivos de la creencia, cuando es activada por las circunstancias⁹.

El conocimiento sobre lo que es una actitud, su naturaleza y funciones, es de trascendental importancia para poder interpretar el impacto de la educación en salud. Por ello debemos retomar la “actitud”, socialmente considerada, la

⁸ ESCALANTE ANGULO, C. Medición de Actitudes. Teoría y Técnicas. Primera edición. Fondo Nacional Universitario. Universidad Nacional. Santafe de Bogotá, 1989. p. 14, 16, 17.

⁹ Ibid. p. 14.

cual se adquiere mediante incorporación, por aprendizaje. Ella no se puede desligar del medio social en que se aprende y se mantiene. Debemos mencionar, igualmente, que el grupo familiar o social cercano ayuda a determinar las actitudes y que las diferencias se explican, en parte por la personalidad de cada quien, la cual ha sido socialmente condicionada¹⁰.

Ahora bien, si la actitud se considera como parte del proceso de aprendizaje social, esto quiere decir que se adquiere a través de un proceso de comunicación y es allí donde es importante saber cómo se desarrollan las actitudes, qué influencias tienen sobre las personas, sobre la sociedad y específicamente qué impacto tienen sobre la salud y la calidad de vida de las personas.

Los conceptos sobre salud presentes dentro de los saberes populares, usualmente van más allá de la enfermedad y de la medicina, ya que ponen acento en una salud que integra el organismo humano a la naturaleza, a las prácticas sociales y a la dimensión espiritual. Además contemplan una concepción totalizante de la relación entre el hombre y su medio y una cosmovisión fundamental en la unidad individuo – naturaleza – sociedad como sustento de la salud¹¹.

Cuando el individuo necesita asistencia para normalizar su estado de salud, el grupo al que pertenece ya tiene establecidas las soluciones y las orientaciones de acuerdo con la lógica de los principios de su propia cultura (Cárdenas, 1995:19), de esta forma podemos encontrar diversas maneras de brindar cuidado a la salud, es decir, las prácticas referentes a la salud son reflejo de la cultura¹².

¹⁰ Ibid. p. 14.

¹¹ Batista, E. Escalas de Actitudes para la Investigación Sociológica, Psicológica y Pedagógica. Ed. Copiyepes. Santafé de Bogotá, 1982. Pág: 2,16.

¹² Ibid. p. 16

En la práctica cotidiana, el autocuidado es una necesidad del hombre y normalmente es un proceso voluntario de la persona para consigo mismo, son actividades que se aprenden conforme el individuo madura. No es propio sólo de la adultez, dicho proceso abarca desde la niñez hasta la ancianidad. Aquí es pertinente, para ahondar en el conocimiento del proceso de toma de decisiones respecto a la salud, tener en cuenta la visión propia que se tenga del cuerpo, los sistemas normativos, valores, relaciones interpersonales y las creencias transmitidas intergeneracionalmente ya que esta no es la mirada usual que el sector salud formalmente establecido le da a este aspecto de la vida social de los colectivos humanos sino el biomédico esencialmente¹³.

El modelo biomédico ha tenido gran éxito en la curación y el tratamiento de varias enfermedades producidas por agentes biológicos, pero ha fracasado en su intento de encontrar formas de cuidar la salud dentro de contextos socioculturales específicos, es necesario aunar esfuerzos entre los múltiples saberes para alcanzar la salud de la mejor manera, teniendo presente que la eficacia de la educación en salud, que se brinda a las personas, se reflejará en la generación de actitudes favorables que determinaran, finalmente, el autocuidado.

En el presente trabajo se teoriza sobre las enfermedades prevalentes en los niños y niñas, tomando en cuenta el A.E.I:P.I. (Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia), como patrón de referencia, para la evaluación de las respuestas, dadas por los entrevistados; ya que son conceptos sencillos, mínimos para la comprensión y el manejo ambulatorio de las enfermedades más frecuentes en los niños,

¹³ Ibid. p. 16.

Conocimientos sobre el proceso de enfermedad. “La enfermedad puede describirse como una alteración de las funciones corporales que da como resultado una reducción de las capacidades o un acortamiento del lapso normal de vida. La enfermedad puede describirse además como aguda o crónica, transmisible, congénita, degenerativa, funcional, maligna, psicósomática o idiopática. La actuación del médico tiene como meta la eliminación o la mejoría de los procesos de enfermedad¹⁴.

La causa de la enfermedad se denomina etiología. Una descripción de la etiología de una enfermedad incluye la identificación de todos los factores causales que actúan juntos para producir la enfermedad en particular¹⁵.

Los factores de riesgo son situaciones, hábitos u otros fenómenos que aumentan la vulnerabilidad de la persona a la enfermedad o lesión. Los factores de riesgo pueden clasificarse en cinco áreas interrelacionadas; estructura genética, edad, factores fisiológicos, estilo de vida y ambiente¹⁶.

La competencia profesional se basa en la calidad técnica del desempeño, que incluye necesariamente el compromiso social de la profesión. Las competencias en la asistencia de los pacientes y sus familias, en la educación y en la administración y gestión del cuidado, están basadas en las tres dimensiones del saber, las cuales señalan como elementos fundamentales a los profesionales de salud en el fenómeno de la experiencia de los familiares responsables de los pacientes: saber ser (con la orientación humana profesional), saber como formación intelectual y saber hacer (en el desempeño operativo idóneo)¹⁷.

¹⁴ KOZIER, B; ERB, G; BLAIS, K. Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería. 2 ed. Interamericana Mc Graw Hill. Mexico, 1996. p. 41,259, 260, 269.

¹⁵ Ibid. p. 260.

¹⁶ Ibid. p. 269.

¹⁷ MERCADO, F; GASTALDO, D; CALDERÓN, C. Investigación cualitativa en salud Iberoamérica. Universidad de Guadalajara. 2002. Pág: 428, 429.

El comportamiento del familiar enfermo causa estrés en el cuidador, ya que no puede entender lo que está sucediendo. Por esta razón es necesaria la educación en la evolución de la enfermedad y las técnicas de cuidado, pues el cuidado domiciliario es proporcionado por la familia¹⁸.

Como un niño depende de los padres para muchas necesidades diarias, tanto los niños enfermos como sus familias pueden tener que hacer menos adaptaciones de rol que los adultos enfermos y sus familias. Sin embargo, todos los miembros de la familia experimentan ansiedad si se desconoce el resultado de la enfermedad del niño¹⁹.

La mayoría de las personas desean una explicación comprensible de sus síntomas. Las explicaciones muy técnicas, sin embargo, a menudo confunden y asustan a la gente²⁰.

La educación se refiere a las actividades por las cuales el educador ayuda al estudiante a aprender. Es un proceso interactivo entre un educador y uno o más alumnos en el que se logran objetivos de aprendizaje específicos o cambios de conducta deseados. El enfoque del cambio de conducta consiste generalmente en la adquisición de nuevos conocimientos o cualidades técnicas²¹.

Muchos factores han acrecentado la necesidad de educación sanitaria por parte del personal de salud. Hoy día se hace más hincapié en la promoción y mantenimiento de la salud y no sólo en el tratamiento; como resultado, las personas desean y exigen más conocimientos. El acortamiento de las estancias hospitalarias significa que los pacientes deben estar preparados

¹⁸ Ibid. p. 428, 429.

¹⁹ Op. Cit. KOZIER. P. 269.

²⁰ Ibid. p. 269.

²¹ Ibid. p. 269.

para asumir en casa la convalecencia. El aumento de las enfermedades crónicas requiere que tanto el paciente como la familia entiendan la enfermedad y su tratamiento²².

Para el éxito del afrontamiento de la enfermedad es necesario que la familia complete las tareas siguientes: reconocer el problema y sus consecuencias y adaptarse a la situación. Al animar a los padres a expresar sus sentimientos y preocupaciones sobre la enfermedad y la hospitalización de su hijo se facilita el proceso de adaptación al diagnóstico, pronóstico, la planificación y participación de los cuidados futuros²³.

La ansiedad deteriora la capacidad de procesar la información; las explicaciones sencillas se entienden más fácilmente²⁴.

La enseñanza del cuidador sobre las pruebas y medidas de tratamiento puede ayudar a disminuir su miedo y ansiedad asociados a lo desconocido, y mejorar su sensación de control sobre la situación, lo que fomenta su capacidad de afrontamiento. La percepción de la pérdida de control puede dar como resultado una sensación de impotencia y, luego, de desesperanza²⁵.

La evaluación de la comprensión de los miembros de la familia puede identificar los conceptos que deben ser impartidos a las familias²⁶.

El modelo de fortalecimiento de la familia, basado en la promoción de la autodeterminación, la capacidad de decisión y la autoeficacia, establece tres principios:

²² Ibid. p. 269.

²³ CARPENITO. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid, 1994. Pág: 553, 554, 582, 583, 704, 713.

²⁴ Ibid. p. 583.

²⁵ Ibid. p. 704.

²⁶ Ibid. p. 713.

- Los padres son competentes o tienen la capacidad de volverse competentes en el cuidado de su hijo.
- Los padres deben tener oportunidades para demostrar su competencia en el cuidado de sus hijos.
- Los padres necesitan la información necesaria para tomar las decisiones informadas y para obtener los recursos que satisfagan sus necesidades, adquiriendo de este modo el control sobre el cuidado de su hijo²⁷.

Conocimientos sobre alimentación. La mejor forma de alimentar a un niño desde el nacimiento hasta los seis meses de edad es con leche materna, sin necesidad de agua ni líquidos adicionales. El niño debe ser amamantado cada vez que lo desee de día y de noche, al menos ocho veces al día²⁸.

Las ventajas de la leche materna incluyen:

- Contiene todos los nutrientes y agua que necesita el lactante.
- Los nutrientes se absorben más fácilmente de la leche materna que de cualquier otra leche de fórmula.
- Protege al lactante contra infecciones.
- Ayuda a establecer una relación estrecha y cariñosa madre - hijo.
- Protege la salud de la madre al permitir la involución uterina, reducir la hemorragia postparto y el riesgo de cáncer ovárico y mamario materno²⁹.

²⁷ Ibid. p. 713.

²⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia- AIEPI. Aconsejar a la madre o al acompañante. 1996. p. 3,4

²⁹ Ibid. p. 4.

La ablactación es la introducción de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula en la alimentación infantil, las cuales deberán basarse en las características de maduración fisiológica del niño e idealmente a partir de los seis meses de vida. Inicialmente se inicia con papillas de frutas dulces, cereal de arroz posteriormente y de manera progresiva, introduciendo los alimentos cada 3 a 5 días de forma consecutiva, administrar verduras y hortalizas, tubérculos, yema de huevo, leguminosas y si existen antecedentes heredofamiliares de alergia los cítricos y alimentos alergizantes se administrarán después del año. Al año de edad el niño deberá recibir la misma alimentación que consume el resto de la familia³⁰.

Si por alguna razón el niño no pudo recibir leche materna, recibirá fórmula infantil de iniciación hasta los 6 meses de edad, de continuación hasta el año y la leche entera de vaca se iniciará a partir del año de edad³¹.

Vacunación. Los objetivos de las inmunizaciones son la prevención de enfermedades y la disminución o la eliminación de las mismas. La vacuna es una suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivados o muertos, fraccionados, de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

Pueden ser de varios tipos:

- **Replicativas:** Se realiza la atenuación de virus o bacterias por mecanismos de los cuales surgen formas de baja virulencia como replicaciones en medios modificados o por crecimiento en condiciones

³⁰ POSADA A, GÓMEZ JF, RAMÍREZ H. Alimentación y Nutrición en: El niño Sano. Universidad de Antioquia Ed. 1997. p.378.

³¹ CORREA JA, GÓMEZ JF, POSADA R. Alimentación con fórmulas lácteas. En Fundamentos de Pediatría Tomo I. Corporación para Investigaciones biológicas. 1994. p151

ambientales adversas. Ejemplos de estas vacunas son las virales (sarampión, parotiditis, rubéola, polio oral tipo Sabin, fiebre amarilla, varicela, rotavirus oral), bacterianas (vacuna oral de fiebre tifoidea, BCG), vacunas utilizando microorganismos como vectores para genes clonados por recombinación de DNA (fiebre amarilla, hepatitis B, herpes simple e influenza

- **Inactivadas o no replicativas:** Presenta una respuesta menos intensa y duradera que las vivas atenuadas. Pueden ser toxoides como el toxoide tetánico y diftérico, bacterias muertas como la bordetella pertussis y fracciones celulares como la vacuna acelular de pertussis, streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, neisseria meningitidis³².

Actualmente solo hay 3 contraindicaciones para vacunar a un niño:

- No se debe aplicar BCG a un niño que se sabe que tiene SIDA.
- No se debe aplicar DPT 2 o DPT 3 a un niño que haya tenido convulsiones o choque en los 3 días siguientes a la aplicación de la dosis anterior de DPT
- No se debe aplicar DPT a un niño con convulsiones no controladas u otra enfermedad neurológica activa.

³² PALÁU C. JM. Vacunas en: Rojas Soto E, Sarmiento Quintero F. Pediatría diagnóstico y tratamiento. Segunda edición. Celsus. 2003. p 81

Esquema de vacunación:

Cuadro 1. Esquema de vacunación - Programa ampliado de Inmunización (PAI) obligatorio en Colombia

ESQUEMA DE VACUNACIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI) OBLIGATORIO COLOMBIA	
EDAD	VACUNA
Recién Nacido	Antipolio - Dosis recién nacido B.C.G. - Dosis recién nacido - Unica dosis Hepatitis B - Dosis recién nacido
Dos meses	Antipolio - Primera dosis D.P.T. - Primera dosis Haemophilus Influenza tipo B - Primera dosis Hepatitis B - Primera dosis
Cuatro meses	Antipolio - Segunda dosis D.P.T. - Segunda dosis Haemophilus Influenza tipo B - Segunda dosis Hepatitis B - Segunda dosis
Seis meses	Antipolio - Tercera dosis D.P.T. - Tercera dosis Haemophilus Influenza tipo B - Tercera dosis Hepatitis B - Tercera dosis
Nueve meses	Sarampión - Única dosis
Un año	Fiebre Amarilla S.R.P. - Primera dosis
Año y medio	Antipolio - Refuerzo D.P.T. - Refuerzo
Cinco años	Antipolio - Refuerzo D.P.T. - Refuerzo
Diez años	S.R.P. - Refuerzo T.D. - Toxoide Tetánico y Diftérico, Fiebre Amarilla (refuerzo)

Fuente: http://www.tuytubebe.com/contenido/ninos/vacunacion_ninos.htm

Cuadro 2. Esquema de vacunas especiales

ESQUEMA DE VACUNAS ESPECIALES COLOMBIA	
EDAD	VACUNA
Dos meses	Neumococo pediátrica - Primera dosis
Cuatro meses	Neumococo pediátrica - Segunda dosis
Seis meses	Neumococo pediátrica - Tercera dosis
Tenga en cuenta lo siguiente: *Si la primera dosis de Neumococo se aplica entre 7 y 11 meses, debe recibir tres dosis con intervalo de dos meses.*Si la primera dosis de Neumococo se aplica entre 12 y 23 meses, debe recibir dos dosis con intervalo de 2 meses.	
Ocho meses a tres años	Influenza pediátrica
Tenga en cuenta lo siguiente:*Si la primera dosis de Influenza se aplica entre 8 meses y 3 años, debe recibir dos dosis con intervalo de un mes y cada año hasta los diez años. Si la primera dosis de Influenza se aplica de tres años en adelante, debe recibir una dosis cada año, hasta los diez años.	
Un año	Hepatitis A - Primera dosis Varicela - Primera dosis
Año y tres meses	Neumococo pediátrica (cuarta dosis) – Varicela (segunda dosis)
Año y medio	Haemóphilus Influenza tipo B - Refuerzo Hepatitis A - Segunda dosis
Dos años	Neumococo pediátrica y adulto (Sólo se aplica por recomendación del médico)
Cinco a catorce años	Meningococo
Nota: la segunda dosis debe aplicarse a los dos meses de la primera dosis	
Siete años	Neumococo pediátrica y adulto - Segunda y última dosis

Fuente: http://www.tuytubebe.com/contenido/ninos/vacunacion_ninos.htm

Enfermedad diarreica. Es el contenido de agua en las heces más elevado que el nivel normal. En muchas regiones se considera como diarrea la presencia de tres o más deposiciones sueltas o acuosas en un período de 24 horas³³.

³³ Pan American Health Organization Manual AIEPI para estudiantes. 2004. p158, 162

Dependiendo del tiempo de evolución se clasifica como Enfermedad diarreica aguda la que tiene una duración menor de 14 días, persistente de 14 días a un mes y crónica cuando dura más de un mes. Cuando hay sangre en las heces se denomina disentería, frecuentemente asociada a etiología bacteriana o amebiana.

La complicación más frecuente es la deshidratación y el manejo de líquidos es el pilar fundamental para realizar el tratamiento. Otras complicaciones pueden ser el desequilibrio hidroelectrolítico y ácido básico y en diarrea persistente la desnutrición.

Cuadro 3. Hallazgos clínicos dependiendo del grado de deshidratacion

SIN DESHIDRATACION	ALGUN GRADO DESHIDRATACION	DESHIDRATACION SEVERA
Estado de conciencia tranquilo	Irritable	Letárgico o inconsciente
Fontanela normal (<18m)	Fontanela deprimida	Fontanela muy deprimida
Ojos húmedos, llanto con lágrimas	Ojos hundidos, opacos	Ojos muy hundidos y secos
No tiene sed	Bebe ávidamente	No puede beber
Pliegue cutáneo negativo	Pliegue cutáneo positivo < de 2 segundos	Pliegue cutáneo positivo > de 2 segundos

Fuente: Pan American Health Organization Manual AIEPI para estudiantes. 2004. p158, 162

El tratamiento del niño con enfermedad diarreica aguda (E.D.A.) sin deshidratación es ambulatorio con recomendaciones a la madre de continuar alimentando al niño, dar 10-15 cc /Kg de sales de rehidratación oral (SRO) después de cada deposición, vigilar signos de alarma (deshidratación, fiebre persistente, disentería, intolerancia a la vía oral o deterioro clínico). Es importante enseñar a la madre a preparar las SRO y los pasos para realizarlo son: Lavarse las manos (evitando la contaminación del suero oral), se debe hervir agua y en un recipiente limpio medir un litro de agua fría. Se vierte el

contenido de un paquete, se mezcla bien hasta que se disuelva completamente. La solución se deberá desechar cada 24 horas³⁴.

Para el niño con algún grado de deshidratación se recomienda iniciar la hidratación con S.R.O. (75cc/Kg para 4 horas), si no tolera la VO, los líquidos podrán ser administrados por sonda nasogástrica, si no hay tolerancia o la vía oral está contraindicada se recomienda la administración de líquidos endovenosos medio isotónicos con una mezcla que se prepara con SSN 250cc + DAD 5% 250 cc + 5 cc de Katrol.

Si el paciente está muy deshidratado o en estado de choque, se recomienda la administración de 10 cc/Kg de líquidos isotónicos como lactato de ringer³⁵.

Infección respiratoria aguda (m. basada en evidencia AIEPI)

La infección respiratoria aguda (I.R.A.), es una de las principales causas de morbimortalidad infantil en países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 85% de las muertes por IRA son producidas por la neumonía³⁶.

Los aspectos que han influenciado la alta mortalidad por infección respiratoria aguda de manera más importantes son el retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento y la consulta tardía por parte de la madre, ocasionada por desconocimiento de los signos de peligro que causan la muerte. Siendo necesario la orientación del profesional de salud y de los padres, en base a los signos de peligro que causan la muerte del niño.

³⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-UNICEF. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Conversando con las madres sobre AIEPI.

³⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. UNICEF. Enfermedades prevalentes graves de la infancia. Diarrea. 2001. p51.

³⁶ Paisas basada en la evidencia AIEPI

Definición. Proceso infeccioso del aparato respiratorio ocasionado por gérmenes virales o bacterianos de menos de 15 días de evolución

Factores de riesgo

- Bajo nivel socioeconómico.
- Cambios bruscos de temperatura.
- Hacinamiento y microambiente.
- Hábito de fumar de los padres.
- Cocinas que utilizan combustible de biomasa (paja, lecha, residuos de cosechas, desechos agrícolas).
- Lactantes con bajo peso al nacer.
- No amamantamiento.
- Enfermedades asociadas como cardiopatías y enfermedades crónicas.
- Falta de inmunizaciones.

Clasificación – manifestaciones clínicas y manejo. La clasificación se hace, teniendo en cuenta o no la presencia de signos de gravedad y en base a esta clasificación se sugiere el manejo. Para neumonía ha sido considerado el signo de mayor sensibilidad la presencia de taquipnea y el de mayor especificidad y que sugiere gravedad de la infección, la presencia de tirajes. La taquipnea se define como la presencia de 60 o más respiraciones

por minuto en un niño desde el nacimiento hasta los dos meses de edad, de 50 o más veces por minuto en un niño de 2 meses a 11 meses de edad y de 40 o más veces por minuto en un niño mayor de un año³⁷.

- **Menor de dos meses.** Es un paciente que es considerado más susceptible a agravarse y morir por presentar mayor facilidad para desarrollar septicemias ante un proceso infeccioso.

Teniendo en cuenta este aspecto, cualquier signo de alarma presente en esta edad (taquipnea o tirajes), sugiere la necesidad de manejo intrahospitalario.

Cuadro 4. Clasificación – Manifestaciones Clínicas (Menor de 2 meses)

CLASIFICACION	SIGNOS	TRATAMIENTO
Enfermedad muy grave	Dejó de alimentarse Convulsiones Somnoliento o no despierta fácilmente. Estridor en reposo Fiebre o temperatura baja	Referir urgentemente al hospital Mantenerlo abrigado Dar primera dosis de antibiótico
Neumonía grave	Tiraje o taquipnea	Referir urgentemente al hospital. Mantener al bebé abrigado. Darle la primera dosis de antibiótico si es necesario.
No neumonía o resfriado	No tiene tiraje. No taquipnea	- Cuidarlo en casa -Mantener al niño abrigado -Amamantarlo con frecuencia -Limpiar la nariz si interfiere con la respiración -Consultar nuevamente si: Respira con dificultad o rápido, dificultad para alimentarlo o empeora

Fuente: Pan American Health Organization Manual AIEPI para estudiantes. 2004. p158, 162

³⁷ Ibid.

- **Mayor de dos meses.** En esta edad el signo considerado de mayor especificidad de gravedad es la presencia de tirajes, siendo éste signo el más importante a tener en cuenta al definir la necesidad de hospitalización.

Cuadro 5. Clasificación – Manifestaciones Clínicas (Mayor de 2 meses)

CLASIFICACION	SIGNOS	TRATAMIENTO
Enfermedad muy grave	No puede beber Convulsiones Somnoliento o no despierta fácilmente. Estridor en reposo Desnutrición grave.	Referir urgentemente al hospital Dar primera dosis de antibiótico Tratar la fiebre si tiene Tratar la sibilancia si tiene
Neumonía grave	Tiraje	Referir urgentemente al hospital. Darle la primera dosis de antibiótico si es necesario. Trate la fiebre si tiene Tratar la sibilancia si tiene
Neumonía	Tiene taquipnea, no tiene tiraje	Cuidarlo en casa. Darle un antibiótico. Tratar la fiebre si tiene. Control en 48 horas para nueva evaluación o antes si empeora
No neumonía o resfriado	No tiene tiraje ni taquipnea.	-Si tiene tos más de 15 días refiéralo para una evaluación Si tiene dolor de oído o garganta tratarlo. Cuidarlo en casa Trate la sibilancia si tiene.

Fuente: MORAN VASQUEZ, José Oscar. PEDIATRIA PRÁCTICA MANUAL MODERNO

Temperatura normal. La temperatura interna del cuerpo es de 37°C, pero varía con el momento del día y varios factores intrínsecos. Existe una variación normal, con temperatura usualmente más baja por la mañana (36.5°C) que aumenta hasta las últimas horas de la tarde (37.5°C). La temperatura normal del cuerpo puede elevarse 1°C o más por estímulos externos como el ejercicio vigoroso, clima muy cálido, un baño caliente o ropa excesiva³⁸.

³⁸ MORAN VASQUEZ, José Oscar. PEDIATRIA PRÁCTICA MANUAL MODERNO

Medición de la temperatura. Habitualmente se mide con termómetro de mercurio la cual se debe realizar en 5 a 6 minutos si se trata de temperatura axilar. Los termómetros electrónicos son más rápidos y exactos y no son recomendables las tiras para fiebre por no ser suficientemente confiables para un registro exacto de la temperatura.

Definición. Se considera que hay fiebre cuando la temperatura rectal es mayor de 38.3°C, la oral excede los 37.8°C y la axilar es de más de 38°C³⁹.

Efectos de la fiebre. La elevación de la temperatura corporal no es dañina por sí misma, siendo benéfica al promover o apoyar algunos componentes de la reacción inmunitaria. La elevación extrema de la temperatura corporal (más de 41.5°C) puede ser peligrosa desde el punto de vista metabólico o neurológico, y en algunos niños la fiebre puede precipitar convulsiones febriles. El grado de la fiebre no se relaciona con la gravedad de la enfermedad.

Tratamiento de la fiebre. Comprende fundamentalmente el diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente. No se recomienda la aspirina por su relación potencial con el síndrome de Reye. El acetaminofén es la droga de elección, sin embargo la temperatura no regresará a valores normales. Otras medidas prácticas para ayudar al control de la temperatura son quitar el exceso de ropa y frazadas y asegurar un adecuado ingreso de líquidos. Los baños con agua tibia o a una temperatura ligeramente más baja de la corporal pueden ser de utilidad. No debe utilizarse agua fría, porque causa vasoconstricción periférica y aumento en la temperatura central. Por la misma razón los ventiladores de enfriamiento deben usarse con cautela⁴⁰.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

Figura 1. Marco Teórico y del arte



Fuente: el autor

5. METODOLOGÍA PROPUESTA

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cuasi experimental, con medidas repetidas, y recolección prospectiva de la información. Tomando por cuasi-experimental el concepto dado por la Dra. Ángela María Segura Cardona directora de la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia, en Julio de 2003.

Los diseños que carecen de un control experimental absoluto de todas las variables relevantes debido a la falta de aleatorización ya sea en la selección aleatoria de los sujetos o en la asignación de los mismos a los grupos experimental y control, que siempre incluyen una pre prueba para comparar la equivalencia entre los grupos, y que no necesariamente poseen dos grupos (el experimental y el control), son conocidos con el nombre de cuasi experimentos.

De los Cuasi experimentales, este diseño corresponde al de Experimentos naturales, que son los que se desarrollan en la población sin que medie ningún tipo de intervención intencionada.

5.2 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población: Niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital de Santander (H.U.S.)

Si se tiene en cuenta que una hospitalización debería indicar una mejoría de por los menos el 30% en los conocimientos en relación a lo esperado, sobre

algunas enfermedades prevalentes de la infancia y de la enfermedad del paciente; si se asume un poder del 80%, una probabilidad de error tipo I del 0.05, y se realizan mediciones repetidas en cada uno de los núcleos familiares se hace necesario una muestra de 128 individuos, haciendo un cálculo a dos colas.⁴¹

5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información estuvo a cargo de una Licenciada en Supervisión Educativa, independiente del Hospital Universitario de Santander, con experiencia en temas de Salud Pública, y con previo entrenamiento en los temas a evaluar en la encuesta.

El encuestador asistió diariamente al servicio de Pediatría del HUS, dirigiéndose al puesto de enfermería para verificar la lista de pacientes hospitalizados en las últimas 24 horas. Luego de revisar los datos, se dirigía a la habitación y buscaba a los padres o cuidador del paciente. Le informaba sobre la investigación y solicitaba su consentimiento verbal. Constataba que esta persona permaneciera con el paciente mínimo 4 horas diarias definiendo la jornada de acompañamiento.

Procedía a realizarle una encuesta para recolectar los datos. (Anexo B)

La encuesta se diligenciaba de forma manual, objetiva e imparcial, sin emitir el encuestador ningún concepto personal ni orientación verbal que pudiera manipular la respuesta, o que indujera el resultado.

Se aplicó en las primeras 24 horas de hospitalización y al egreso del paciente

⁴¹ PÉREZ A, RODRÍGUEZ N, GIL J Y RAMÍREZ G. Software tamaño de la muestra versión 1.1

Figura 2. Recolección de la información



Fuente: el autor

5.3.1 Criterios de Inclusión

- Niños con orden médica de hospitalización en el servicio de pediatría del HUS, con entrevista inicial en las primeras 24 horas de hospitalización
- Estancia hospitalaria igual o mayor de dos días.
- Horas mínimas de acompañamiento diaria de madre o tutor (4 horas)

5.3.2 Criterios de Exclusión

- Si el padre o tutor mostraba disconfort o desacuerdo ante el seguimiento del entrevistador
- Si el paciente debía ser trasladado a otra institución o a otro nivel de atención
- Cambio espontáneo del tutor que aportó la información, trasladándose por causas inesperadas (por viaje, enfermedad, entre otros)

La característica determinante de la cohorte fue el requerimiento de hospitalización en el servicio de pediatría del HUS.

5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables fueron descritas en términos de porcentajes cuando se trataron de variables nominales u ordinales. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Los conocimientos sobre cada uno de los problemas fueron establecidos por los investigadores en una escala de 0 a 10. Se establecieron los puntajes al inicio y al final de la hospitalización y se determinó el porcentaje de cambio en el nivel de conocimientos. Estos cuestionarios fueron aplicados a quien permaneció la mayor parte del tiempo con el niño durante la hospitalización.

Se estableció la proporción de cambio en conocimientos con su respectivo IC 95%. Se realizó un análisis bivariado, en el cual se estableció la relación de cada una de las variables con el porcentaje de cambio significativo en el nivel de conocimientos. Dichas asociaciones fueron establecidas mediante pruebas de Chi cuadrado, en el caso de variables cualitativas; y t de student en el caso de variables cuantitativas. Finalmente, se hizo análisis

multivariado con el fin de plantear un modelo que nos permitiera cuantificar el peso real que cada factor tuvo en el proceso de cambio.

Se asumió confiabilidad del 95%, y poder para detectar diferencias del 80%.

5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Los anexos C y D muestran la definición de las variables

5.5.1 Variables independientes

- Sub servicio
- Estrato socioeconómico
- Edad del niño
- Género
- Educación del niño
- Género del cuidador
- Estado civil del cuidador
- Ocupación del cuidador
- Familiar acompañante
- Edad del padre o cuidador
- Educación del padre o cuidador
- Régimen de atención
- Severidad de la enfermedad
- Conocimientos de los padres o cuidadores sobre salud del niño al ingreso al hospital.
- Tiempo de acompañamiento dentro del hospital
- Calidad de la atención

5.5.2 Variable dependiente. Conocimientos de los padres o cuidadores sobre salud del niño al egreso del hospital.

5.6 CALIDAD DE LOS DATOS

Los datos consignados en las encuestas (Anexo 2), fueron diligenciados en una base de datos electrónica en Epi Info y su validación se hizo en el programa validate de Epi Info.⁴²

5.7 ANALISIS DE DATOS

Inicialmente, se realizó una descripción de las variables del paciente y de sus acudientes, registradas durante el ingreso. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias absolutas y como porcentajes. El tiempo de hospitalización se expresó como media con su desviación estándar y rango.

El puntaje de los participantes en cada una de las pruebas se manejó como variable continua y resumió en la forma de promedios e intervalos de confianza de 95% (IC95%). Además, para cada individuo se estimó la diferencia entre el puntaje obtenido en cada tema al ingreso y el obtenido posteriormente al egreso. De las diferencias también se calcularon los promedios e IC 95%.

Adicionalmente, sumando los temas de enfermedad del paciente, vacunación, fiebre, EDA e IRA, se obtuvo una puntuación de conocimientos generales en salud. El tema de la dieta se analizó por separado debido a que las preguntas fueron diferentes de acuerdo al grupo de edad y se consideró que el sexo del acudiente podía influir de manera diferente sobre la magnitud del aprendizaje en este tema en particular.

⁴² CDC. Epi Info, versión 6.04b. Epidemiología en ordenadores. Atlanta, Georgia. Enero, 2001.

Posteriormente, se realizaron análisis para determinar que variables estaban asociadas al nivel de conocimientos generales en salud y dieta de los cuidadores al ingreso. Para tal fin se empleó un análisis de regresión lineal y la selección de variables siguió un método stepwise manual backward en el que se buscó un modelo en el que todas las variables incluidas tuvieran una $p \leq 0,20$. Para el caso de la dieta, la variable grupo de edad se mantuvo en el modelo independientemente de su valor de p .

Finalmente, empleando una metodología similar de selección de variables, se empleó la regresión lineal para obtener modelos útiles para predecir la magnitud del aprendizaje durante la hospitalización. De esta forma, se tomaron como variables dependientes las diferencias entre las puntuaciones (expresadas como porcentajes) de egreso e ingreso, tanto de conocimientos generales como del tópico de alimentación.

5.8 RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se realizaron encuestas a los padres de 128 pacientes. El tiempo promedio de hospitalización de estos niños fue de 14,12 días con valores extremos de 3 y 93 días (desviación estándar = 13,72 días). En el Cuadro 6, se describen las características de los pacientes y en el Cuadro 7 las características de sus acudientes.

Cuadro 6. Características de los pacientes cuyos acudientes fueron encuestados.

VARIABLE	FRECUENCIA (%)
Grupo de edad	(n=128)
<6 meses	17 (13,28)
≥6 meses y <2 años	31 (24,22)
≥ 2 años	80 (62,5)
Nivel educativo	(n=34)
Kinder o menos	11 (32,35)
1	4 (8,82)
2	7 (20,59)
3	4 (11,76)
4	2 (5,88)
5	6 (17,65)
Seguridad social	(n=128)
ARS	101 (78,91)
SISBEN	15 (11,72)
Particular	12 (9,38)
Estrato	(n=92)
0	15 (16,3)
1	56 (60,87)
2	18 (19,57)
3	2 (2,17)
4	1 (1,09)
Patologías	(n=128)
Enf. Respiratoria	22 (16,97)
SNC	15 (11,5)
Digestivo	16 (12,28)
Neoplasia	12 (9,16)
Infecciosa	16 (12,28)
Traumas/accidentes	17 (13,06)
DNT	4 (3,09)
Cirugía	26 (21,66)

Fuente: el autor

Cuadro 7. Características de los encuestados (padres o acudientes de los pacientes)

VARIABLE	FRECUENCIA (%)
Edad (años)	(n=128)
15 a 19	14 (11,29)
20 a 29	57 (44,35)
30 a 39	39 (30,65)
40 o más	18 (13,71)
Acompañamiento	(n=128)
Femenino	114 (89,34)
Masculino	9 (6,56)
Pareja	5 (4,1)
Parentesco: Madre o Padre	114 (88,89)
Otros	14 (11,11)
Educación	(n=128)
Nula	6 (5,31)
Primaria incompleta	8 (6,19)
Primaria completa	57 (44,25)
Bachillerato incompleto	31 (23,89)
Bachillerato completo	26 (20,35)
Permanece con el paciente todo el día	114 (88,89)
Permanece con el paciente más de 4 horas y menos de 24 horas	14 (11,11)
Percepción de la calidad de la atención	(n=128)
Le explicaron	95 (74,22)
Le enseñaron	106 (82,81)
El trato del personal fue adecuado	117 (91,41)
Manejo médico adecuado	120 (93,75)
Desempeño	116 (90,63)
Comunicación	108 (84,38)
Satisfacción con la atención	119 (92,97)

Fuente: el autor

El cuadro 8 muestra el promedio de respuestas correctas en cada tema, excluyendo el tema de dieta y en el Cuadro 9 se muestran el puntaje alcanzado por cada encuestado a manera de calificación de 0 a 100%. Las

diferencias y sus intervalos de confianza indican que en todos los temas hubo un aumento en la cantidad de respuestas correctas y que este “aprendizaje” fue estadísticamente significativo. Los cuadros 8 y 9, y las figuras 3 y 4 evidencian que el aprendizaje ocurre en mayor medida en el tema de la enfermedad que sufre el paciente.

Cuadro 8. Número de respuestas correctas según tema y momento de evaluación

Tema y momento	n	Media	(IC95%: min; max)
Enfermedad actual (6 preguntas)			
Ingreso	128	3,13	(2,82; 3,44)
Egreso	128	4,12	(3,84; 4,39)
Diferencia	128	0,98	(0,78; 1,19)
Vacunas (10 preguntas)			
Ingreso	128	6,34	(5,95; 6,73)
Egreso	128	6,42	(6,04; 6,81)
Diferencia	128	0,07	(0,02; 0,12)
IRA (5 preguntas)			
Ingreso	128	2,07	(1,80; 2,33)
Egreso	128	2,31	(2,04; 2,58)
Diferencia	128	0,24	(0,13; 0,35)
EDA (8 preguntas)			
Ingreso	128	4,35	(3,96; 4,73)
Egreso	128	4,67	(4,31; 5,03)
Diferencia	128	0,33	(0,14; 0,51)
Fiebre (7 preguntas)			
Ingreso	128	4,14	(3,83; 4,45)
Egreso	128	4,73	(4,46; 4,99)
Diferencia	128	0,59	(0,41; 0,76)
Conocimientos (Total: 36 p.)*			
Ingreso	128	20,08	(18,76; 21,40)
Egreso	128	22,35	(21,16; 23,54)
Diferencia	128	2,23	(1,83; 2,63)

* No se incluyeron las preguntas de dieta en este total.

Fuente: el autor

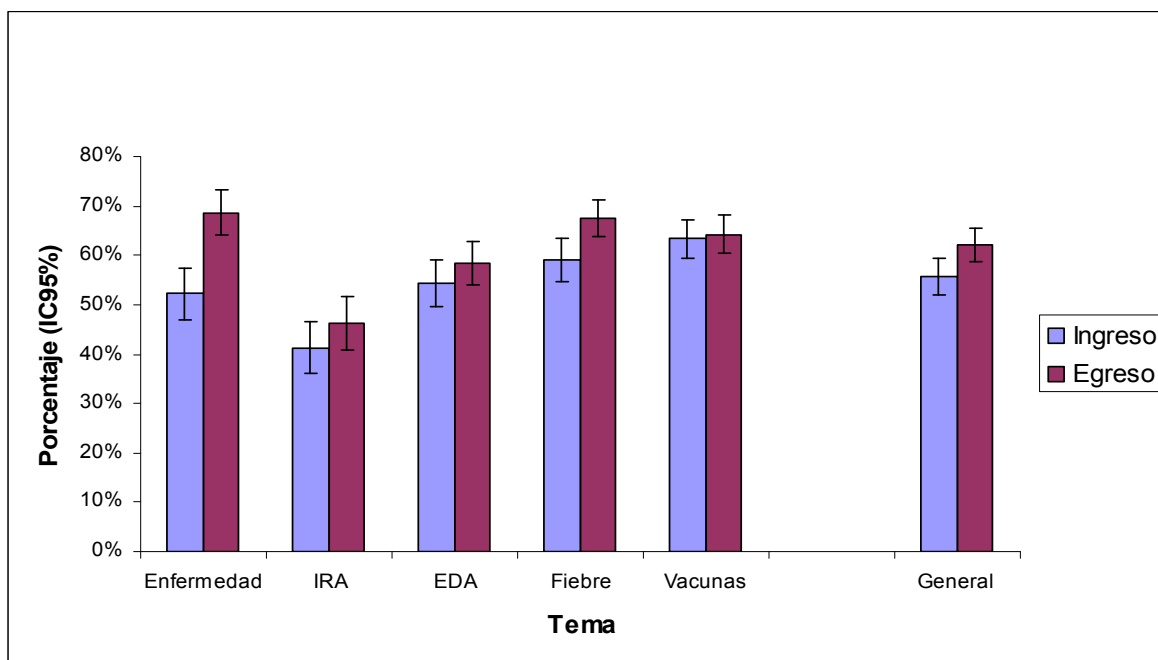
Cuadro 9. Porcentaje de respuestas correctas según tema y momento de evaluación.

Tema y momento de evaluación	n	Media	(IC95%: min; max)
Enfermedad actual			
Ingreso	128	52,21%	(47,06%; 57,37%)
Egreso	128	68,62%	(64,07%; 73,17%)
Diferencia	128	16,41%	(12,94%; 19,87%)
Vacunas			
Ingreso	128	63,36%	(59,46%; 67,26%)
Egreso	128	64,25%	(60,35%; 68,14%)
Diferencia	128	0,71%	(0,21%; 1,22%)
IRA			
Ingreso	128	41,33%	(36,10%; 46,56%)
Egreso	128	46,17%	(40,74%; 51,6%)
Diferencia	128	4,84%	(2,69%; 6,99%)
EDA			
Ingreso	128	54,32%	(49,56%; 59,07%)
Egreso	128	58,38%	(53,85%; 62,92%)
Diferencia	128	4,07%	(1,74%; 6,40%)
Fiebre			
Ingreso	128	59,15%	(54,71%; 63,6%)
Egreso	128	67,52%	(63,76%; 71,28%)
Diferencia	128	8,37%	(5,87%; 10,87%)
Conocimientos (Total)*			
Ingreso	128	55,78%	(52,11%; 59,44%)
Egreso	128	62,09%	(58,78%; 65,40%)
Diferencia	128	6,21%	(5,09%; 7,32%)

* No se incluyeron las preguntas de alimentación en este total.

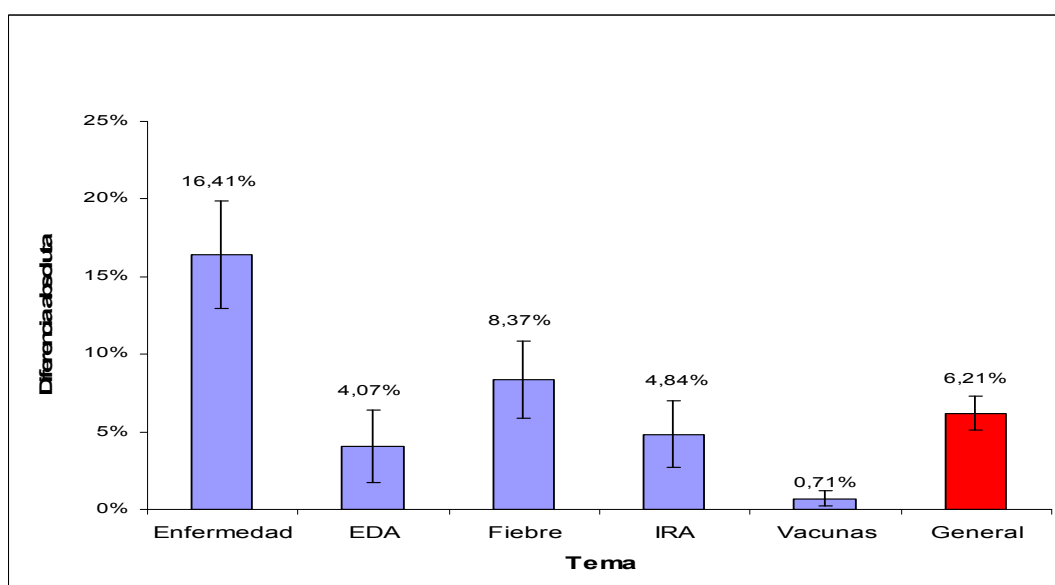
Fuente: el autor

Figura 3. Proporción de respuestas positivas (al ingreso y al egreso) sobre temas de salud, según grupos de edad.



Fuente: el autor

Figura 4. Diferencia en el porcentaje de respuestas positivas (egreso – ingreso)



Fuente: el autor

La dieta se analizó por separado debido a que las preguntas no fueron similares para todos los grupos de edad y a que factores como el parentesco y el sexo del cuidador influirían de forma diferente en el resultado de la encuesta.

Los cuadros 10 y 11, y las figuras 5 y 6, ilustran que hubo un aumento significativo en la cantidad de respuestas correctas en todos los grupos de edad. Sin embargo, el cambio es mayor en el grupo de menores de 6 meses.

Cuadro 10. Número de respuestas correctas en la encuesta de alimentación, según grupo de edad y momento de evaluación.

Grupo de edad y momento de evaluación	n	Media	(IC95%: min; max)
≤6 meses (11 preguntas)			
Ingreso	19	5,91	(4,58; 7,25)
Egreso	19	7,84	(6,98; 8,71)
Diferencia	19	2,16	(1,28; 3,03)
6 meses a 2 años (5 preguntas)			
Ingreso	31	2,84	(2,30; 3,38)
Egreso	31	3,06	(2,54; 3,59)
Diferencia	31	0,23	(0,04; 0,41)
>2 años (4 preguntas)			
Ingreso	78	2,79	(2,56; 3,01)
Egreso	78	2,96	(2,77; 3,14)
Diferencia	78	0,17	(0,06; 0,27)

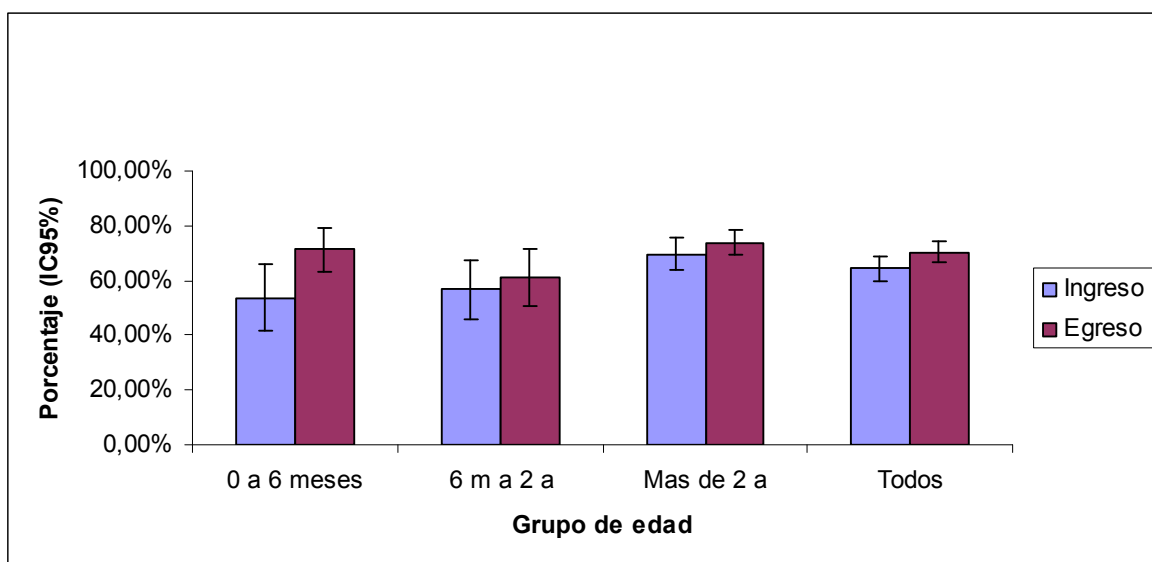
Fuente: el autor

Cuadro 11. Porcentaje de respuestas correctas en la encuesta de alimentación, según grupo de edad y momento de evaluación.

	n	Media	(IC95%: min; max)
≤6 meses			
Ingreso	19	53,74%	(41,59%; 65,89%)
Egreso	19	71,31%	(63,41%; 79,20%)
Diferencia	19	19,60%	(11,66%; 27,55%)
6 meses a 2 años			
Ingreso	31	56,77%	(46,04%; 67,51%)
Egreso	31	61,29%	(50,76%; 71,83%)
Diferencia	31	4,52%	(0,87%; 8,16%)
>2 años			
Ingreso	78	69,71%	(64,07%; 75,36%)
Egreso	78	73,88%	(69,15%; 78,60%)
Diferencia	78	4,17%	(1,49%; 6,84%)
Todas las edades			
Ingreso	128	64,37%	(59,67%; 69,07%)
Egreso	128	70,43%	(66,36%; 74,49%)
Diferencia	128	6,23%	(3,96%; 8,50%)

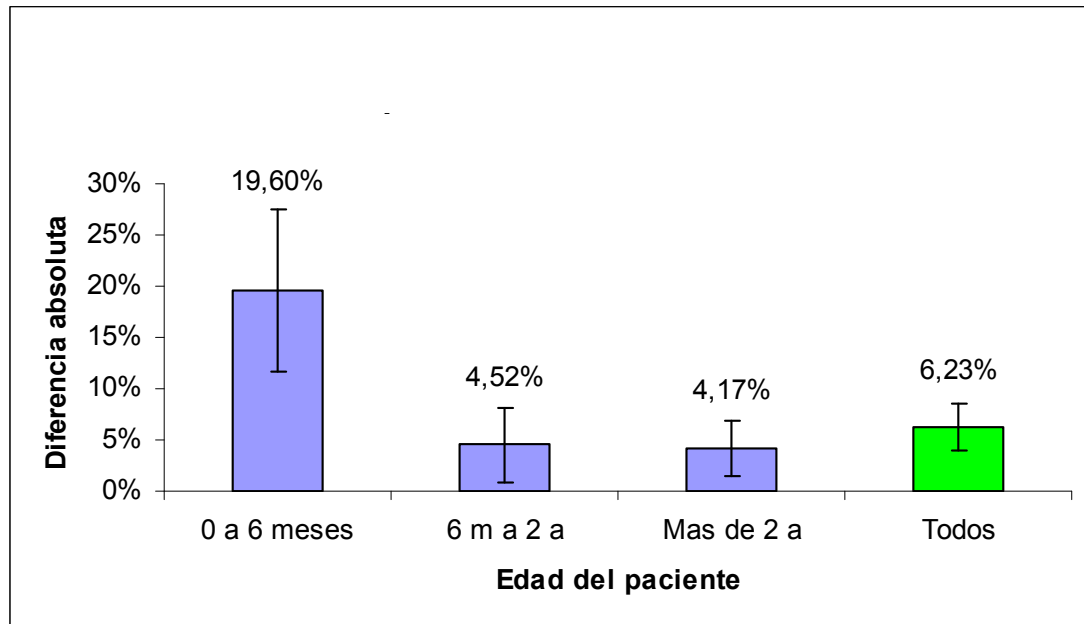
Fuente: el autor

Figura 5. Porcentaje de respuestas correctas sobre alimentación, según grupo de edad



Fuente: el autor

Figura 6. Diferencia en el porcentaje de respuestas positivas sobre dieta



Fuente: el autor

El Cuadro 12 muestra el modelo obtenido con las variables asociadas a la puntuación en conocimientos de salud (excluyendo alimentación) medida al ingreso. Se observa que los hombres se asocian a una menor puntuación comparados con las mujeres. Por otra parte, tener bachillerato completo estuvo asociado a un mejor resultado en la prueba.

En cuanto al tipo de patología, se observó que la patología infecciosa estuvo asociada a un valor menor mientras que las patologías neoplásicas a uno mayor en esta prueba de conocimientos.

Cuadro 12. Modelo de regresión lineal con las variables asociadas de forma independiente a la puntuación en conocimientos de salud al ingreso. *

Variable	Coefficiente	(IC95%: min; max)	Valor p
Acompañamiento (vs mujer sola)			
Hombre	-19,48%	(-33,60%; -5,36%)	0,007
Pareja	-15,38%	(-33,00%; 2,25%)	0,087
Bachillerato completo	19,06%	(11,09%; 27,03%)	<0,001
Tipo de patología del paciente			
Infecciosa	-10,45%	(-17,73%; -3,17%)	0,005
Neoplásica	11,09%	(0,09%; 22,10%)	0,048
Respiratoria	6,55%	(-2,09%; 15,19%)	0,14
Percepción de la atención			
Trato recibido del personal	15,06%	(3,54%; 26,59%)	0,04
Comunicación con el personal	-16,55%	(-32,38%; -0,72%)	0,01
Constante β_0	58,25%	(45,89%; 70,62%)	<0,001

* La variable dependiente fue el porcentaje de respuestas correctas en los temas de enfermedad del paciente, fiebre, diarrea, IRA y vacunación (no incluye alimentación).

Fuente: el autor

En cuanto a la alimentación, se observó que el desempeño en la prueba fue mas bajo cuando el niño y cuando el cuidador era de sexo masculino. El contar con bachillerato completo estuvo relacionado positivamente con los conocimientos en dieta pero esta asociación no alcanzó la significancia estadística (Cuadro 13).

Cuadro 13. Factores asociados con la puntuación en conocimientos sobre alimentación, evaluados al ingreso. Análisis de regresión lineal*.

Variable	Coefficiente	(IC95%: min; max)	Valor p
Paciente de sexo masculino	-10,38%	(-20,2%; -0,57%)	0,04
Cuidador de sexo masculino (solo)	-30,61%	(-51,82%; -9,39%)	0,005
Cuidador con bachillerato completo	10,84%	(-0,52%; 22,21%)	0,06

* Ajustado por grupo de edad, patología neoplásica y edad de cuidador.

Fuente: el autor

Posteriormente, se hicieron modelos para predecir la magnitud del aprendizaje durante la hospitalización. En relación con los conocimientos generales, la patología infecciosa y la desnutrición estuvieron asociadas a un mayor incremento en el resultado de la prueba. Por otra parte, contar con una ARS se asoció con un menor aprendizaje (Cuadro 14).

En relación con los datos del cuidador, contar con algún estudio de bachillerato se asoció a un menor incremento en los resultados de las pruebas, mientras que, considerar el manejo como adecuado se asoció a un mayor aprendizaje (Cuadro 14).

La variable tiempo de estancia hospitalaria no mantuvo significancia estadística en los modelos de aprendizaje.

Cuadro 14. Modelo para predecir la magnitud del aprendizaje en diferentes temas de salud*.

Variable	Coefficiente	(IC95%: min; max)	Valor p
Datos de paciente			
Sexo masculino	1,80%	(-0,46%; 4,06%)	0,12
Patología infecciosa	2,99%	(0,36%; 5,61%)	0,03
DNT	11,45%	(5,21%; 17,68%)	0,001
Cuenta con ARS	-3,39%	(-6,41%; -0,37%)	0,03
Datos del cuidador			
Bachillerato (completo o no)	-2,36%	(-4,65%; -0,06%)	0,04
Considera el manejo adecuado	9,15%	(3,16%; 15,13%)	0,003
Permanece con el niño todo el día	2,93%	(-1,15%; 7,02%)	0,16
Constante β_0	-4,58%	(-11,82%; 2,67%)	0,21

* Modelo de regresión lineal en el que la variable dependiente fue la diferencia absoluta en el porcentaje de respuestas correctas al egreso vs al ingreso. Incluye los temas de enfermedad del paciente, fiebre, EDA, IRA y vacunación.

Finalmente, las variables relacionadas con el aprendizaje en dieta fueron la edad, el estrato y el hecho de considerar que le explicaron la enfermedad (Cuadro 15).

Cuadro 15. Modelo para predecir la magnitud del aprendizaje sobre alimentación.*

Variable	Coefficiente	(IC95%: min; max)	Valor p
Grupo de edad (vs <6 meses)			
≥ 6 meses y <2 años	-12,95%	(-22,93%; -2,98%)	0,01
≥ 2 años	-7,98%	(-17,74%; 1,78%)	0,11
Sobre morbilidad del paciente			
Patología respiratoria	7,70%	(-0,22%; 15,63%)	0,06
Desnutrición	11,81%	(-2,92%; 26,54%)	0,11
Datos del cuidador			
Edad <25 años	5,11%	(-1,32%; 11,54%)	0,12
Estrato ≥2	-7,21%	(-13,73%; -0,69%)	0,03
Madre o padre	-7,38%	(-16,47%; 1,72%)	0,11
Percepción de la atención			
Le explicaron la enfermedad	7,43%	(0,27%; 14,59%)	0,04
Está satisfecho	-9,81%	(-20,81%; 1,20%)	0,08
Constante β_0	22,71%	(5,41%; 40,01%)	0,01

* Se empleó la regresión lineal y la variable dependiente fue la diferencia absoluta entre el porcentaje de respuestas correctas en la encuesta de dieta de egreso y de ingreso.

6. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se concibió como una investigación sin ningún riesgo, en el marco de la resolución 8430 de 1993 para investigación con seres humanos⁴³. De todos modos, los investigadores garantizaron, en todo momento, la privacidad de los encuestados y guardaron la confidencialidad de los mismos, por esto en ningún momento aparecen nombres en las bases de datos, sino que la información de cada individuo fue manejada bajo códigos numéricos y solo uno de los investigadores tuvo acceso a los formularios originales.

La presente investigación no tuvo beneficios directos inmediatos, pero se explicó a los participantes que ella podría ser la base para realizar ajustes en la atención de los niños hospitalizados, conduciendo a una mejora en la atención.

A cada uno de los padres o tutores se les explicó la naturaleza y objetivos del estudio y se les solicitó el consentimiento verbal.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander.

⁴³ República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430. Título II. Capítulo 1: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 11. Colombia; 1993. p.271.

7. DISCUSIÓN

- El estudio sugiere que hay un aprendizaje de los padres durante la hospitalización del paciente, pero no es significativo excepto para la desnutrición y la enfermedad causa de hospitalización.
- Existen variables asociadas con el nivel de conocimientos con el que ingresa el paciente. En algunos casos el nivel de los conocimientos basales condiciona la adquisición de nuevos conceptos.

De esta manera, si un grupo de padres y/o cuidador tiene bajos conocimientos al ingreso entonces tiene más por aprender y, por tanto, se tendría una mayor oportunidad de que la diferencia con el examen de egreso fuera más alta. Esto podría explicar el hecho de que la patología infecciosa esté relacionada con puntuación menor al ingreso pero se asocie a un mayor incremento de conocimientos durante la hospitalización.

De forma similar, el bachillerato completo se asocia a una puntuación más alta al ingreso pero a una menor diferencia en relación con el examen de egreso.

La aplicación práctica de estos resultados radica en que en los pacientes con alguna de estas características (patología infecciosa, Desnutrición o padres sin bachillerato), se puede esperar que la educación orientada a la familia tenga un mayor efecto y, por tanto, sea una intervención más eficiente.

Otro ejemplo de esto, se observa con la alimentación. Los padres de niños con menos de seis meses saben poco de lo que deberían saber sobre

lactancia, sin embargo, alcanzan un valor importante de conocimientos durante la hospitalización. En los otros grupos de edades el conocimiento al ingreso es más alto y esto se explica en parte porque la diferencia con el nivel de egreso es menor (Figura 5).

- Es importante mencionar que la percepción de la calidad de la atención incide sobre el aprendizaje de los padres. Explicar sobre la enfermedad y mostrar la idoneidad del manejo instaurado, influye positivamente sobre la adquisición de conocimientos significativos en salud.

8. CONCLUSIONES

- Se puede concluir que sí hubo un cambio educacional positivo en el Hospital Universitario de Santander en el año 2007, en unas áreas más que en otras, sin alcanzar el 30% determinado al inicio del trabajo. Esto fue más evidente en el conocimiento referente a la enfermedad causa de hospitalización en los padres cuyos niños se encontraban internados por desnutrición y en los conceptos sobre alimentación en menores de 6 meses de edad. En las demás áreas se dan cambios pero no son estadísticamente significativos.

- Hay temas en los que no se ven diferencias importantes en el aprendizaje al egreso, como lo relacionado con vacunas; en él se observó poco conocimiento al ingreso y al egreso.
 - El trabajo no nos permite evaluar que tan duraderos son los conocimientos adquiridos en el tiempo, ni cada cuanto se requiere reforzar lo enseñado.

 - Se podrían diseñar programas educativos, en áreas de mayores falencias como las enfermedades generales, prevalentes, infecciosas, desnutrición, vacunas y alimentación en menores de 6 meses; al igual que podría aprovecharse más el tiempo cuando el padre o tutor es hombre con bajos niveles de educación formal.

 - Es evidente la mayor influencia que ejerce sobre el aprendizaje del padre o tutor la calidad con que se entregue el conocimiento, la empatía del familiar con el personal médico y profesionales, o trabajadores de la salud, que la cantidad de tiempo de hospitalización.

BIBLIOGRAFIA

BATISTA, E. Escalas de Actitudes para la Investigación Sociológica, Psicológica y Pedagógica. Ed. Copiyepes. Santafe de Bogotá, 1982.

BLANCY, C. Qué es la Calidad de Atención. Network Family Health Internacional. Vol. 8, N.4. Octubre de 1993;

CARPENITO. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid, 1994.

CDC. Epi Info, versión 6.04b. Epidemiología en ordenadores. Atlanta, Georgia. Enero, 2001.

CORREA JA, GÓMEZ JF, POSADA R. Alimentación con fórmulas lácteas. En Fundamentos de Pediatría Tomo I. Corporación para Investigaciones biológicas. 1994.

Colombia. Decreto 2309 de Octubre 15 del 2002,

ESCALANTE ANGULO, C. Medición de Actitudes. Teoría y Técnicas. Primera edición. Fondo Nacional Universitario. Universidad Nacional. Santafe de Bogotá, 1989.

http://www.tuytubebe.com/contenido/ninos/vacunacion_ninos.htm

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, Programa Presidencial Colombia Joven, fondo de las Naciones Unidas para la infancia – UNICEF y Agencia de Cooperación técnica Alemana - GTZ . situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Bogotá D.C.: Noviembre 18 de 2004.

KOZIER, B; ERB, G; BLAIS, K. Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería. Segunda Edición .Ed. Interamericana Mc Graw Hill. Mexico, 1996.

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN. Colombia. Resolución 1445 de Mayo 8 de 2006.

MERCADO, F; GASTALDO, D; CALDERÓN, C. Investigación cualitativa en salud Iberoamérica. Universidad de Guadalajara. 2002.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. AIEPI. Curso Clínico para profesionales de la salud. Colombia, 2004.

MINISTERIO DE SALUD. República de Colombia. Resolución N° 008430. Título II. Capítulo 1: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 11. Colombia; 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - UNICEF. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Conversando con las madres sobre AIEPI.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia- AIEPI. Aconsejar a la madre o al acompañante. 1996.

_____. UNICEF. Enfermedades prevalentes graves de la infancia. Diarrea. 2001.

PAISAS BASADA EN LA EVIDENCIA AIEPI

PALÁU C. JM. Vacunas en: Rojas Soto E, Sarmiento Quintero F. Pediatría diagnóstico y tratamiento. Segunda edición. Celsus. 2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION Manual AIEPI para estudiantes. 2004.

MORAN VASQUEZ, José Oscar. PEDIATRIA PRÁCTICA MANUAL MODERNO

PÉREZ A, RODRÍGUEZ N, GIL J Y RAMÍREZ G. Software tamaño de la muestra versión 1.1

POSADA A, GÓMEZ JF, RAMÍREZ H. Alimentación y Nutrición en: El niño Sano. Universidad de Antioquia Ed. 1997.

ANEXOS

Anexo A. Formato de encuesta

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

Este formato está diseñado para recoger datos que permitan establecer la eficacia del proceso de hospitalización, en lo referente a cambios en conocimientos del padre o tutor, sobre la enfermedad motivo del ingreso y enfermedades prevalentes del menor. Tendrá fines exclusivamente investigativos, por lo cual se garantiza la confidencialidad de la información. Agradecemos su sinceridad y colaboración.

INSTITUCIÓN:			
UNIDAD HOSPITALARIA:		HISTORIA CLINICA:	
DATOS DEL PACIENTE			
Nombres y Apellidos:			
Edad:	Género: M: ___ F: ___	Nivel educativo:	Seguridad Social:
Tiempo de hospitalización:			
Diagnósticos al ingreso:			
Diagnósticos al egreso:			
Severidad de la enfermedad:			
DATOS DEL CUIDADOR			
Nombres y Apellidos:			
Edad:	Género: M: ___ F: ___	Nivel educativo:	Ocupación:
Estado civil:	Estrato:	Parentesco con el niño:	
Acompañamiento, al niño, en horas/día:			
Tiempo total en horas de acompañamiento			

CALIDAD DE LA ATENCIÓN				
EGRESO				
1. ¿A usted le han explicado la enfermedad por la cual está hospitalizado el niño?: SI ____ ¿Quién?: _____ NO ____				
RTA: Buena: SI Mala: NO				
2. ¿Qué le han enseñado acerca de la enfermedad de su hijo?: Causas: ____ Factores de riesgo: ____ Tratamiento: ____ Pronóstico: ____ Cuidados: ____ Otros: ____ Nada: ____				
RTA: Buena: Alguna opción Mala: Nada				
3. ¿Cómo considera el trato por parte del personal de salud que ha atendido al niño durante la hospitalización? Bueno ____ Regular: ____ Malo ____ ¿Por qué?:				
RTA: Buena: Bueno Mala: Regular o malo				
4. ¿Cómo considera el manejo médico que se le han dado a su hijo en el hospital?: Bueno ____ Regular: ____ Malo ____ ¿Por qué?:				
RTA: Buena: Bueno Mala: Regular o malo				
5. ¿Cómo califica el desempeño del personal de salud de pediatría?: Bueno ____ Regular: ____ Malo ____ ¿Por qué?:				
RTA: Buena: Bueno Mala: Regular o malo				
6. ¿Considera que la comunicación entre el personal de salud y usted es adecuada?: SI: ____ NO: ____ ¿Por qué?:				
RTA: Buena: SI Mala: NO				
7. ¿Están satisfechos con el servicio que se ofrece?: SI: ____ NO: ____ ¿Por qué?:				
RTA: Buena: SI Mala: NO				
TOTAL:				
PUNTAJE:				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1-2,5 RTAS	3 – 5 RTAS	5,5-6,5 RTAS	7 RTAS
VALOR POR RESPUESTA:	BUENA: 1		REGULAR: 0.5	MALA: 0

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD

INGRESO	EGRESO
<p>1. ¿Su hijo ha recibido medicamentos formulados (excepto acetaminofen) por personas diferentes al médico?: SI: ___ ¿Quién se lo formuló?: Autoformula: ___ Farmaceuta: ___ Personal de salud: ___ Familiar: ___ Otros: ___ NO: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: NO Mala: SI</p>	<p>1. ¿Su hijo ha recibido medicamentos formulados (excepto acetaminofen) por personas diferentes al médico?: SI: ___ ¿Quién se lo formuló?: Autoformula: ___ Farmaceuta: ___ Personal de salud: ___ Familiar: ___ Otros: ___ NO: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: NO Mala: SI</p>
<p>2. ¿Cuando su niño se enferma a quién acude para su tratamiento?: Farmaceuta: ___ Médico: ___ Personal de salud: ___ Familiar: ___ Otros: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: Médico o personal de salud Mala: los demás</p>	<p>2. ¿Cuando su niño se enferma a quién acude para su tratamiento?: Farmaceuta: ___ Médico: ___ Personal de salud: ___ Familiar: ___ Otros: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: Médico o personal de salud Mala: los demás</p>
<p>3. ¿Cuál es el diagnóstico o razón de hospitalización del niño?: Sabe: ___ No sabe: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: Sabe Mala: No sabe</p>	<p>3. ¿Cuál es el diagnóstico o razón de hospitalización del niño?: Sabe: ___ No sabe: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: Sabe Mala: No sabe</p>
<p>4. ¿Ha buscado información o ha averiguado acerca de la enfermedad del niño?: SI: ___ ¿Cómo obtuvo la información?: Personal de salud: ___ Familiar: ___ Medios de comunicación: ___ Otros: ___ NO: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: SI Mala: No</p>	<p>4. ¿Ha buscado información o ha averiguado acerca de la enfermedad del niño?: SI: ___ ¿Cómo obtuvo la información?: Personal de salud: ___ Familiar: ___ Medios de comunicación: ___ Otros: ___ NO: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: SI Mala: No</p>
<p>5. ¿Quiénes considera, usted, que son los responsables del cuidado y recuperación de la salud del niño durante la hospitalización?: Médico: ___ Enfermera: ___ Auxiliares de enfermería: ___ Usted: ___ Otros: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: Todos o algunos y se incluye Mala: No se incluye</p>	<p>5. ¿Quiénes considera, usted, que son los responsables del cuidado y recuperación de la salud del niño durante la hospitalización?: Médico: ___ Enfermera: ___ Auxiliares de enfermería: ___ Usted: ___ Otros: ___</p> <hr/> <p>RTA: Buena: Todos o algunos y se incluye Mala: No se incluye</p>

<p>6. ¿Usted conoce cuáles son los cuidados que se deben tener con el niño, por causa de la enfermedad? ¿Cuáles?: Conoce: _____ No conoce: _____</p> <hr/> <p>RTA: Buena: Conoce (al menos 2 cuidados principales) Regular: Conoce 1 cuidado Mala: No conoce</p>		<p>6. ¿Usted conoce cuáles son los cuidados que se deben tener con el niño, por causa de la enfermedad? ¿Cuáles?: Conoce: _____ No conoce: _____</p> <hr/> <p>RTA: Buena: Conoce (al menos 2 cuidados principales) Regular: Conoce 1 cuidado Mala: No conoce</p>			
TOTAL:		TOTAL:			
PUNTAJE:		PUNTAJE:			
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)					
1	2	3	4	5	
Ninguna RTA	1-2,5 RTAS	3-4,5 RTAS	5-5,5 RTAS	6 RTAS	
VALOR POR RESPUESTA:	BUENA: 1		REGULAR: 0.5		MALA: 0

CONOCIMIENTOS SOBRE DIETA: LACTANCIA MATERNA (MENORES DE 6 MESES)	
INGRESO	EGRESO
1. ¿Cuánto tiempo da seno a su bebé?: 15 o más min: ____ menos de 15 min: ____ <hr/> RTA: Buena: 15 o más minutos Mala: Menos de 15 minutos	1. ¿Cuánto tiempo da seno a su bebé?: 15 o más min: ____ menos de 15 min: ____ <hr/> RTA: Buena: 15 o más minutos Mala: Menos de 15 minutos
2. ¿Considera la leche materna alimento suficiente para su hijo?: SI: ____ NO: ____ <hr/> RTA: Buena: SI Mala: NO	2. ¿Considera la leche materna alimento suficiente para su hijo?: SI: ____ NO: ____ <hr/> RTA: Buena: SI Mala: NO
3. ¿Cuántas veces le da seno a su hijo en el día?: Ocho o más veces: ____ Menos de Ocho veces: ____ <hr/> RTA: Buena: Ocho o más veces Mala: Menos de Ocho veces	3. ¿Cuántas veces le da seno a su hijo en el día?: Ocho o más veces: ____ Menos de Ocho veces: ____ <hr/> RTA: Buena: Ocho o más veces Mala: Menos de Ocho veces
4. ¿A qué edad le empezaría a dar alimentos diferentes a la leche?: Desde los seis meses: ____ Antes de los seis meses: ____ <hr/> RTA: Buena: Desde los seis meses Mala: Antes de los seis meses	4. ¿A qué edad le empezaría a dar alimentos diferentes a la leche?: Desde los seis meses: ____ Antes de los seis meses: ____ <hr/> RTA: Buena: Desde los seis meses Mala: Antes de los seis meses
5. ¿Cuándo Ud. Toma medicamentos formulados por el médico, debe continuar dándole seno a su bebé?: SI: ____ NO: ____ Lo que diga el médico: ____ <hr/> RTA: Buena: SI o lo que diga el médico Mala: NO	5. ¿Cuándo Ud. toma medicamentos formulados por el médico, debe continuar dándole seno a su bebé?: SI: ____ NO: ____ Lo que diga el médico: ____ <hr/> RTA: Buena: SI o lo que diga el médico Mala: NO
6. ¿Se debe dar agua o aguas aromáticas al bebé para calmar la sed?: SI: ____ NO: ____ <hr/> RTA: Buena: NO Mala: SI	6. ¿Se debe dar agua o aguas aromáticas al bebé para calmar la sed?: SI: ____ NO: ____ <hr/> RTA: Buena: NO Mala: SI

7. ¿Se debe dar leche de tarro para que el niño se acostumbre?: SI: _____ NO: _____ RTA: Buena: NO Mala: SI		7. ¿Se debe dar leche de tarro para que el niño se acostumbre?: SI: _____ NO: _____ RTA: Buena: NO Mala: SI		
8. ¿Cuándo el niño está dormido usted lo despierta para darle de comer?: SI: _____ NO: _____ RTA: Buena: SI Mala: NO		8. ¿Cuándo el niño está dormido usted lo despierta para darle de comer?: SI: _____ NO: _____ RTA: Buena: SI Mala: NO		
9. ¿Por qué cree que se debe dar lactancia materna?: Vínculo Afectivo: ____ Inmunidad: ____ Tiene los nutrientes necesarios: ____ Otros: ____ RTA: Buena: Tres o más Razones Regular: Una o dos razones Mala: Ninguna		9. ¿Por qué cree que se debe dar lactancia materna?: Vínculo Afectivo: ____ Inmunidad: ____ Tiene los nutrientes necesarios: ____ Otros: ____ RTA: Buena: Tres o más Razones Regular: Una o dos razones Mala: Ninguna		
TOTAL:		TOTAL:		
PUNTAJE:		PUNTAJE:		
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 3,5 RTAS	4-7,5 RTAS	8-10,5 RTAS	11 RTAS
VALOR POR RESPUESTA:		BUENA: 1	REGULAR: 0.5	MALA: 0

CONOCIMIENTOS SOBRE DIETA: (6 MESES A 2 AÑOS)				
INGRESO		EGRESO		
1. ¿Cuáles alimentos evitaría darle al niño antes del año de edad?: RTA: Buena: Ácidos, clara de huevo, pescado, fresas, mariscos, maní. Mala: No responda o diga un alimento diferente		1. ¿Cuáles alimentos evitaría darle al niño antes del año de edad?: RTA: Buena: Ácidos, clara de huevo, pescado, fresas, mariscos, maní. Mala: No responda o diga un alimento diferente		
2. ¿A qué edad le suministra a su hijo alimentos diferentes a la leche?: Desde los seis meses: _____ Antes de los seis meses: _____ RTA: Buena: Desde los seis meses Mala: Antes de los seis meses		2. ¿A qué edad le suministra a su hijo alimentos diferentes a la leche?: Desde los seis meses: _____ Antes de los seis meses: _____ RTA: Buena: Desde los seis meses Mala: Antes de los seis meses		
3. ¿Cuál es primer alimento, diferente a la leche materna, que suministró a su hijo?: RTA: Buena: Frutas dulces y cereal de arroz Mala: Diferentes		3. ¿Cuál es primer alimento, diferente a la leche materna, que suministró a su hijo?: RTA: Buena: Frutas dulces y cereal de arroz Mala: Diferentes		
4. ¿Desde qué edad Ud. cree que se le puede dar leche de vaca a su hijo?: RTA: Buena: Después del año Mala: Antes del año		4. ¿Desde qué edad Ud. cree que se le puede dar leche de vaca a su hijo?: RTA: Buena: Después del año Mala: antes del año		
5. ¿Qué alimentos debe recibir un niño mayor de doce meses?: RTA: Buena: Comida familiar Mala: Diferente		5. ¿Qué alimentos debe recibir un niño mayor de doce meses?: RTA: Buena: comida familiar Mala: Diferente		
TOTAL:		TOTAL:		
PUNTAJE:		PUNTAJE:		
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 2 RTAS	3 RTAS	4 RTAS	5 RTAS
VALOR POR RESPUESTA:	BUENA: 1	REGULAR: 0.5	MALA: 0	

CONOCIMIENTOS SOBRE DIETA: (MAYORES DE 2 AÑOS)				
INGRESO		EGRESO		
1. ¿Cuántas comidas debe recibir un niño por día? RTA: Buena: 4- 5 Mala: Menor de 4 o mayor de 6		1. ¿Cuántas comidas debe recibir un niño por día? RTA Buena 4-5 Mala: Menor de 4 o mayor de 6.		
2. ¿En el niño mayor de dos años la alimentación debe ser la misma de la familia? SI: ____ NO: ____ RTA: Buena: SI Mala: NO		2. ¿En el niño mayor de dos años la alimentación debe ser la misma de la familia? SI: ____ NO: ____ RTA: Buena: SI Mala: NO		
3. ¿Cuáles alimentos debe recibir el niño diariamente de manera indispensable? RTA: Buena: Carbohidratos, proteínas grasas y vitaminas , o ejemplos que incluyan todos estos Regular: Respuesta parcial Mala: No sabe		3. ¿Cuáles alimentos debe recibir el niño diariamente de manera indispensable? RTA: Buena: Carbohidratos, proteínas grasas y vitaminas , o ejemplos que incluyan todos estos Regular: Respuesta parcial Mala: No sabe		
4. ¿Qué hace cuando su hijo no come? RTA: Buena: Consultar a profesional de la salud, dar alimentos agradables al niño, estimular positivamente al niño Mala: Premios o castigos, no pedir ayuda, autoformular vitaminas		4. ¿Qué hace cuando su hijo no come? RTA: Buena: Consultar a profesional de la salud, dar alimentos agradables al niño, estimular positivamente al niño Mala: Premios o castigos, no pedir ayuda, autoformular vitaminas		
TOTAL:		TOTAL:		
PUNTAJE:		PUNTAJE:		
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1-1,5 RTAS	2-3 RTAS	3,5 RTAS	4 RTAS
VALOR POR RESPUESTA:		BUENA: 1		
		REGULAR: 0.5		
		MALA: 0		

CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNACION			
INGRESO		EGRESO	
1. ¿A su hijo lo han vacunado?: SI NO____ ¿Por qué NO?:		1. ¿A su hijo lo han vacunado?: SI ____ NO____ ¿Por qué NO?:	
RTA: Buena: SI Mala: NO		RTA: Buena: SI Mala: NO	
2. ¿Usted sabe para qué sirven las vacunas? SI__ ¿Para qué?: NO__		2. ¿Usted sabe para qué sirven las vacunas? SI__ ¿Para qué?: NO__	
RTA: Buena: Si sabe Mala: No sabe		RTA: Buena: Si sabe Mala: No sabe	
3. ¿Cuáles enfermedades previenen las vacunas?:		3. ¿Cuáles enfermedades previenen las vacunas?:	
RTA: Buena: Menciona 5 o más enfermedades Regular: Menciona 1 a 4 enfermedades Mala: Ninguna		RTA: Buena: Menciona 5 o más enfermedades Regular: Menciona 1 a 4 enfermedades Mala: Ninguna	
4. ¿Hasta qué edad se debe vacunar el niño?:		4. ¿Hasta qué edad se debe vacunar el niño?:	
RTA: Buena: Hasta los 5 años y refuerzos cada 10 años. Regular: Hasta los 5 años. Mala: Diferente.		RTA: Buena: Hasta los 5 años y refuerzos cada 10 años Regular: Hasta los 5 años Mala: Diferente	
5. ¿Si a usted se le olvida llevar a vacunar al niño, en la fecha prevista, qué hace?:		5. ¿Si a usted se le olvida llevar a vacunar al niño, en la fecha prevista, qué hace?:	
RTA: Buena: Después lo lleva a vacunar Mala: No lo vacuna		RTA: Buena: Después lo lleva a vacunar Mala: No lo vacuna	
6. ¿Qué cuidados se deben tener después de vacunar al niño?:		6. ¿Qué cuidados se deben tener después de vacunar al niño?:	
RTA: Control y manejo de la fiebre, vigilar signos de inflamación local. Mala: No se:		RTA: Control y manejo de la fiebre, vigilar signos de inflamación local. Mala: No se:	
7. ¿Las vacunas causan enfermedades a los niños?: SI__ NO__		7. ¿Las vacunas causan enfermedades a los niños?: SI__ NO__	
RTA: Buena: NO Mala: SI No se:		RTA: Buena: NO Mala: SI No se:	

8. ¿Su hijo tiene la vacunación completa o adecuada para la edad? : SI ___ NO___ ¿Por qué? <hr/> RTA: Buena: SI Mala: NO		8. ¿Su hijo tiene la vacunación completa o adecuada para la edad? : SI ___ NO___ ¿Por qué? <hr/> RTA: Buena: SI Mala: NO	
9. ¿Cuando el niño tiene gripa puede ser vacunado? SI___ NO___ <hr/> RTA: Buena: SI Mala: NO		9. ¿Cuando el niño tiene gripa puede ser vacunado? SI___ NO___ <hr/> RTA: Buena: SI Mala: NO	
10. ¿Si el niño tiene diarrea usted lo vacunaría? SI ___ NO___ <hr/> RTA: Buena: SI Mala: NO		10. ¿Si el niño tiene diarrea usted lo vacunaría? SI ___ NO___ <hr/> RTA: Buena: SI Mala: NO	
TOTAL:		TOTAL:	
PUNTAJE:		PUNTAJE:	
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)			
1	2	3	4
Ninguna RTA	1- 3,5 RTAS	4-6,5 RTAS	7-9,5 RTAS
VALOR POR RESPUESTA:		BUENA: 1	REGULAR: 0.5
		MALA: 0	

CONOCIMIENTOS SOBRE IRA				
INGRESO		EGRESO		
1. ¿Usted utiliza algún medicamento para la tos? : SI ____ NO ____		1. ¿Usted utiliza algún medicamento para la tos? : SI ____ NO ____		
RTA: Buena: NO (SI : en caso de asmático) Mala: SI		RTA: Buena: NO (SI : en caso de asmático) Mala: SI		
2. ¿Usted qué hace para que el niño elimine las secreciones nasales?		2. ¿Usted qué hace para que el niño elimine las secreciones nasales?		
RTA: Buena: Suero fisiológico Mala: Aplicación de otras sustancias u objetos intranasales.		RTA: Buena: Suero fisiológico Mala: Aplicación de otras sustancias u objetos intranasales		
3. ¿Usted baña al niño, si tiene tos?: SI ____ NO ____		3. ¿Usted baña al niño, si tiene tos?: SI ____ NO ____		
RTA: Buena: SI Mala: NO		RTA: Buena: SI Mala: NO		
4. ¿UD. Suministraría antibiótico al niño tome un antibiótico si tiene tos y fiebre?: SI ____ NO ____		4. ¿UD. Suministraría antibiótico al niño tome un antibiótico si tiene tos y fiebre?: a. SI ____ NO ____		
RTA: Buena: NO o lo que diga el médico Mala: SI		RTA: Buena: NO o lo que diga el médico Mala: SI		
5. ¿Cuáles son los signos clínicos de alarma para neumonía?		5. ¿Cuáles son los signos clínicos de alarma para neumonía?		
RTA: Buena: Menciona 2 o más signos clínicos: Taquipnea, tirajes, aleteo nasal, estridor, letargia Regular: Menciona 1 Mala: Ninguno		RTA: Buena: Menciona 2 o más signos clínicos: Taquipnea, tirajes, aleteo nasal, estridor, letargia Regular: Menciona 1 Mala: Ninguno		
TOTAL:		TOTAL:		
PUNTAJE:		PUNTAJE:		
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 2,5 RTAS	3-3,5 RTAS	4-4,5 RTAS	5 RTAS
VALOR POR RESPUESTA:		BUENA: 1	REGULAR: 0.5	MALA: 0

CONOCIMIENTOS SOBRE EDA			
INGRESO		EGRESO	
1. ¿Cuáles alimentos son recomendables cuando el niño tiene diarrea?:		1. ¿Cuáles alimentos son recomendables cuando el niño tiene diarrea?:	
RTA: Buena: Menciona 2 alimentos: Manzana, pera, guayaba, plátano, arroz, Regular: Menciona 1 Mala: Ninguno		RTA: Buena: Menciona 2 alimentos: Manzana, pera, guayaba, plátano, arroz, Regular: Menciona 1 Mala: Ninguno	
2. ¿Sabe qué es el suero de rehidratación oral?: SI _____ ¿Para qué sirve el suero? NO _____		2. ¿Sabe qué es el suero de rehidratación oral?: SI _____ ¿Para qué sirve el suero? NO _____	
RTA: Buena: SI : para hidratar y prevenir la deshidratación Mala: No sabe		RTA: Buena: SI : para hidratar y prevenir la deshidratación Mala: No sabe	
3. ¿Cuándo le administraría UD. suero a un niño con diarrea?:		3. ¿Cuándo le administraría UD. suero a un niño con diarrea?:	
RTA: Buena: Después de cada deposición y cuando tenga algún signos de deshidratación Regular: Solo una respuesta Mala: No sabe		RTA: Buena: Después de cada deposición y cuando tenga algún signos de deshidratación Regular: Solo una respuesta Mala: No sabe	
4. ¿Cuándo el niño esta con diarrea UD. disminuye la cantidad de alimentos?: SI _____ NO _____		4. ¿Cuándo el niño esta con diarrea UD. disminuye la cantidad de alimentos?: SI _____ NO _____	
RTA: Buena: NO Mala: SI		RTA: Buena: NO Mala: SI	
5. ¿Cuándo el niño tiene diarrea debe suspender la leche?: SI _____ NO _____		5. ¿Cuándo el niño tiene diarrea debe suspender la leche?: SI _____ NO _____	
RTA: Buena: NO Mala: SI		RTA: Buena: NO Mala: SI	
6. ¿Cuándo debe consultar un niño por diarrea?:		6. ¿Cuándo debe consultar un niño por diarrea?:	
RTA: Buena: Menciona 2 razones : Esta peor después de 48 horas, está deshidratado, tiene disentería, vómito mayor de 3 veces por hora o intolerancia a la vía oral, fiebre mayor de 48 horas. Regular: Menciona 1 razón Mala: Ninguna		RTA: Buena: Menciona 2 razones : Esta peor después de 48 horas, está deshidratado, tiene disentería, vómito mayor de 3 veces por hora o intolerancia a la vía oral, fiebre mayor de 48 horas. Regular: Menciona 1 razón Mala: Ninguna	

<p>7. ¿Cómo se puede evitar que el niño le dé diarrea?:</p> <p>RTA: Buena: Menciona 2 razones : Buenos hábitos higiénicos y de alimentación Regular: Menciona 1 razón Mala: Ninguna</p>		<p>7. ¿Cómo se puede evitar que el niño le dé diarrea?:</p> <p>RTA: Buena: Menciona 2 razones : Buenos hábitos higiénicos y de alimentación Regular: Menciona 1 razón Mala: Ninguna</p>		
<p>8. ¿Cómo sabe UD si su niño está deshidratado?:</p> <p>RTA: Buena: Menciona 2 signos clínicos: Ojos hundidos, mucosa oral seca, pliegue menor de dos segundos, irritable. Regular: Menciona 1 Mala: Ninguna</p>		<p>8. ¿Cómo sabe UD si su niño está deshidratado?:</p> <p>RTA: Buena: Menciona 2 signos clínicos: Ojos hundidos, mucosa oral seca, pliegue menor de dos segundos, irritable. Regular: Menciona 1 Mala: Ninguna</p>		
TOTAL:		TOTAL:		
PUNTAJE:		PUNTAJE:		
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 2,5 RTAS	3 – 5,5 RTAS	6 – 7,5 RTAS	8 RTAS
VALOR POR RESPUESTA:	BUENA: 1		REGULAR: 0.5	MALA: 0

CONOCIMIENTOS SOBRE FIEBRE			
INGRESO		EGRESO	
1. ¿Usted qué hace cuando el niño tiene fiebre?: (Bañar, aumentar la ingesta de líquidos, dar antipiréticos)		1. ¿Usted qué hace cuando el niño tiene fiebre?: (Bañar, aumentar la ingesta de líquidos, dar antipiréticos)	
RTA: Buena: Aumentar la ingesta de líquidos, dar acetaminofén, consultar al médico Mala: No sabe que hacer, alcohol, agua fría, medicamentos diferentes al acetaminofén o autoformulados		RTA: Buena: Aumentar la ingesta de líquidos, dar acetaminofén, consultar al médico Mala: No sabe que hacer, alcohol, agua fría, medicamentos diferentes al acetaminofén o autoformulados	
2. ¿Desde cuál temperatura se considera que es fiebre?: Sabe: _____ No sabe: _____		2. ¿Desde cuál temperatura se considera que es fiebre?: Sabe: _____ No sabe: _____	
RTA: Buena: Axilar de 38oC Mala: No sabe		RTA: Buena: Axilar de 38oC Mala: No sabe	
3. ¿Cómo se toma la temperatura?: Sabe: _____ No sabe: _____		3. ¿Cómo se toma la temperatura?: Sabe: _____ No sabe: _____	
RTA: Buena: Axilar durante 3 a 5 minutos Mala: No sabe		RTA: Buena: Axilar durante 3 a 5 minutos Mala: No sabe	
4. ¿Si a un niño recién nacido le da fiebre qué se debe hacer?: Lo lleva al médico: _____ No lo lleva al médico: _____		4. ¿Si a un niño recién nacido le da fiebre qué se debe hacer?: Lo lleva al médico: _____ No lo lleva al médico: _____	
RTA: Buena: Lo lleva al médico Mala: No lo lleva al médico		RTA: Buena: Lo lleva al médico Mala: No lo lleva al médico	
5. ¿Cuándo un niño tiene fiebre se debe bañar con agua fría?: SI ___ NO___		5. ¿Cuándo un niño tiene fiebre se debe bañar con agua fría?: SI ___ NO___	
RTA: Buena: NO Mala: SI		RTA: Buena: NO Mala: SI	
6. ¿Cuando el niño tiene fiebre se le puede dar leche?: SI ___ NO___		6. ¿Cuando el niño tiene fiebre se le puede dar leche?: SI ___ NO___	
RTA: Buena: SI Mala: NO		RTA: Buena: SI Mala: NO	

<p>7. ¿Un niño debe recibir antibióticos para tratar la fiebre?:</p> <p>SI _____ NO _____</p> <p>Lo que diga el médico _____</p> <hr/> <p>RTA: Buena: No o lo que diga el médico</p> <p>Mala: SI</p>		<p>7. ¿Un niño debe recibir antibióticos para tratar la fiebre?:</p> <p>SI _____ NO _____</p> <p>Lo que diga el médico _____</p> <hr/> <p>RTA: Buena: No o lo que diga el médico</p> <p>Mala: SI</p>		
TOTAL:		TOTAL:		
PUNTAJE:		PUNTAJE:		
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 2,5 RTAS	3-5,5 RTAS	6-6,5 RTAS	7 RTAS
VALOR POR RESPUESTA:		BUENA: 1	REGULAR: 0.5	MALA: 0

Anexo B. Instructivo para diligenciamiento del formato de encuesta

PROYECTO DE PEDIATRÍA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

“EVALUACION DE LOS CAMBIOS EDUCACIONALES EN SALUD PEDIATRICA”

Se registra la información básica de hospitalización, los datos del paciente y cuidador principal.

Luego aparecen tablas con cada área del conocimiento que deberá responderse por la misma persona (cuidador principal) en el ingreso y en el egreso de la hospitalización del niño. Los investigadores diligenciarán el formato.

Cada área del conocimiento a evaluar (calidad de la atención, conocimientos sobre: el proceso de la enfermedad, dieta: lactancia materna menores de 6 meses, 6 meses a 2 años, mayores de 2 años, vacunación, Infección respiratoria aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, fiebre), tiene una serie de preguntas ubicadas en dos columnas; una que corresponde al ingreso y otra al egreso, las cuales se deberán señalar con el valor de la respuesta (1 ; 0,5 ó 0) en la casilla que se encuentra frente a la pregunta y en algunas ocasiones completar cuando aparecen preguntas de verificación tales como: ¿quién?, ¿por qué?, ¿cuáles?, ¿para qué?. Debajo de cada pregunta se aclara qué se considera según los investigadores una respuesta buena, regular o mala.

Las preguntas que se refieren a la evaluación de la calidad de la atención, serán efectuadas en la parte inicial de la segunda entrevista sobre los conocimientos de salud.

Existe un valor determinado para cada respuesta así:

VALOR POR RESPUESTA:	BUENA: 1	REGULAR: 0.5	MALA: 0
-----------------------------	----------	--------------	---------

El valor de las respuestas se suman en forma vertical y se escribe el resultado frente a la casilla **TOTAL: ____**. Este resultado se convertirá en el puntaje asignado, según la escala de evaluación establecida y se colocará en la casilla al frente de **PUNTAJE: ____**. **(Esta es la calificación que el cuidador principal obtiene en esa área del conocimiento).**

<A continuación se exponen cada área del conocimiento con su correspondiente escala de evaluación:

CALIDAD DE LA ATENCIÓN				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1-2,5 RTAS	3 – 5 RTAS	5.,5-6,5 RTAS	7 RTAS

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1-2,5 RTAS	3-4,5 RTAS	5-5,5 RTAS	6 RTAS
CONOCIMIENTOS SOBRE DIETA: LACTANCIA MATERNA (MENORES DE 6 MESES)				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 3,5 RTAS	4-7,5 RTAS	8-10,5 RTAS	11 RTAS

CONOCIMIENTOS SOBRE DIETA: (6 MESES A 2 AÑOS)				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 2,5 RTAS	3-4,5 RTAS	5-5,5 RTAS	6 RTAS

CONOCIMIENTOS SOBRE DIETA: (MAYORES DE 2 AÑOS)				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1-1,5 RTAS	2-3 RTAS	3,5 RTAS	4 RTAS

CONOCIMIENTOS SOBRE VACUNACION				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 3,5 RTAS	4-6,5 RTAS	7-9,5 RTAS	10 RTAS

CONOCIMIENTOS SOBRE IRA				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 2,5 RTAS	3-3,5 RTAS	4-4,5 RTAS	5 RTAS

CONOCIMIENTOS SOBRE EDA				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 2,5 RTAS	3 – 5,5 RTAS	6 – 7,5 RTAS	8 RTAS

CONOCIMIENTOS SOBRE FIEBRE				
ESCALA DE EVALUACIÓN: (PUNTAJE)				
1	2	3	4	5
Ninguna RTA	1- 2,5 RTAS	3-5,5 RTAS	6-6,5 RTAS	7 RTAS