

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO Y ACTITUDES
DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES
DE CINCO AÑOS ANTE LA FIEBRE”**

Estudio observacional analítico realizado en la Aldea El Rancho
del municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso,

mayo-junio 2016

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Ada Fabiola Alvizuris Chavarria
Esteban Ismael Ramírez Juárez
Hugo Fernando Gallardo Cortez
Julia Noemi Melgar Gil
Madeline Vianney Vásquez Romero**

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Ada Fabiola Alvizuris Chavarría	200610208
Esteban Ismael Ramírez Juárez	200718094
Hugo Fernando Gallardo Cortez	200721123
Julia Noemi Melgar Gil	200910175
Madeline Vianney Vásquez Romero	200910616

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO Y ACTITUDES
DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES
DE CINCO AÑOS ANTE LA FIEBRE”**

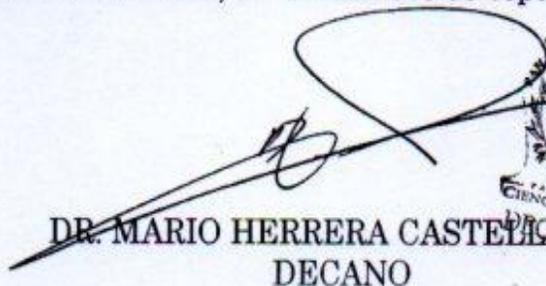
Estudio observacional analítico realizado en la Aldea El Rancho
del municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso,

mayo - junio 2016

Trabajo asesorado por la Dra. María Victoria Pimentel Moreno y revisado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintinueve de septiembre del dos mil dieciséis



DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Ada Fabiola Alvizuris Chavarría	200610208
Esteban Ismael Ramírez Juárez	200718094
Hugo Fernando Gallardo Cortez	200721123
Julia Noemi Melgar Gil	200910175
Madeline Vianney Vásquez Romero	200910616

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO Y ACTITUDES
DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES
DE CINCO AÑOS ANTE LA FIEBRE"**

Estudio observacional analítico realizado en la Aldea El Rancho
del municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso,

mayo - junio 2016

El cual ha sido revisado por el Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veintinueve de septiembre del dos mil dieciséis.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



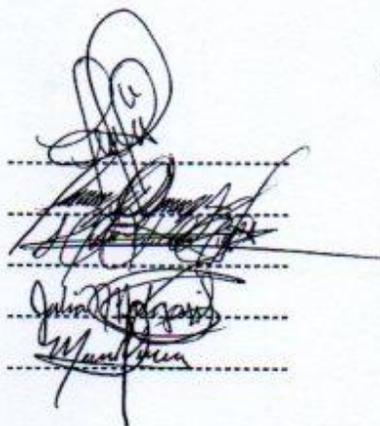
Guatemala, 19 de septiembre del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

Ada Fabiola Alvizuris Chavarría
Esteban Ismael Ramírez Juárez
Hugo Fernando Gallardo Cortez
Julia Noemi Melgar Gil
Madeline Vianney Vásquez Romero



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO Y ACTITUDES
DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES
DE CINCO AÑOS ANTE LA FIEBRE"**

Estudio observacional analítico realizado en la Aldea El Rancho
del municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso

mayo-junio 2016

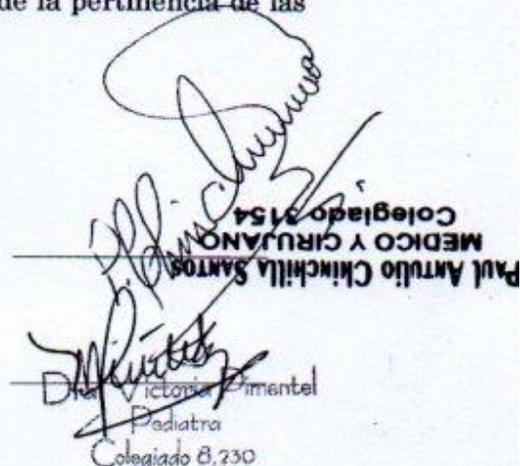
Del cual la asesora y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisor: Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos

No. de registro de personal 20100161

Asesora: Dra. María Victoria Pimentel Moreno



Paul Antulio Chinchilla Santos
Colegiado 2154
Médico y Cirujano

Dra. Victoria Pimentel
Pediatra
Colegiado 8,230

Acto que dedico a:

Dios

Mi Padre Eterno, quien me acompaña en todo momento; eres el centro de mi vida y a quien debo todo. Todo lo que soy y anhelo ser, sea para honrar tu nombre.

Mi familia

Mis padres Willy y Rosita, a mis hermanos Steve y Kenny quienes son mi fuerza y apoyo incondicional; después de Dios, ustedes son lo más importante en mi vida y alcanzo este logro tan anhelado por y para ustedes, los amo.

A toda mi familia, tíos y primos quienes han estado presentes durante este largo, pero no imposible recorrido. Gracias por sus palabras, oraciones y muestras de apoyo cuando sentía desfallecer.

Mis amigos

A cada una de las personas que Dios me ha permitido conocer durante estos años, gracias por ese apoyo tan necesario en cada una de las etapas de esta hermosa profesión. Todos ustedes son una bendición.

Mi Alma Mater

Agradezco a la Facultad de Ciencias Médicas y a mis catedráticos por ser la parte fundamental de mi formación; al Dr. Chinchilla y a la Dra. Pimentel, gracias por su apoyo y paciencia en este trabajo, por compartir sus conocimientos y su tiempo. Agradezco a la tricentenaria Universidad de San Carlos, orgullosamente mi Alma Mater.

Ada Fabiola Alvizuris Chavarría.

Acto que dedico a:

Dios

Por ser mi amigo fiel, por tu misericordia y gran amor, por iluminar mi vida y darme la bendición de haber culminado una etapa muy importante.

Mis padres

Marco Antonio Ramírez Villatoro y Ruth Juárez Herrera, por todo tu apoyo, su amor y comprensión. Porque han estado conmigo cuando más los he necesitado, por su ayuda y porque han sido un modelo de padres inigualable. Los Amo. Este triunfo es para ustedes.

Mis hermanos

Abel y Pablo, gracias a ustedes por la ayuda que me brindaron, por tantas tristezas que supimos superar como hermanos y sobre todo por tanta felicidad que este día ha traído. Que este triunfo sea de ejemplo para su futura formación.

Mi familia en general: Por las muestras de apoyo, con inmenso cariño, mis abuelos, tías y primos, por estar siempre conmigo en todo momento de la vida, Dios los bendiga enormemente.

Mis amigos y amigas

Que nos quede siempre en la memoria los momentos difíciles y felices que vivimos en nuestra carrera. Como colegas no perdamos lo mejor de la vida: El amor y la amistad. Gracias por el apoyo, son una parte importante de mi vida, los quiero a todos

Esteban Ismael Ramírez Juárez

Acto que dedico a

Los extraordinarios seres que Dios me dio la oportunidad de atender y tratar, desde los más agradables hasta los más hostiles, mis pacientes, porque con ellos aprendí medicina aplicada en su dolor y me seguiré esforzando cada día más para no perder ni una batalla más y observar otra vida más apagarse entre mis manos. Mis agradecimientos son pocos, pero bien merecidos:

A mis padres:

Ambos con su apoyo incondicional, consejos y motivación forjaron el hombre que soy. Son mis héroes a seguir y un modelo de vida que deseo alcanzar.

A mis hermanas:

Betty, Paola, Alejandra, Andrea e Izabel quienes con sus bromas, risas y apoyo me ayudaron a luchar y alcanzar mis metas. Paola, un agradecimiento especial a ti por todas aquellas madrugadas en la que con una sonrisa siempre me fuiste a dejar al hospital y cada noche llegabas a mi habitación para hablar y motivarme a continuar.

A mi novia y prometida:

Brenda, llegaste justo en el momento que más necesitaba, con tu presencia me diste fuerza, valor, apoyo y motivación para superarme, llegar a la excelencia y alcanzar mis objetivos. Junto a ti quiero seguir ejecutando nuestras metas.

A mis amigos:

Faby, Vivi, Ester, Omar y Jeffrey; por demostrarme el valor de la amistad, acompañarme en este largo camino y estar ahí junto a mí a veces jalando la carreta, otras empujándola. Por los buenos y malos momentos a su lado, muchas gracias.

A mis abuelos, madrina, cuñados, sobrinos y demás familia:

quienes han estado al pendiente de mí, alentándome a continuar y no dejarme desmayar hasta alcanzar mi objetivo.

Hugo Fernando Gallardo Cortez.

Acto que dedico a

Dios

Fuente de sabiduría y entendimiento, por guiar y cuidar mis pasos, bendecirme y ayudarme a culminar esta meta.

A la Virgencita María

Por acompañarme todos los días de mi vida.

A mis padres

Humberto Melgar y Débora Gil, por ser mis guías y por brindarme siempre su amor, su apoyo y sus consejos. Por enseñarme a luchar para alcanzar mis metas y que todo sacrificio con esfuerzo y dedicación tiene su recompensa.

A mis hermanos

Humberto, Antonio y Oswaldo, por apoyarme y ayudarme a seguir adelante. Son mi ejemplo y mi inspiración para ser cada día una mejor persona.

A mis abuelitos

Teodolinda Pineda, Berta Jiménez, Oswaldo Gil y Adolfo Melgar (Q.E.P.D), por su amor, sus consejos y por tenernos presentes en sus oraciones a mis hermanos y a mí.

A mis tíos, tías y primos

Por todo el cariño y el apoyo que me han brindado. Con especial cariño y agradecimiento, a mis tíos Rolando Pineda y Argentina González, y mis primos Rolandito, Javiercito y María por abrirme las puertas de su hogar y hacerme sentir parte de su familia brindándome su cariño y su apoyo.

A mis amigos y compañeros

Quienes han contribuido a mi formación y crecimiento tanto personal como profesional, en especial a Yesica Consuegra por apoyarme y darme ánimos siempre.

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por brindarme los medios necesarios para mi formación académica y profesional.

Julia Noemi Melgar Gil

Acto que dedico a

Dios

El ser supremo que me dio soplo de vida, me escogió y me llamo desde lejos para este propósito en esta vida. Él, un día me hizo una promesa y hasta aquí ha sido fiel y hoy la veo con mis ojos cumplirse. Mi sustento, mi fortaleza, mi paz, mi refugio y amor eterno, que con mucho amor y paciencia me guió y ahora me permite llegar hasta aquí. Con Él seguiré caminando firme en esta bella profesión porque sin Él no soy nada.

Padres y familia

Al Señor Álvaro Vásquez y Señora Vianney Romero de Vásquez, daddy y mom, y a mis hermanas Stephanie y Jennifer, gracias por un día haber dejado todo con tal de acompañarme en este camino. Hoy les entrego este triunfo, porque, aunque soy yo la que estoy al frente, ustedes son igual de merecedores de esta celebración. Gracias por tantos desvelos, tantas comidas a larga y corta distancia, por cada uniforme bien planchado y limpio, pero sobre todo gracias por su amor, oraciones y apoyo incondicional hacia mí. Son la razón de por cual hoy soy lo que soy. A mi abuelita, a mis tíos y primos, gracias por confiar y sembrar en esta tierra y ahora ver el fruto de su cosecha. Gracias por su amor y hoy recordamos a los que ya no están con nosotros en esta tierra.

Amigos

A mis amigos, pastores y familia de la fe, gracias por su apoyo y oraciones en esta carrera. Dios me llevo a conocer gente en Escuintla, Quiche y los diferentes hospitales nacionales que me han dejado gratas amistades. Cada uno sabe lo que han sembrado conmigo y hoy comparto con ustedes esta alegría. Gracias por el hospedaje, por la comida en los turnos, por comprender cuando no podía estar, por los viajes de madrugada al interior y por animarme semana tras semana que cada día me acercaba más a este fin.

Gremio Profesional

Agradezco a la Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas que me abrió las puertas para que yo pudiese cumplir este sueño. Agradezco al gremio médico, a cada docente que participo en la formación de la carrera, por sus consejos y enseñanzas. Gracias al Dr. García, Dr. De la Roca, Dr. Chinchilla, la Dra. Pimentel y el resto de personal de COTRAG por su asesoría en este proceso que culmina el día de hoy. Dios les bendiga y ahora solo resta decir: ¡esforzada y valiente porque Él está conmigo!

Madeline Vianney Vasquez Romero

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar el conocimiento diagnóstico-terapéutico y la actitud de los padres de familia ante la fiebre en niños menores de cinco años en la aldea El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, mayo - junio 2016. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio observacional analítico. Se realizó una encuesta personal dirigida a una muestra de 275 padres de familia. Las variables nominales como sexo, escolaridad, conocimiento y actitud se analizaron a través de porcentajes y frecuencias. Se estableció la influencia entre la edad y la escolaridad con conocimiento diagnóstico - terapéutico y actitud utilizando las medidas Chi cuadrado, valor p y OR. **RESULTADOS:** En la población estudiada se observa que las madres en 95% de los casos son las encargadas de velar por la salud de sus hijos, de las cuales el 52% son mayores de 25 años y además el 90% son alfabetas. En la muestra total de encuestados, el 39% tiene un conocimiento diagnóstico acertado ante la fiebre, el 55% tiene un conocimiento terapéutico acertado y el 47% tiene actitud acertada ante la fiebre. La estimación de chi cuadrada, valor p, OR y el IC de OR revela que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables. **CONCLUSIONES:** Los padres de familia son de predominio femenino, mayores de 25 años de edad y alfabetas; quienes tienen conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud deficientes ante la fiebre.

PALABRAS CLAVE: Fiebre, padres, conocimiento, actitud, diagnóstico, cinco, años, niños.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Antecedentes.....	5
3.2 Fiebre.....	8
3.2.1 Clasificación.....	9
3.2.2 Patogenia.....	10
3.2.3 Manifestaciones clínicas.....	12
3.2.4 Diagnóstico.....	13
3.2.5 Manejo del niño con fiebre.....	14
3.2.6 Tratamiento.....	15
3.3 Conocimiento.....	18
3.3.1 Características del conocimiento.....	19
3.3.2 Evaluación del conocimiento.....	21
3.4 Actitud.....	22
3.5 Aspectos sociodemográficos.....	26
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	31
4.1 Tipo y diseño de la investigación.....	31
4.2 Unidad de análisis.....	31
4.3 Población y muestra.....	31
4.3.1 Población y universo.....	31
4.3.2 Marco muestral.....	31
4.3.3 Muestra.....	31
4.3.4 Métodos y técnicas de muestreo.....	32
4.4 Selección de sujetos de estudio.....	33
4.5 Definición y Medición de variables.....	34
4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados para la recolección de datos.....	37
4.6.1 Técnica de recolección de datos.....	37
4.6.2 Procesos.....	37
4.6.3 Instrumentos de medición.....	37
4.7 Procesamiento y análisis de datos.....	38
4.7.1 Procesamiento de datos.....	38
4.7.2 Análisis de datos.....	39
4.7.3 Hipótesis.....	43
4.8 Alcances y límites.....	44
4.8.1 Obstáculos (riesgos y dificultades).....	44
4.8.2 Alcances.....	44
4.9 Aspectos éticos de la investigación.....	44
5. RESULTADOS	47
6. DISCUSIÓN	51
7. CONCLUSIONES	55
8. RECOMENDACIONES	57
9. APORTES	59

10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
11.ANEXOS	65
11.1 Anexo.....	65
11.2 Anexo.....	76
11.3 Anexo.....	77
11.4 Anexo.....	78
11.5 Anexo.....	79
11.6 Anexo.....	84

1. INTRODUCCIÓN

La fiebre corresponde a un aumento de la temperatura corporal, medido en forma objetiva, que sobrepasa los 37,8°C en la cavidad oral y los 38°C en el recto¹, siendo ésta un signo de enfermedad que hace que los padres manifiesten angustia y preocupación por la salud de su hijo; esta misma es una de las primeras manifestaciones patológicas que genera una consulta. A nivel privado, la fiebre en niños representa un 25-30% de las consultas y en servicios institucionales puede representar hasta un 60%². En Guatemala se observa que durante la atención primaria a un paciente con fiebre se le resta importancia a la misma y se establece un tratamiento antipirético, antibiótico o combinado sin explicarle a los padres el por qué de su uso y la forma de medir la temperatura corporal para que ellos comprendan el tratamiento y con esto reducir el uso de medicamentos innecesarios, la auto prescripción, la consecuente dosificación inadecuada y complicaciones por tratamientos mal establecidos. En gran parte del interior del país, por falta de conocimientos o recursos, los padres de familia recurren a uso de medicina tradicional como sustitución del tratamiento de elección para el manejo de la misma.

Por lo que determinar el conocimiento sobre la fiebre, las medidas terapéuticas que utilizan y la actitud de los padres ante la fiebre en sus hijos representa una clara necesidad en los centros de atención primaria para poder dotar de conocimiento simple y preciso a los padres de familia con el que se reduzcan las complicaciones en los pacientes y obtengan seguridad y confianza en los tratamientos establecidos por el personal de salud.

Un estudio realizado en España en el año 2011 acerca del conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre, evidenció que 50.3% considera la fiebre mala, 67.7% utiliza termómetro electrónico y consideran fiebre una temperatura de 37.7° C medido en la axila. Así mismo evidenciaron que las personas con estudios superiores quitan la ropa y dan líquidos más que las personas con estudios primarios; concluyeron de esta forma que, globalmente, en la población estudiada existe un buen conocimiento y actitud adecuada ante la fiebre³.

Un estudio realizado en Paraguay en el año 2009, acerca de los padres y la fiebre, evidenció que el baño fue el método más frecuente para bajar la fiebre con un 82% seguido de uso de fármacos, solos o combinados, concluyendo que los conocimientos y prácticas de los padres ante la fiebre fueron adecuados⁴.

Un estudio realizado en Costa Rica en el año 2004 acerca del manejo del niño febril, evidenció que la mayoría de los encuestados fueron las madres, 61% de los entrevistados consideran necesario el uso de termómetro para diagnosticar fiebre, 43% definieron fiebre como temperatura mayor o igual a 38 grados centígrados⁵.

Un estudio realizado en Guatemala en el año 1995 sobre conocimientos, costumbres y actitudes sobre el manejo del cuadro febril en niños menores de 5 años, evidenció que 58% de las personas entrevistadas no utilizan el termómetro; 47% refirió tener conocimiento de los medios físicos, relacionando que el baño durante el cuadro febril puede producir bronconeumonía, y que prevalece la costumbre de usar alcohol como medio físico aplicado en compresas y frotado. Concluyeron que el manejo del cuadro febril está regido por las costumbres y no por los conocimientos⁶. En el 2001 se realizó otro estudio en el cual evidenció que 32% de la población en estudio si cumplió con el tratamiento indicado para la fiebre, 62% lo cumplió parcialmente y 6% no lo cumplió; 32% utilizó tratamientos alternativos y en el 86% de los casos es la madre quien cuida al niño⁷.

De esta manera, observando la necesidad de la población guatemalteca, se formuló la siguiente pregunta: ¿Qué conocimiento diagnóstico-terapéutico y actitudes tienen los padres de familia respecto al control de la fiebre en niños menores de 5 años de edad en la aldea el Rancho, municipio San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso durante los meses de mayo y junio del 2016?; el objetivo central del trabajo fue evaluar el conocimiento diagnóstico-terapéutico y la actitud de los padres de familia ante la fiebre en menores de 5 años, en la aldea el Rancho, municipio San Agustín Acasaguastlán, departamento El Progreso durante el mes de mayo y junio 2016.

Este trabajo de investigación es un estudio de tipo observacional analítico. Se realizó una entrevista dirigida por medio de una encuesta a padres de familia que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Evaluar el conocimiento diagnóstico-terapéutico y las actitudes de los padres de familia para controlar la fiebre en menores de cinco años de edad en la aldea el Rancho, municipio San Agustín Acasaguastlán, departamento El Progreso durante el mes de mayo y junio 2016.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Identificar las características sociodemográficas según edad, sexo y escolaridad de los padres de familia.

2.2.2 Describir qué conocimiento diagnóstico y terapéutico tienen los padres de familia acerca del manejo inicial de la fiebre según la escala de apreciación del conocimiento.

2.2.3 Identificar las actitudes que manifiestan los padres de familia cuando sus hijos menores de cinco años de edad presentan fiebre según la escala de Thurstone.

2.2.4 Determinar la influencia de la edad y la escolaridad en el conocimiento y actitudes de los padres de familia de niños menores de cinco años que presentan fiebre.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de diagnóstico y manejo de fiebre

Un estudio realizado por Figueroa F. y col., en Cali, Colombia, en el año 2012, con el título “Detección, manejo y percepción materna de la fiebre en niños” se identificaron las formas utilizadas por un grupo de madres para detectar y tratar la fiebre en el hogar, además de las percepciones que tienen frente a esta. Se analizaron 202 encuestas. Se encontró que el método más utilizado solo o combinado para detectar fiebre fue la palpación (87%), con una sensibilidad del 54%. Los medicamentos fueron la terapia antipirética preferida (98%), seguido de los métodos físicos: paños húmedos (78%) y baños (55%). El acetaminofén fue el medicamento más usado (97%), encontrándose sobredosificación en el 15%. El 79% de las madres aceptaron sentir miedo frente a la fiebre, 65% experimentaron ansiedad. El riesgo de convulsiones fue su mayor preocupación (65%). EL 95% consideró fiebre grave a temperaturas menores de 40°C⁸.

En el año 1998, González O. y González A., con su trabajo científico “Creencias, Temores y Costumbres de las Madres sobre la Fiebre” realizado en Honduras, cuyo propósito fue determinar los conocimientos que poseen las madres en cuanto a conceptos generales, temores y manejos de las fiebres en niños. Se entrevistó un total de 226 madres dividiéndose la muestra en dos grupos: Uno laborante en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y otro constituido por las madres demandantes de servicio. Un 57.14% tenían un nivel educativo igual o superior a la secundaria. La mediana de hijos en el grupo laborante en el IHSS fue de 2.72, y 2.83 en las madres que laboraban en un lugar diferente. La edad promedio de las madres laborantes del IHSS fue de 34.9 años y 28 años en el otro grupo. El concepto de fiebre como temperatura arriba de 38 grados centígrados fue emitido por el 81.8% de las encuestadas. El 97.78% de las madres consideró que siempre era necesario quitar la fiebre. Prácticamente el 100% manifestó algún tipo de angustia siendo las crisis convulsivas febriles el principal motivo en un 92%; el 89.82% consideró la fiebre dañina por sí misma. Las vivencias nocivas no parecen en la percepción benéfica o dañina de la fiebre. El 54% había recibido charlas sobre conceptos y manejo de la fiebre en niños⁹.

Straface R. en su estudio "Conocimientos, creencias y conductas de padres y pediatras frente al niño febril de 1 a 24 meses de edad" realizado en Argentina en el año 2001, determino los temores más frecuentes de los padres de niños internados respecto de la fiebre, las prácticas antipiréticas que usan por iniciativa propia o que les son prescritas. Conocer el pensamiento de los pediatras sobre el niño febril y proponer un instrumento educativo para difundirlo desde los consultorios. Los padres hicieron una interpretación teñida por lo mítico y fatalista en el 63% de los casos, se distribuyeron en temor a las convulsiones, el 31.1%, al daño cerebral y las meningitis, el 16% y a la muerte 16%. Un 42% de los padres negaron el tratamiento de la fiebre, 20% utilizo medios físicos y 37%, antitérmicos (43% AAS, 22% dipirona, 22% paracetamol). El 20% reconoció practicas alternativas, correspondiendo el 10% a curanderismo y el 7% a herboristería. Pediatras: antes de la internación se indicaron medios físicos al 9% de los niños, al 36% no se le indico nada, en tanto que el 42% recibió antitérmicos (17% paracetamol, 14% dipirona, 11% otros). Durante la internación se usaron antipiréticos en el 75% de los casos (paracetamol y dipirona fueron elegidos en 31% y 30% de los casos, respectivamente). Los padres no usaron antibióticos, salvo prescripción. En la internación, el 81% de los niños recibió tratamiento empírico inicial. Se tomaron y analizaron las respuestas de 442 pediatras de todo el país. El 84% trato la temperatura si era mayor a 38° c, el 80.9% tenía en cuenta la edad y el 70%, otros parámetros clínicos para indicar su tratamiento; el antitérmico más usado fue el paracetamol. El 81% deseaba bajar la temperatura a 37° c o menos, 46% la considera peligrosa para el SNC, 47% usaba paños fríos. Las respuestas no difieren de las halladas en la literatura y muestran en algunos la necesidad de actualizar conocimientos y las conductas impregnadas por ello¹⁰.

Un estudio realizado en Chile por Moraga F, Horwitz B, Romero C, en el año 2007 llamado "Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre", tuvieron como objetivo describir el nivel de conocimiento, interpretación, forma de medir y tratar la fiebre en padres de niños menores de 2 años que concurren a un centro privado de atención. Encuestaron a 235 padres de nivel sociocultural medio que consultaron por primera vez, cuyo motivo de consulta era al menos el según episodio febril de su primer hijo menor de 2 años. Obtuvieron como resultados que el 30% desconoce valores normales de temperatura y 55% consideran tratar a un niño con menos de 38° C. El 89% refiere tener termómetro en el hogar, 90 % de

mercurio, pero sólo 58% lo utiliza bien. El 26% cree que la fiebre no se auto limita y 18% cree que la fiebre puede subir sobre los 43° C. Un 78% considera que provoca daño cerebral y 9% que puede ser letal; así que la mayoría la trata agresivamente: 80% con antipiréticos (75% paracetamol) con temperatura sobre 38.9°C y el 27% utiliza medios físicos sobre 39.5°C; sino desciende en una hora, 66% asocia un segundo antipirético (58% ibuprofeno) o repetir el primero. Sobre 39° C prefieren el supositorio (86%) o los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) sobre el paracetamol, entre las gotas. 44% no reconoce nombre comerciales diferentes como un mismo antipirético. La fuente de información sobre antipirexis fue 46% por familiares y solo 30% por personal de salud¹¹.

Roldán E, Gutiérrez S, Pais T, en su estudio llamado “Fiebre: concepto, prácticas y actitudes”, realizado en Uruguay en el año 2000, tuvieron como objetivo evaluar en una población de madres que controlan a sus hijos en la Policlínica Luisa Tiraparé, el conocimiento del concepto de fiebre, su control termométrico y las prácticas y actitudes frente a la misma. Entrevistaron a madres que concurrían a la policlínica por enfermedad o por control de salud de sus niños. Encuestaron 58 madres: 30 respondieron que fiebre es la temperatura a partir de 37.5° C axilar. Teniendo en cuenta la colocación del termómetro, el tiempo de espera, la lectura adecuada y el concepto correcto de fiebre, 20 madres realizaron un correcto control termométrico. No encontraron diferencias significativas entre estos resultados y la edad materna, su nivel de escolaridad y el número de hijos. En caso de fiebre, 97% no consulta en forma inmediata y 78% asocia a las medidas físicas el uso de antitérmicos. El más utilizado fue la dipirona (47%). El lugar preferencial de consulta por fiebre fue la policlínica¹².

Luna O, en su trabajo de investigación llamado “Conocimientos y actitudes de los padres respecto a la fiebre en niños menores de 5 años”, realizado en Perú en el año 2014, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres respecto a la fiebre en menores de 5 años que acuden al servicio de emergencia del Hospital San Bartolomé. Encuestó a 110 padres o apoderados, de ellos la mayoría eran madres (49.1%), la edad promedio fue 34.6±10.1 años, el 48.2% con estado civil conviviente, el 70% con grado de instrucción secundaria, con menos de 3 hijos (77.3%) y el 52.7% con actividad laboral. El nivel de conocimiento de los padres y/o apoderados sobre la fiebre fue insuficiente (53.6%), el 46.4% de los participantes tuvieron un nivel más que aceptable, de los cuales 2 participantes

alcanzaron el nivel de conocimiento excelente. El tipo de actitud con respecto a la fiebre en la mayoría de los participantes fue óptima (81.8%); entre tanto, el 13.6% (15) padres y/o apoderados tuvieron una actitud que se puede considerar “regular” frente a la identificación o percepción inmediata de la fiebre en los niños menores de 5 años y el 4.5% (5) de los padres y/o apoderados presentaron una actitud “no óptima” sobre la fiebre. Encontró que ser padre, madre y estar casado/a está relacionado con nivel de conocimiento más que aceptable sobre la fiebre, ($p=0,017$), ($p=0,023$) y ($p=0,041$), respectivamente y cierta mayor frecuencia de conocimiento con grado de instrucción superior ($p=0.123$). Además, en su análisis observó que el estado civil de “Viudo o separado” tiene relación “No óptima” frente a la actitud de la fiebre ($p=0,005$)¹³.

3.2 Fiebre

La fiebre es una respuesta biológica adaptativa frente a una situación patológica. Así debe ser considerada para diferenciarla de otras hipertermias inducidas exógenamente. Es el síntoma más frecuente en clínica pediátrica, y tiene un gran valor semiológico, pero nunca debe valorarse aisladamente, sino en el contexto del cuadro clínico. En realidad, es un mecanismo de adaptación. Su intensidad no siempre guarda paralelismo con la gravedad del proceso patológico que la ocasiona, de manera que grandes elevaciones transitorias de la temperatura corporal son observadas, a veces, en el curso de enfermedades benignas, mientras que una fiebre moderada puede ser el primer síntoma de una enfermedad grave. Aunque las discordancias se pueden dar en todas las edades, son especialmente patentes en el recién nacido y lactante. Mayor correlación suele existir entre la duración de la fiebre y la gravedad de la enfermedad causal: una fiebre de larga duración debe ser considerada, en principio, como síntoma de un proceso patológico de potencial gravedad. El juicio clínico, fundado en indagar la justificación de la fiebre, con una buena anamnesis y exploración, resolverá la mayoría de los casos. No debe olvidarse que, si bien las infecciones constituyen el grupo mayoritario de enfermedades causantes de fiebre, el espectro etiológico es mucho más amplio⁷.

“La fiebre es un aumento controlado de la temperatura corporal por encima de los valores normales de un individuo”¹⁴.

“La fiebre significa que la temperatura corporal aumenta más allá del intervalo normal y puede deberse a alteraciones del propio encéfalo o bien sustancias tóxicas que inciden en los centros termorreguladores”¹⁵.

“Es la elevación de la temperatura corporal por encima de los límites normales citados. Se habla de febrícula o estado subfebril hasta 38 °C, de fiebre moderada entre 38 y 39 °C, fiebre alta entre 39 y 40 °C y de hiperpirexia por encima de 40 °C (axilar) o 41 °C (rectal)”⁷.

“La fiebre corresponde a un aumento de la temperatura corporal, medido en forma objetiva, que sobrepasa los 37,8°C en la cavidad oral y los 38°C en el recto”¹⁶.

3.2.1 Clasificación

- Hipertermia: es el aumento súbito e intenso de la temperatura corporal (>41°C) por motivos múltiples. En la forma maligna se acompaña de rigidez muscular difusa con fasciculaciones (se inician a nivel de los maseteros), taquicardia sinusal extrema, hipotensión sistémica y gran polipnea, con acidosis, piel seca¹⁷.
- Febrícula: fiebre moderada entre 37°C y 38°C ligada a la existencia de estados organolesionales o de naturaleza infecciosa de larga duración. Es acusada por el sujeto: palidez anémica, cansera, pérdida de peso, etc. Existen signos biológicos reveladores¹⁷.
- Distermia: El aumento de la temperatura corporal (>38°C) no obedece a causa orgánica o infecciosa; es funcional pura. Por tal motivo es bien tolerada siendo las pruebas de laboratorio mudas¹⁷.
- Fiebre continua: El paciente no queda apirético en ningún momento, siendo las oscilaciones menores de un grado centígrado (fiebre tifoidea)⁷.
- Fiebre remitente: Oscilaciones mayores de un grado centígrado, sin llegar a la apirexia (algunas neumonías)⁷.
- Fiebre intermitente: Alternan momentos de apirexia con otros de elevación: gráfica con varias agujas al día (sepsis) o sólo una aguja diaria (artritis reumatoide). Si los picos febriles muestran escasas diferencias en su altura, se habla de “fiebre en sierra”⁷.

- Fiebre hética o séptica: Similar a la fiebre en agujas, aunque clásicamente este término se reserva para procesos con gran afectación del estado general (tuberculosis, sepsis)⁷.
- Fiebre recurrente: Llamada también “cíclica”, muestra periodos febriles de corta duración con otros de apirexia (paludismo no falcíparo)⁷.
- Fiebre ondulante: Variedad de fiebre recurrente donde los periodos febriles y de apirexia son más prolongados (Hodgkin, brucelosis)⁷.
- *Fiebre irregular*: No sigue una norma fija, con elevaciones caprichosas (al-azar)⁷.
- Fiebre vespertina: Predomina por la tarde, lo que es habitual, aunque es descrita como más típica en la mayoría de las formas clínicas de tuberculosis⁷.
- Fiebre matutina: Tiene la mayor elevación por las mañanas (fiebre metabólica, fiebre de sed, infecciones del tracto urinario, más rara vez en tuberculosis miliar, y bronconeumonía del lactante)⁷.
- Fiebre tolerada: Falta la habitual afectación del estado general (traumatismo craneoencefálico, fiebre medicamentosa, trastornos de la termorregulación)⁷.
- Fiebre bradicárdica: Falta el normal aumento de latidos o pulsaciones (15 latidos por 1 °C), como ocurre en fiebre tifoidea, otras infecciones intestinales, paludismo falciparum, crisis hemolíticas o infecciones por *Mycoplasmapneumoniae*⁷.

3.2.2 Patogenia

La fiebre se regula de la misma forma que se mantiene la temperatura en un ambiente fresco, con la única diferencia de que la temperatura prefijada del termostato corporal es más alta. Al margen del origen de la fiebre (infección, enfermedad reumática, neoplasia), el termostato se vuelve a fijar en respuesta a pirógenos endógenos, incluidas las citocinas interleucina 1 (IL-1) e IL-6, el factor de necrosis tumoral α (TNF- α) y los interferones β y γ (IFN- β e IFN- γ). Los leucocitos estimulados y otras células producen lípidos que también actúan como pirógenos endógenos. El mediador lipídico mejor estudiado es la prostaglandina E2 (PGE). La mayoría de los pirógenos endógenos son demasiado grandes para cruzar la barrera hematoencefálica de manera eficaz. Sin embargo, los órganos que rodean a los ventrículos

próximos al hipotálamo carecen de tal barrera y permiten el contacto neuronal con factores circulantes a través de los capilares fenestrados¹⁴.

Los microbios, las toxinas microbianas y otros productos microbianos son los pirógenos exógenos más frecuentes; se trata de sustancias que provienen de fuera del cuerpo y que estimulan a los macrófagos y a otras células para producir pirógenos endógenos, dando lugar a la fiebre. Algunas sustancias producidas en el cuerpo no son pirógenas, pero son capaces de estimular la producción de pirógenos endógenos¹⁴.

Los agentes exógenos generados por microorganismos infectantes (virus, bacterias, hongos y protozoos), sus productos (endo y exotoxinas, peptoglicanos), procedentes de reacciones de autoinmunidad (inmunocomplejos), algunos esteroides, otras linfocinas y células tumorales, estimulan los macrófagos y células endoteliales que liberan cantidades elevadas de IL-1, IL-6, IFN alfa y gamma y TNF alfa que, a su vez, estimulan monocitos, leucocitos y linfocitos. Al aumentar su nivel en la sangre, entre otras acciones, la IL-1 provoca un aumento de la granulopoyesis por liberación y activación de leucocitos neutrófilos, aumento de la producción de linfocinas y un estímulo a la formación de anticuerpos. De especial importancia en la patogenia de la fiebre es la acción que la IL-6 ejerce sobre el hipotálamo, determinando una elevada síntesis de prostaglandina E₂, como mediador lipídico de la termogénesis, que es directamente responsable de la fiebre al elevar por encima de 37 °C el punto de ajuste de temperatura del centro termorregulador. En esta nueva situación, mediante el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino, se incrementa de forma general el metabolismo basal y la proteólisis muscular, reduciendo el caudal de la circulación periférica mediante la vasoconstricción arteriolar. A nivel hepático se pone en marcha la síntesis de proteínas reactantes de fase aguda (proteína C-reactiva y ferritina), constatándose su aumento en sangre periférica, así como una reducción de Fe y Zn séricos. La IL-1 también induce una somnolencia que puede evidenciarse por el incremento de ondas lentas cerebrales. Por el contrario, tienen efecto antipirético las sustancias que inhiben la síntesis de prostaglandinas, como pueden ser el ácido acetilsalicílico o el paracetamol⁷.

3.2.3 Manifestaciones clínicas

Pese a que los patrones febriles no suelen ser útiles para el diagnóstico, la observación de las características clínicas de la fiebre puede proporcionar información útil. En general, un solo pico febril aislado no suele asociarse con patología infecciosa. Un pico febril puede atribuirse a la infusión de productos sanguíneos, a ciertos fármacos, a algunos procedimientos o a la manipulación de un catéter en una superficie corporal colonizada o infectada. De igual forma, las temperaturas que exceden los 41 °C en general se asocian con causas no infecciosas. Las causas de temperaturas extremadamente elevadas (>41 °C) incluyen la fiebre central (como resultado de disfunción del sistema nervioso central que afecta al hipotálamo), la hipertermia maligna, el síndrome neuroléptico maligno, la fiebre medicamentosa o el golpe de calor. Las temperaturas por debajo de lo normal (<36 °C) pueden asociarse con sepsis fulminante, pero con frecuencia se relacionan con exposición al frío, hipotiroidismo o abuso de antipiréticos¹⁴.

La relación entre el pulso del paciente y su temperatura puede facilitar información útil. La taquicardia relativa, cuando el pulso se acelera desproporcionadamente para la temperatura corporal, en general se debe a procesos no infecciosos o a enfermedades infecciosas en las que la responsable de las manifestaciones clínicas es una toxina. La bradicardia relativa (disociación pulso-temperatura), cuando el pulso es lento en presencia de fiebre, sugiere fiebre tifoidea, brucelosis, leptospirosis o fiebre medicamentosa. Una bradicardia en presencia de fiebre también puede deberse a alteraciones de la conducción debidas a afectación cardíaca en la fiebre reumática aguda, a enfermedad de Lyme, a miocarditis viral o a endocarditis infecciosa¹⁸.

La mayoría de las infecciones origina algún tipo de lesión que induce una respuesta inflamatoria y la subsiguiente liberación de pirógenos endógenos. La administración de antimicrobianos puede eliminar rápidamente las bacterias, pero, si la lesión tisular es extensa, la respuesta inflamatoria y la fiebre pueden continuar durante días tras la erradicación de los microbios¹⁴.

3.2.4 Diagnóstico

Para uso clínico habitual, el termómetro de mercurio tiene gran sensibilidad y precisión, sin embargo, se van imponiendo por doquier los termómetros electrónicos que, si bien su uso es más sencillo, su medición es más influenciada por factores contextuales (nivel de carga de las pilas, colocación de la punta del sensor, etc.). Los sistemas simplificados, como las tiras de plástico que contienen ésteres termotrópicos del colesterol, deben desecharse por sus muchos errores. El lugar de elección es la axila, incluso en los recién nacidos y lactantes pequeños. Para una medición exacta, el termómetro se mantendrá durante 3 minutos en los niños mayores; se prolongará hasta 5 minutos en los lactantes, por la pequeñez del hueco axilar. Los termómetros electrónicos disponen de un mecanismo acústico que avisa cuando la temperatura ya no asciende más, indicando que probablemente se ha alcanzado la temperatura real. En los niños mayores es muy útil la temperatura bucal, donde es, por término medio, 0,3 °C más alta que en la axila. La temperatura rectal es exacta, pero muestra variaciones según la profundidad a la cual se introduce el termómetro, por lo que se emplearán termómetros adecuados, que sólo permitirán la introducción del depósito de mercurio. La temperatura rectal supera en 0,5 °C a 0,8 °C a la axilar (media normal: 37,6 °C). De todas formas, el uso de termómetro de mercurio para la medición de temperaturas centrales (bucal o rectal) es desaconsejable en los niños pequeños por el riesgo de rotura y lesiones incisivas posteriores. El termómetro de otoemisiones para la medición de la temperatura central en el niño capta la radiación infrarroja de la membrana timpánica. Las principales ventajas aducidas son la rapidez, comodidad para el paciente y la posibilidad de utilizar elementos desechables para aislar la piel del contacto con el termómetro en sí. Sin embargo, es baja la sensibilidad y la correlación no es tan satisfactoria como con los métodos clásicos. En el RN su exactitud aún es menor^{7,17,14}.

La termometría cutánea tiene utilidad sobre todo en los RN prematuros, especialmente los extremos. Se efectúa mediante sensor cutáneo de temperatura que puede aplicarse en la axila, con lo cual es equivalente a ésta en la parte alta del muslo o sobre la piel del abdomen. La cifra dada corresponde prácticamente a la toma axilar. Los valores normales oscilan entre 36 y 36,5 °C. Es útil para tener un registro continuo de la temperatura y

para utilizar la técnica de servocontrol térmico, que consiste en regular el aporte de calor de la incubadora en función de la temperatura del recién nacido. Hay que tener especial cuidado con la posibilidad de desprendimiento accidental del sensor, lo que originaría un síndrome de hipercalentamiento; por ello son aconsejables controles periódicos con la temperatura axilar. Para evitar el influjo de la temperatura ambiental y el desprendimiento del sensor, estará éste bien fijado. La determinación correcta de la temperatura corporal es siempre importante, pero, en los procesos febriles prolongados, se extremarán los cuidados en su toma. La temperatura será anotada en una gráfica, que ofrecerá una serie de modalidades⁷.

En las unidades de atención a los pacientes críticos es de gran interés monitorizar la temperatura central para lo cual se usan sensores ubicados en el esófago a través de una sonda nasogástrica especial, o bien a nivel de la vena cava o la aurícula derecha mediante un catéter venoso central. Al disponer de la temperatura central y de la periférica es posible el cálculo de la temperatura diferencial, signo de la perfusión tisular y del gasto cardiaco y, con tal fin, su monitorización es utilizada en las unidades de cuidados intensivos. También se ha usado en la práctica clínica cuando se desea detectar un foco inflamatorio que incremente la normal diferencia, establecida en 0,5 a 0,8 °C. Es el caso del absceso en el fondo de saco de Douglas en el curso de una apendicitis aguda, situación clínica en la cual la diferencia entre la temperatura axilar y la rectal llega a alcanzar 1 °C o más, aunque no siempre el resultado es satisfactorio⁷.

3.2.5 Manejo del niño con fiebre

El estudio clínico del menor debe encaminarse a determinar la causa de la fiebre, en primer lugar, si la elevación térmica puede ser considerada como fiebre y diferenciarla de una hipertermia. Al descartar hipertermia, el estudio clínico debe buscar la etiología a través de una completa y detallada observación clínica independientemente del grado de temperatura que se presente en ese momento, uno de los aspectos más importantes es la evidencia del compromiso del estado general o toxemia, también se debe valorar y ser incisivo en el comportamiento de la fiebre, considerar igualmente importante la edad del paciente y los factores de riesgo asociados, como los problemas respiratorios, cardiacos, neurológicos, etc. El estudio clínico debe

continuar y debe ser cuidadoso y bien dirigido, considerando que el pediatra de urgencias no conoce de antemano al paciente, ni sus antecedentes patológicos, la información que se va obteniendo, es a través del interrogatorio indirecto, y por lo tanto importa mucho la preparación y educación de los padres, así mismo se debe considerar la excesiva preocupación y temor que presentan por la llamada fiebrefobia que puede en un momento dado alterar las respuestas del interrogatorio, que también debe incluir si al paciente se le han administrado antitérmicos, antibióticos y otros medicamentos y las dosis^{19 y 14}.

En general se consideran tres grupos de edad bajo los cuales se debe evaluar a los pacientes: menores de 28 días, 29 días a 90 días y de tres meses a tres años.

- *Menores de 28 días:* son los pacientes con mayor riesgo de presentar una infección grave, se suman en este grupo los factores perinatales, neonatales, manejo hospitalario al nacimiento y su arribo al ambiente familiar o macroambiente que para algunos es negativo. todo cuadro febril mayor de 38°C central en esta etapa debe manejarse en el hospital para monitoreo estrecho y para manejo empírico de antibióticos mientras se obtienen los resultados de cultivos¹⁹.
- *Pacientes de 29 días a tres meses de edad:* el manejo en este grupo depende de la observación estrecha del paciente, con base a las escalas de valoración (escala de Rochester) se puede manejar como paciente externo con vigilancia estrecha cada 24 horas o antes si fuera necesario¹⁹.
- *Pacientes de 3 a 36 meses:* generalmente se encuentra con la evidencia clínica de un foco¹⁹.

3.2.6 Tratamiento

La fiebre inferior a 39 °C en los niños sanos en general no requiere tratamiento. A medida que asciende la temperatura, los pacientes se encuentran más incómodos y, con frecuencia, la administración de antipiréticos les hace sentir mejor. Aparte del alivio sintomático, la administración de antipiréticos no cambia el curso del proceso infeccioso. El tratamiento antipirético es beneficioso en los pacientes con alto riesgo que presentan enfermedades cardiorrespiratorias crónicas, trastornos metabólicos o patología neurológica y en aquellos con riesgo de convulsiones

febriles. La hiperpirexia (>41 °C) indica un mayor riesgo de infección grave, de alteración hipotalámica o de hemorragia cerebral, y por tanto debe tratarse siempre con antipiréticos. La fiebre elevada durante el embarazo puede ser teratogénica¹⁴.

El paracetamol, la aspirina y el ibuprofeno son inhibidores de la ciclooxigenasa hipotalámica, y en consecuencia inhiben la síntesis de PGE y, en raras ocasiones, meningitis aséptica, toxicidad hepática o anemia aplásica. Son muy raros los daños importantes por intoxicación con este fármaco. Es igualmente efectivo alternar paracetamol e ibuprofeno cada 4-6 h o administrar ambos fármacos a la vez. El baño con esponja empapada en agua tibia (no en alcohol) es otro método recomendable para reducir la hiperpirexia debida a infección o a causas externas (p. ej., golpe de calor). El descenso de la temperatura corporal tras la administración de antipiréticos no ayuda a distinguir una infección bacteriana grave de las virales, más leves^{14,7}.

Todos tienen la misma eficacia antipirética. Debido a su asociación con el síndrome de Reye en niños y adolescentes, no se recomienda la aspirina como tratamiento de la fiebre. El paracetamol, a dosis de 10-15 mg/kg por vía oral cada 4 horas, no se asocia con efectos secundarios adversos; sin embargo, su uso prolongado puede ocasionar daño renal y la intoxicación con el mismo puede producir fallo hepático. El ibuprofeno, 5-10 mg/kg cada 6-8 horas, también es efectivo y puede producir dispepsia, hemorragia gastrointestinal, disminución del flujo renal¹⁴.

3.2.6.1 Manejo con medios físicos

Existen algunos procedimientos basados en la fisiología de la temperatura corporal y comprobados por la experiencia clínica como útil es para descender la temperatura corporal y que tienen la ventaja de ser fáciles de aplicar por cualquier persona, tanto en los servicios especializados como en casa: primeramente se debe colocar en un ambiente fresco y ventilado, con lo que se logra favorecer la pérdida de calor por conducción 15%, si se desnuda al paciente se pierde por irradiación 50%, y por evaporación 30% (25% por la piel y 5%

por la vía aérea) al retirar la ropa se favorece la pérdida por convección.

En caso de fiebre de difícil control se hace necesaria la inmersión o mejor baño continuo con agua templada a 35-36°C durante 20 minutos, en caso de presentar escalofríos se debe suspender el procedimiento. El mismo efecto se consigue con los baños de esponja con agua tibia, con ambos sistemas se favorecen los dos principales mecanismos de pérdida de calor: la radiación (50%) y la evaporación (30%).

No se recomiendan los baños con agua fría y menos helada, ya que con ellos se produce vasoconstricción y escalofríos, con lo que ocasiona incremento en la temperatura central con consecuencias francamente perjudiciales que pueden provocar crisis convulsivas, estados de sopor e incluso deterioro cerebral irreversible y muerte. Otras medidas contraindicadas son los enemas de agua helada y fricción con alcohol¹⁹.

3.2.6.2 Manejo farmacológico de la fiebre

Las tres drogas más usadas usualmente en pediatría son el paracetamol, el ibuprofeno, la dipirona y sus combinaciones.

- Paracetamol:

La dosis recomendada es de 12-15 mg/kg cada 6 horas. Logra la máxima reducción de la temperatura a las 2 horas de la ingesta aproximadamente. La dosis oral tóxica en humanos está alrededor de los 10 g o 150 mg/kg.

- Ibuprofeno:

La dosis recomendada es 5-10 mg/kg cada 8 horas. Logra el pico de máxima reducción de temperatura dentro de las 3 horas de la ingesta. Dosis máxima 40 mg/kg/día.

- Dipirona:

La dosis recomendada es de 7 a 25 mg/kg. La dosis máxima es de 40 mg/kg/día. El tiempo de respuesta inicial luego de su administración oral en fiebre es 30 min –1 hora. El tiempo al que alcanza la respuesta máxima oral es 4-6 horas en fiebre. El tiempo

al que alcanza la concentración máxima luego de su administración oral es 1-2 horas.

3.3 Conocimiento

Existen múltiples posibilidades. Por ejemplo, los diccionarios presentan una amplia diversidad de significados, respecto de la palabra conocimiento:

- La simple enunciación que lo entiende como “acción y efecto de conocer”²⁰;
- Una concepción espiritual: “, cada una de las aptitudes que tiene el alma de percibir, por medio de determinados órganos corporales, las impresiones de los objetos externos”²¹.
- Y una visión de orden cientificista: “... producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas, sobre las que se sabe, o que están contenidas en la ciencia”²².
- En otros espacios, se encuentran definiciones que permiten tomar el conocimiento en diversos sentidos:
 - Creencia cierta y justificada.
 - Obtención de información acerca de un objeto, para dar a conocer una noticia al respecto.

Por su carácter utilitario, este último aspecto, sirve como marco para incorporar al conocimiento, nuevas experiencias e información. Se toma también como pretexto para indicar, que el conocimiento sólo es útil para la acción.

Sin embargo, el sentido más amplio, se refiere a cualquier tipo de conocimiento. En consecuencia, el término se puede comprender, como toda actividad o juicio, que, de manera explícita o implícita, lleve consigo cierta información. De este modo, entran en la categoría de conocimiento, los descubrimientos científicos, los postulados filosóficos, las habilidades del conductor, las técnicas del profesional, el virtuosismo para manejar objetos, etc., pues en estas situaciones, existe una creencia informativa que sirve de base; es decir, hay conocimientos²³.

Como puede deducirse de este ligero muestreo, el conocer, no puede definirse de modo estricto; en consecuencia, habría de remitirse a la epistemología, para obtener un panorama más amplio, en relación con el conocimiento.

3.3.1 Características del conocimiento

- El conocimiento como función y como acto

El ser humano es consciente de sí mismo y de la realidad que le rodea. De esa forma, a través de sus sentidos y de la razón, trata de conocer el mundo, el universo. En términos tradicionales, esa realidad que trata de ser conocida por el ser humano, se denomina objeto del conocimiento. También, en términos tradicionales, el hombre se constituye en sujeto del conocimiento, cuando en el acto de conocer, capta información del mundo circundante, de los objetos que lo rodean. Ahora bien, crear cualquier tipo de conocimiento, implica una actividad o un proceso que culmina, en una representación interna que el sujeto del conocimiento, hace en su mente, acerca del objeto conocido. Pero no se limita a procesar o transformar información. Posteriormente la codifica, la comunica. Así, el ser humano representa el conocimiento. Lo anteriormente expuesto, permite entender el conocimiento como una función. Debido a que se le concibe como un proceso que consta de varias acciones. Por ello, algunos autores hablan mejor del “acto de conocimiento”, un acto de la conciencia que trasciende. El acto de conocer es trascendente, porque el sujeto va más allá de sí mismo. En cierta forma, sale de sí, para entrar en la esfera de lo que se está conociendo (aun cuando lo conocido, sea el interior mismo del ser humano)²⁴.

- El conocimiento como problema

El ser humano utiliza un conjunto amplio de conocimientos, para dar solución a un sinnúmero de dificultades. Dicha labor, se realiza por medio de la indagación. Se interroga el entorno, con el fin de encontrar las acciones que se han de realizar para solucionar tales dificultades. De igual manera, adquiere conocimientos, mediante la realización de un conjunto de acciones, para conocer lo desconocido o ignorado. En otras palabras, realiza procesos mentales y acciones racionalmente establecidas²⁵. Proceso que muchas veces no es fácil de advertir: se presenta como algo casi natural. De esta manera, se advierte que el conocimiento se va obteniendo, con mayor o menor esfuerzo a lo largo de la vida.

Surge entonces, en el acto de conocer una diferencia: por un lado, existe la afirmación realizada, respecto de un hecho o de un objeto.; De

otra parte, se halla el proceso mediante el cual, se ha obtenido tal conocimiento; en otros términos, se debe distinguir el proceso que lleva al conocimiento de la representación del conocimiento. Ahora bien, cuando el ser humano comienza a preocuparse acerca del modo como se ha adquirido un conocimiento, o cuando intenta encontrar un conocimiento nuevo, se presentan interrogantes de variada índole²⁶. Este contexto, permite reconocer la existencia de un problema alrededor del conocer: es decir, en relación con el saber algo, acerca de los objetos que rodean al ser humano y acerca del ser humano mismo. El problema radica, en que no siempre, al conocimiento se llega de manera directa ni sencilla; al contrario, debe ser, buscado más o menos activamente, por medio de un trabajo de indagación.

- El conocimiento como proceso

Desde los comienzos de la humanidad, el conocer ha estado ligado, de manera indisoluble, a la práctica vital y al trabajo de los seres humanos. Ha sido un instrumento insustituible en la relación entre los seres humanos y un medio ambiente, al que procuran poner a su servicio. Tareas que hoy resultan sencillas, como domesticar animales o trabajar la tierra, sólo pudieron ser emprendidas, después de cuidadosas observaciones de todo tipo: el ciclo de los días y las noches, la reproducción de los animales y vegetales, las variaciones del clima, la calidad de las tierras, etc²⁴.

No obstante, el conocimiento de esas lejanas épocas, no se limitó exclusivamente al conocimiento instrumental, aplicable al mejoramiento de las condiciones materiales. De modo simultáneo, apareció la inquietud por conocer el sentido general del cosmos y de la vida. Tal inquietud y la toma de conciencia del hombre, acerca de su propia muerte, originaron los primeros intentos por elaborar explicaciones globales de toda la naturaleza. Así aparecen la magia, posteriormente las explicaciones religiosas y más tarde los sistemas filosóficos. Ahora bien, en los textos sagrados de la antigüedad o en las obras de los primeros filósofos, aparecen conjuntamente, tanto razonamientos lúcidos y profundos, como observaciones prácticas y rutinarias. De igual manera, se encuentran entremezclados, sentimientos y anhelos con intuiciones, a veces geniales

y otras veces desacertadas. Estas construcciones intelectuales pueden verse como parte de un amplio proceso de adquisición de conocimientos: en la historia del pensamiento, nunca ha sucedido que alguien haya, de pronto alcanzado razonamientos, supuestamente verdaderos, sin antes pasar por el error²⁶.

Lo anterior equivale a decir que, el conocimiento llega como un proceso. Conocer no consiste en un acto único, donde se pasa de una vez, de la ignorancia a la veracidad. Consiste en un proceso; tanto del punto de vista histórico, como en cada caso o individuo en particular, se van acumulando informaciones de todo tipo, en cada descubrimiento que se hace, en todas las teorías o hipótesis que se elaboran. De igual manera ocurre en cada persona, desde su niñez.

3.3.2 Evaluación del conocimiento

Para evaluar conocimiento existen diversos instrumentos de evaluación a través de los cuales se obtiene información acerca del aprendizaje y son el medio que se utiliza para recabar la información deseada. Dentro de estos instrumentos se encuentran: lista de cotejo, escala de apreciación y rúbrica²⁷.

Escala de apreciación para el conocimiento: este instrumento detecta el grado en que un sujeto presenta el conocimiento evaluado, desde su ausencia o escasa presencia hasta la posibilidad de tener el máximo de éste o de una determinada actitud (mediante una escala gráfica, categórica o numérica)²⁷.

Criterios de construcción:

- Determinar el rasgo a evaluar; se evaluará el conocimiento de los padres sobre la fiebre en niños menores de 5 años de edad-
- Definir el rasgo; conocimiento diagnóstico y terapéutico ante la fiebre en niños menores de 5 años de edad.
- Elaborar indicadores claramente observables a partir de la definición elaborada; 7 ítems sobre conocimientos diagnósticos y 4 ítems sobre el conocimiento terapéutico.
- Especificar el orden o secuencia de los indicadores.

- Validar la relación lógica entre la definición del rasgo y los indicadores elaborados, a través de juicio de experto (validez de contenido).
- Seleccionar el tipo de escala para evaluar cada indicador (para la lista de cotejo debe ser dicotómica: acertado y deficiente. Y la escala de apreciación es descriptiva). Ver 11.2 Anexo Tabla 11.8.

Interpretación: el instrumento de recolección de datos consta de 15 preguntas, ordenadas por secciones. La sección de conocimiento diagnóstico y terapéutico tiene 11 preguntas en total. La lista de cotejo para conocimiento diagnóstico consta de 7 preguntas, cada una con sus respectivos ítems acertados y deficientes. Según la escala de apreciación designada, se calificará como conocimiento diagnóstico acertado si tiene ≥ 4 respuestas correctas y conocimiento diagnóstico deficiente si tiene ≤ 3 respuestas correctas.

La lista de cotejo para conocimiento terapéutico consta de 4 preguntas, cada una con sus respectivos ítems acertados y deficientes. Según la escala de apreciación designada, se calificará como conocimiento terapéutico acertado si tiene ≥ 3 respuestas correctas y conocimiento terapéutico deficiente si tiene ≤ 1 respuestas correctas. Ver 11.2 Anexo Tabla 11.8.

Se consultaron estudios previos realizados en España² y en Guatemala⁵, en los cuales se evaluó el conocimiento de los padres ante la fiebre en niños, por lo que las preguntas de la sección de conocimiento diagnóstico y terapéutico están estructuradas para ser aplicadas en nuestro medio y así evaluar adecuadamente al entrevistado.

3.4 Actitud

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones”.

Esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud:

- Es un constructo o variable no observable directamente;

- Implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos;
- Tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción; y también influencia la percepción y el pensamiento;
- Es aprendida;
- Es perdurable;
- Tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado.

Además, otros dos aspectos que se suelen integrar en los fenómenos actitudinales son: un carácter definitorio de la identidad del sujeto; y, el ser juicios evaluativos, sumarios accesibles y archivados en la memoria a largo plazo²⁸.

- El condicionamiento instrumental de las actitudes
Según el paradigma del condicionamiento instrumental una respuesta que forma parte del repertorio comportamental del sujeto puede ser reforzada. Así, aquellas respuestas que vengan acompañadas de consecuencias positivas para el sujeto tenderán a ser repetidas en mayor medida que aquellas que favorezcan consecuencias negativas.

Un estudio clásico es el de Verplanck (1955) que encontró que el refuerzo verbal a través del reconocimiento diferencial de las opiniones de los sujetos producía una mayor frecuencia de declaraciones de opinión cuando éstas eran reforzadas positivamente.

Igualmente, otra serie de autores (Hildum y Brown, 1965; Insko, 1965) demostraron que las actitudes podían modificarse a través del refuerzo diferencial. Por ejemplo, Insko (1965) entrevistó a una serie de estudiantes acerca de un tema de interés. A la mitad de ellos se les reforzó a través de respuestas verbales actitudinales favorables y a la otra mitad con respuestas actitudinales desfavorables. Posteriormente, se pasó a los sujetos un cuestionario para valorar su actitud acerca del asunto fruto de la entrevista y se encontró que, una semana más tarde, los grupos -reforzados diferencialmente- diferían en su actitud²⁸.

Sin embargo, aunque se acepta que el refuerzo verbal puede suscitar un cambio de actitud, una crítica que se establece a este paradigma es que no llega a explicar si estos efectos se dan automáticamente o si, por el contrario, existen diferentes procesos cognitivos que median la relación. En este sentido, Cialdini e Insko (1969) plantean que el refuerzo verbal presenta dos funciones: a) es un indicador de la posición actitudinal del entrevistador; y, b) establece una relación entrevistador-entrevistado²⁸.

- La medición de las actitudes: tipos de medidas

Entre los diversos procedimientos existentes para medir las actitudes se pueden destacar los auto-informes, la observación de conductas, las reacciones ante estímulos estructurados, el rendimiento objetivo del sujeto y las respuestas fisiológicas. Sin embargo, las medidas dominantes son los autoinformes y, dentro de éstas, cabe señalar las siguientes escalas:

- *La escala de Thurstone*. Thurstone desarrollo en 1988 los principios de medición de actitudes con unos procedimientos técnicos que han heredado su nombre. En realidad, lo que hoy más comúnmente se conoce como la escala de actitud tipo Thurstone es solo uno de esos procedimientos, el de intervalos aparentemente iguales, aunque llegara a idear otros. Más aún, este método de intervalos es una optimización del "método de comparación por pares" que sentaba las bases de sus principios de medición sobre unos postulados teóricos concretos que describiremos brevemente a continuación. (ver anexo 11.3, tabla 11.9).

Este método de comparación por pares consiste en presentar a una muestra representativa de la población una lista previa de enunciados que, se piensa, pueden ser pertinentes para medir el grado acertada/deficiente de los individuos hacia un cierto objeto. Sin embargo, los sujetos de esta muestra no actúan como sujetos que responden con su opinión a los enunciados o items, sino que hacen de jueces para discriminar la acertada de esos enunciados. Es decir, no expresan su opinión sobre la afirmación que se les presenta, lo que se les pide es que manifiesten cual es el grado de acertada que expresan los enunciados con respecto al objeto de que tratan.

La teoría subyacente a estas escalas proviene de la psicofísica, que relaciona unas escalas físicas objetivas con otro tipo de escalas subjetiva. Así, en esa determinada relación entre los dos tipos de escalas se hace corresponder una unidad de medida física a una unidad de medida subjetiva. La correspondencia establecida entre ambas hace que siempre que se encuentra una diferencia perceptiva subjetiva se pueda relacionar con la existencia de una diferencia objetiva.

Para construir una escala de actitud tipo Thurstone se debe seguir al menos, siete pasos. En primer lugar, intentar especificar lo más claramente posible cuál es la variable actitud que se quiere medir. Una vez se obtenga una idea clara sobre esa variable, el siguiente paso es recoger información para la construcción de los ítems que van a componer la escala. Con esa información se construye una escala que, por supuesto, hay que corregir y afinar. El método que propone Thurstone para corregir la escala previa es recurrir a unas personas (jueces) que, indirectamente, nos dirán si la escala es válida, o no, mediante dos pasos.

Se construye una escala que represente los diferentes grados del continuum de la actitud, por lo tanto, cada ítem debe representar un determinado grado de ese continuum. Para saber el grado de acertada de cada ítem hallamos su valor escalar y de esta manera se logra una escala en la que se encuentren representados todos los grados-valores de acertada. Sin embargo, con este sistema no se sabe aún si los ítems son buenos o malos si, a pesar de que se sabe su valor escalar todo el mundo estará de acuerdo en que ese es su grado de acertada. Se necesita saber la ambigüedad - dispersión del ítem, si está claro para todos los jueces la posición de acertada que ocupa.

Así, se depura la escala de los ítems que no es seguro de si reflejan una actitud favorable o desfavorable. Una vez dados estos pasos, se eligen aquellos ítems que configuran una distribución más uniforme de la escala. Finalmente, cuando se administra la escala a la muestra elegida se puede obtener su fiabilidad y validez y analizar los datos de las actitudes de los individuos. En resumen, los pasos son:

- Especificación de la variable.

- Recolección de enunciados.
 - Selección de los ítems.
 - Recurrir a los jueces.
 - Cálculo del valor escalar de cada ítem (la suma de las respuestas de los encuestados).
 - Depuración de la escala.
 - Selección de enunciados uniformemente distribuidos.
- Interpretación: en el instrumento de recolección de datos, constará de un total de 15 preguntas, ordenadas por secciones, en la sección de actitud que consta de 4 preguntas; los jueces le asignarán un valor a cada ítem, para ser comparado con el valor de la respuesta dada por el entrevistado; el valor total de la sección de Actitud representará el 100%, si el 75% de las respuestas son acertadas (≥ 3 respuestas correctas) la persona presenta una actitud acertada, si solo obtiene un 25% de respuestas acertadas o ninguna respuesta acertada (≤ 1 respuesta correcta) la actitud será deficiente. Ver 11.3 Anexo Tabla 11.11.

Basado en la Escala de Thurstone se realizaron una serie de preguntas, estructuradas para ser aplicadas a nuestro medio, y para analizar la validez de las mismas, se consultaron estudios previos realizados en Granada, España² y en Guatemala^{5,6}, en donde se evaluó de igual manera la variable “Actitud” de los padres ante el manejo de la fiebre cuando sus hijos la presentaron, por lo que las preguntas elaboradas llevarán al entrevistado a emitir un juicio de acuerdo a sus conocimientos y lograr una evaluación adecuada.

3.5 Aspectos sociodemográficos

- Escolaridad

La Real Academia Española define escolaridad como el conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente²⁰. El sistema de Guatemala reconoce la escolaridad en niveles, siendo este párvulos, primaria (consta de un total de seis años), secundaria (consta de un total de 3 años), diversificado (puede ser un total de dos o tres años según el título

que se aspira) y el nivel universitario (dependerá los años asignados por cada universidad para cada carrera).

Un estudio realizado en España en el año 2011 acerca del conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre, evidenció que las personas con estudios superiores quitan la ropa y dan líquidos más que las personas con estudios primarios; 85.4% utiliza la dosis indicada por su pediatra, 21.5% la dosis indicada en la ficha técnica, sobre todo los de estudios superiores frente a los de estudios primarios y 67.4% alterna antitérmicos, siempre aconsejados por el pediatra².

Un estudio realizado en Paraguay en el año 2009, acerca de los padres y la fiebre, evidenció que la escolaridad fue 47% secundaria completa y 37% universitarios, concluyendo que los conocimientos y prácticas de los padres ante la fiebre fueron adecuados³.

Un estudio realizado en Costa Rica en el año 2004 acerca del manejo del niño febril, evidenció que 54% habían completado los estudios de educación primaria, el 28% de estudios de secundaria y el 18% de algún grado de instrucción universitaria, concluyeron de esta forma que muchos de los entrevistados carecían de conocimiento adecuado acerca de la fiebre, sus implicaciones y su manejo⁴.

Un estudio realizado en Guatemala en el año 1995 sobre conocimientos, costumbres y actitudes sobre el manejo del cuadro febril en niños menores de 5 años, evidenció que el grado de escolaridad y nivel socioeconómico de las personas influye directamente en cuanto al conocimiento y manejo de la fiebre, concluyeron que la información y formación que tiene la población en general respecto a la fiebre es poca y que el manejo del cuadro febril está regido por las costumbres y no por los conocimientos⁵.

En el año 1998, González O. y González A., con su trabajo científico “Creencias, Temores y Costumbres de las Madres sobre la Fiebre” realizado en Honduras, cuyo propósito fue determinar los conocimientos que poseen las madres en cuanto a conceptos generales, temores y manejos de las fiebres en niños, un 57.14% tenían un nivel educativo igual o superior a la

secundaria y concluyeron que los encuestados tenían buenos conocimientos⁹.

Luna O, en su trabajo de investigación llamado “Conocimientos y actitudes de los padres respecto a la fiebre en niños menores de 5 años”, realizado en Perú en el año 2014, el 70% con grado de instrucción secundaria, el nivel de conocimiento de los padres y/o apoderados sobre la fiebre fue insuficiente (53.6%), el 46.4% de los participantes tuvieron un nivel más que aceptable, de los cuales 2 participantes alcanzaron el nivel de conocimiento excelente. El tipo de actitud con respecto a la fiebre en la mayoría de los participantes fue óptima (81.8%); entre tanto, el 13.6% (15) padres y/o apoderados tuvieron una actitud que se puede considerar “regular” frente a la identificación o percepción inmediata de la fiebre en los niños menores de 5 años y el 4.5% (5) de los padres y/o apoderados presentaron una actitud “no óptima” sobre la fiebre¹³.

- Edad

Se define como el tiempo que ha vivido una persona que se puede expresar en días, meses y años.²⁰

Un estudio realizado en Guatemala en el año 2001 sobre la evaluación del cumplimiento del tratamiento indicado por fiebre a niños menores de 5 años, evidenció que el grupo de edad más frecuente de los padres o encargados fue de 29-33 años y el 80% de los padres o encargados iniciaron algún nivel académico, pero no todos lo concluyeron⁶.

Los estudios cronológicamente más tradicionales, perciben a la juventud a través de las características biológicas y psicológicas de la persona en etapa de transición hacia la adultez. Se define o clasifica a la juventud por el tradicional tramo, que va de los 15 a los 24 años de edad. Por lo que se considera adulto desde los 25 a los 40 años haciendo referencia a un organismo con una edad tal que ha alcanzado su pleno desarrollo orgánico, incluyendo la capacidad de reproducirse⁶.

En el estudio “Creencias, Temores y Costumbres de las Madres sobre la Fiebre” realizado en Honduras, cuyo propósito fue determinar los

conocimientos que poseen las madres en cuanto a conceptos generales, temores y manejos de las fiebres en niños, la edad promedio de las madres laborantes del IHSS fue de 34.9 años y 28 años en el otro grupo, cuya conclusión fue que los conocimientos eran acertados⁹.

Roldán E, Gutiérrez S, Pais T, en su estudio llamado “Fiebre: concepto, prácticas y actitudes”, realizado en Uruguay en el año 2000, tuvieron como objetivo evaluar en una población de madres, no encontraron diferencias significativas entre estos resultados y la edad materna y su nivel de escolaridad¹².

- **Sexo**

Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos²⁰.

De todos los estudios que se encuentran dentro de las referencias la población femenina era la de mayor porcentaje en algunos estudios y en otros era exclusivamente dirigido a las madres.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

El estudio es de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo.

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad primaria de muestreo: Padres de familia con niños menores de 5 años que residen en las comunidades de la aldea El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, Guatemala.

4.2.2 Unidad de análisis: Datos registrados en el instrumento diseñado para el efecto.

4.2.3 Unidad de información: Padres de familia con niños menores de 5 años que residen en las comunidades de la aldea El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, Guatemala.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo: Hay un total de 1646 familias que residen en las comunidades de la aldea El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, Guatemala, de las cuales se seleccionaron las familias con padres de familia con niños menores de 5 años.

4.3.2 Marco muestral: de las 1646 familias que residen en la aldea El Rancho, hay un total de 707 familias con niños menores de 5 años.

4.3.3 Muestra:

$$\text{Tamaño de la muestra } N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

N = Total de la población

Za = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada

q = 1 – p

d = precisión

La muestra estudiada fueron padres de familia de niños menores de 5 años de edad.

$$n = \frac{707 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2(707-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 249 \text{ padres de familias}$$

El valor de la muestra es de 249 familias, al hacer la corrección se obtiene.

$$n_c = n * \left(\frac{1}{1-R}\right) \rightarrow 249 * \left(\frac{1}{1-0.10}\right) = 274.66 \approx 275 \text{padres de familias}$$

Por lo que el valor de la muestra (n) es igual a 275 padres de familias.

Barrios	Número de familias por barrios	Número de familias por barrios en la muestra
Buenos Aires	106	45
Colonia Menonitas	35	15
El Milagro	93	35
El Bolillo	56	25
El Desoje	78	30
La Bomba	28	10
La Línea	28	10
La Asunción	84	35
Linda Vista	36	15
El Centro	21	10
Boca del Monte	56	10
El Calvario	50	20
El Cementerio	36	15
TOTAL	707	275

4.3.4 Métodos y técnicas de muestreo:

Método probabilístico; en el departamento El Progreso, Municipio San Agustín Acasaguastlán, Aldea El Rancho, se obtendrán los datos de los sujetos de estudio por medio de los formularios de vacunación del Sistema Gerencial de Salud-SIGSA 5c. Las familias dentro de las cuales exista algún menor de 5 años formarán parte de esta investigación y serán parte de una base de datos en donde se ordenarán alfabéticamente los apellidos y por barrios, se les asignará de esta manera una numeración proporcional a la cantidad de familias por barrio. Mediante un programa computarizado en línea NoSetup, un generador de números aleatorios sin repetición, se selecciona el número que corresponde a la familia de la base de datos, obteniendo un total de 275 números que representaran el total de la muestra del estudio. Una vez identificada la familia en la aldea, se procede a localizar los sujetos de estudio que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.4 Selección de los sujetos a estudio:

4.4.1 Criterios de inclusión

- Padres de niños menores de 5 años:
 - Residentes de la Aldea El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, Guatemala.
 - Que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y que accedieron a firmar el consentimiento informado.
 - Residentes y que estuvieron presentes en las casas, previamente seleccionadas para la muestra de este estudio, al momento de la entrevista.
- Si ambos padres de familia se encontraron presentes en el momento de la entrevista, se seleccionó únicamente el padre o la madre que se hace responsable de los cuidados del niño cuando éste presenta fiebre.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Padres de familia con discapacidad auditiva y/o verbal.
- Padres de familia con discapacidad neurológica, que les impidió participar en la encuesta.
- Padres de familia que no hablen el idioma español.

4.5 Definición y medición de variables

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Características sociodemográficas	Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona, que se puede expresar en días, meses y años ²⁰ .	Dato de la edad en años de los padres, realizando la resta entre la fecha de nacimiento y la fecha actual, según reportado en la encuesta,	Cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos
	Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos ²⁰ .	Dato del sexo masculino o femenino anotado en la encuesta	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
	Escolaridad	Es el conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente ²⁰ .	Se tomará como analfabeta la persona que no posea la capacidad para realizar las operaciones básicas de leer y escribir. Se tomará como alfabeta la persona que tenga la capacidad	Nominal dicotómica	Nominal	Analfabeta Alfabeta

Conocimiento	Diagnóstico	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección, para reconocer la fiebre ²⁰ .	para leer y escribir, ya sea que lo haya aprendido por medio de una enseñanza formal o informal.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Acertado Deficiente
	Terapéutico	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección, sobre cómo proceder para mitigar la fiebre ²⁰ .	Según lista de cotejo para conocimiento diagnóstico se asignan 7 preguntas destinadas a la prueba destinadas a esta variable y según escala de apreciación para este conocimiento se calificará como: Conocimiento diagnóstico acertado si tiene ≥4 respuestas correctas. Conocimiento diagnóstico deficiente si tiene ≤3 respuestas correctas.	Cualitativa dicotómica	Nominal	.

4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos:

4.6.1 Técnicas de recolección de datos

Encuesta personal dirigida por medio de entrevista estructurada cara a cara a los padres de niños menores de 5 años de edad.

4.6.2 Procesos

Posterior a la aprobación de protocolo, se procedió a solicitar autorización de las autoridades correspondientes del área de salud de San Agustín Acasaguastlán, director del centro de atención permanente de dicha área y representante de COCODE. Al realizar el trabajo de campo se llevaron a cabo siete visitas; durante la primera visita a la aldea El Rancho se reconoció el área geográfica como también toma y recolección de datos acerca de las familias de acuerdo a los cuadernillos de vacunación. En esa visita se redactaron los listados de las familias con hijos menores de 5 años en la aldea el Rancho por barrio específicamente, Durante la segunda visita, se llevó a cabo una reunión con las madres guías de MIDES (Ministerio de Desarrollo) y representantes de la comunidad, en la cual se desarrolló un plan de acción asignando comunidades por investigador como también las fechas correspondientes de las visitas. Durante las visitas numero 3 al 6, el plan de acción fue ejecutado de la misma manera. Con el listado de las familias previamente seleccionadas aleatoriamente y señaladas en croquis la ubicación de las casas, se visitó personalmente cada familia, comenzando con una charla inicial donde se presentó las generalidades del trabajo de investigación y el consentimiento informado. Luego se realizó la entrevista dirigida por medio de la encuesta al participante. La forma de movilización empleada durante la realización de las encuestas fue la caminata. Las visitas se realizaron los martes 7, 14, 21 y 28 del mes de junio. La séptima visita se realizó el 3 de agosto específicamente al centro de salud en San Agustín, donde se le hizo entrega de los resultados del trabajo de campo al director de centro de salud.

4.6.3 Instrumento de medición

El instrumento de medición es un documento que consta de tres hojas doble cara. En la página 1 se identifica con logo de la Universidad San Carlos de Guatemala y la facultad de Ciencias Médicas, con cuadro de texto que titula

la encuesta como “PRUEBA PARA VALORAR EL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE FIEBRE EN PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD.” Inferior a este cuadro de texto, se encuentra la primera sección que titula “Datos sociodemográficos,” que consta de datos del niño (edad, sexo y fecha de nacimiento) y datos del padre/madre (edad, género, parentesco con el niño/a, escolaridad y dirección). Inferior a la sección de los datos sociodemográficos, se describen las instrucciones para contestar la encuesta. Después de las instrucciones aparece la segunda sección que titula “Conocimiento Diagnóstico y Terapéutico,” el cual consta de un total de 11 preguntas con sus respectivas opciones de respuesta. La tercera sección que titula “Actitud” el cual consta de un total de 4 preguntas con sus respectivas opciones de respuesta. Al final de la tercera sección, se encuentra una escala de evaluación que describe el puntaje específico para determinar si el conocimiento diagnóstico y terapéutico y actitud es acertado o deficiente. (ver 11.5 anexo).

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento

Dentro de las variables estudiadas se encuentran la edad, siendo este el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha, el sexo como el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, la escolaridad que es el período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, los conocimientos diagnósticos y terapéuticos que son el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección para reconocer y mitigar la fiebre, y las actitudes que son la forma de actuar de una persona para hacer una labor.

El procesamiento de datos consta de los siguientes pasos:

- Se realizó manualmente una tabulación de datos, que el investigador recabó en la comunidad asignada.
- Se creó una base de datos digital en el programa Excel 2010, para almacenar los datos previamente tabulados.
- Posteriormente se sometieron los datos a un proceso depurativo, para editarlos, donde se añadieron notas y comentarios para su presentación.

- La variable analizada individualmente, como dato epidemiológico, es el sexo de los padres, ya que no es representativo para este estudio el asociarlo con alguna otra variable.
- Las variables que se analizaron relacionándose entre sí, son:
 - La escolaridad de los padres con los conocimientos y la actitud que tienen frente a la fiebre y
 - la edad de los padres con estos mismos conocimientos y actitudes.
- Listado de cuadros y gráficos que se presentan:
 - Tabla de datos sociodemográficos (edad, sexo y escolaridad de los padres que participen en el estudio).
 - Gráfica de evaluación de conocimiento diagnóstico de los padres de niños menores de 5 años ante la fiebre (instrumento de evaluación).
 - Gráfica de evaluación de conocimiento terapéutico de los padres de niños menores de 5 años ante la fiebre (instrumento de evaluación).
 - Gráfica de evaluación de actitudes de los padres de niños menores de 5 años ante la fiebre (instrumento de evaluación).
 - Gráficas de relación de las variables: “Conocimiento Diagnóstico”, “Conocimiento Terapéutico” y “Actitud” de los padres de niños menores de 5 años ante la fiebre con las variables: “Escolaridad” y “Edad” de los padres de niños menores de 5 años de edad que participen en el estudio.

4.7.2 Análisis de datos.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se creó una escala de medición para el cuestionario que se utilizó para recolectar los datos brindados por los padres de familia, dividiéndose en tres categorías: conocimiento diagnóstico, terapéutico y actitudes.

- Para el conocimiento diagnóstico el parámetro para definir que el conocimiento es acertado es tener igual o más de 4 respuestas correctas y para un conocimiento deficiente igual o menor a 3 respuestas correctas; en relación a los conocimientos terapéuticos, es

acertado si tiene igual o más de 3 respuestas correctas y para un conocimiento deficiente igual o menor de 1 respuesta correcta.

- Para la actitud que adoptan los padres se considera una actitud acertada el tener igual o mayor a 3 respuestas correctas y una actitud deficiente el tener igual o menor a 1 respuesta correctas.
- Para las variables nominales como sexo, escolaridad, conocimientos y actitudes se obtuvieron porcentajes y frecuencias.
- Se dicotomizó la edad de los padres, en menores de 25 y mayores o iguales a 25 años, debido a que la adultez inicia desde esta edad y puede ser definida en términos fisiológicos, psicológicos, de carácter personal, o de posición social.
- Se dicotomizó la escolaridad en padres, dividiéndose en analfabeta (persona quien no sabe leer y escribir) y alfabeto (persona quien haya aprendido a leer y escribir en institución formal o fuera de esta misma), de esta forma se evaluó si la variable edad y escolaridad influyen en los conocimientos y actitudes que ellos adoptan en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la fiebre en sus hijos menores de 5 años.
- Para establecer las posibles asociaciones se procedió a estimar chi cuadrado y posteriormente el OR a través de la elaboración de tablas de 2x2 para medir la asociación de variables.

Se utilizó el estadístico de Chi Cuadrado para determinar la asociación de variables, si el comportamiento de una afecta el comportamiento de la otra, con la cual se verifica la veracidad o falsedad de la hipótesis. Este procedimiento se realiza sometiendo a prueba la hipótesis nula, aceptando o rechazando la misma, de acuerdo al siguiente procedimiento:

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Dónde:

χ^2 = Chi Cuadrado

F_o = Frecuencias Observadas

F_e = Frecuencias esperadas

Las frecuencias observadas (F_o), son las obtenidas en la muestra. Las frecuencias esperadas (F_e), son las frecuencias teóricas, las cuales se obtienen de la fórmula:

$$A = \frac{n1+n3}{N}$$

$$C = \frac{n2+n3}{N}$$

$$B = \frac{n1+n4}{N}$$

$$D = \frac{n2+n4}{N}$$

Se determina el nivel de significación o nivel de confianza (a utilizar la tabla de distribución de Chi Cuadrado) se recomendó 95% de confianza, para un 5% de error, es decir 0.95 y 0.05

Se calculan los grados de libertad, con la fórmula:

$$V = (F-1)(C-1)$$

Dónde:

V = Grados de libertad

F = Filas

C = Columnas

Se encuentran valores de Chi Cuadrado en la tabla, relacionando el nivel de confianza con los grados de libertad obtenidos; y, si el valor calculado es mayor que el valor teórico encontrando en la tabla, se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula (H_0) y en caso contrario si el valor crítico o teórico se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo.

OR: $a \times d / b \times c$

		Conocimiento		
		Deficiente	Acertado	
Edad de los padres	< 25 años	a	b	
	≥ 25 años	c	d	
				n

		Conocimiento		
		Deficiente	Acertado	
Escolaridad padres	Analfabeta	a	b	n
	Alfabeta	c	d	

		Actitud		
		Deficiente	Acertada	
Edad de los padres	< 25 años	a	b	n
	≥ 25 años	c	d	

		Actitud		
		Deficiente	Acertada	
Escolaridad padres	Analfabeta	a	b	n
	Alfabeta	c	d	

OR = 1 significa que no hay asociación.

OR > 1 significa que si hay asociación y es factor de riesgo.

OR < 1 significa que no hay asociación y es factor protector.

Se desarrollaron las formulas estadísticas de OR, Valor P (χ^2) y el Intervalo de Confianza de OR.

	Valor P (χ^2)	OR	IC de OR
Conocimiento diagnóstico / edad			
Conocimiento terapéutico / edad			
Actitud / edad			
Conocimiento diagnóstico / escolaridad			
Conocimiento terapéutico / escolaridad			
Actitud / escolaridad			

4.7.3 Hipótesis

χ^2

H_A: El conocimiento diagnóstico - terapéutico y actitud deficiente ante la fiebre en niños menores de 5 años, son dependientes de los padres de familia menores de 25 años de edad.

H₀: El conocimiento diagnóstico - terapéutico y actitud deficiente ante la fiebre en niños menores de 5 años, no son dependientes de los padres de familia menores de 25 años de edad.

H_A: El conocimiento diagnóstico - terapéutico y actitud deficiente ante la fiebre en niños menores de 5 años, son dependientes de los padres de familia analfabetas.

H₀: El conocimiento diagnóstico - terapéutico y actitud deficiente ante la fiebre en niños menores de 5 años, no son dependientes de los padres de familia analfabetas.

OR

H_A: Los padres de familia menores de 25 años tienen más riesgo de presentar conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud deficiente ante la fiebre en niños menores de 5 años.

H₀: Los padres de familia menores de 25 años tienen menos riesgo de presentar conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud deficiente ante la fiebre en niños menores de 5 años.

H_A: Los padres de familia analfabetas tienen más riesgo de presentar conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud deficiente ante la fiebre en niños menores de 5 años.

H₀: Los padres de familia analfabetas tienen menos riesgo de presentar conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud deficiente ante la fiebre en niños menores de 5 años.

4.8 Alcances y límites

4.8.1 Obstáculos (riesgos y dificultades)

Dentro de las dificultades y riesgos que se presentaron durante el desarrollo de la investigación, fueron la falta de disposición y resistencia de algunas de las personas al momento de la entrevista, las distancia entre las viviendas en las que se encontraban los sujetos a estudio, el acceso a las casas más alejadas debido a que los caminos son de terracería y se encontraban en mal estado, las altas temperaturas de la región, a causa de las ocupaciones diarias de los padres de familia, no se encontraron disponibles al momento de la visita domiciliar y la exposición a la inseguridad de la comunidad, la falta de disponibilidad de horario y recursos económicos de los investigadores, para trabajar a tiempo completo para llevar a cabo la investigación.

4.8.2 Alcances

La realización de este proyecto fue viable, ya que el grupo de investigadores estuvo compuesto por 5 personas y se contó con el apoyo del personal del puesto de salud y de los líderes comunitarios. La distancia recorrida para llegar al área donde se realizó la investigación, conllevó un tiempo de 2 horas, es de fácil acceso, las carreteras se encontraron en buen estado y se cuenta con el transporte necesario para los traslados. El número de la muestra no representó una carga pesada para el número de investigadores; y, a pesar de ser una comunidad multicultural, la barrera lingüística no fue problema ya que la mayoría habla también el idioma español. Con este estudio se logró proporcionar información para uso del distrito de salud y formar un plan de educación continua adicional, para asesorar a padres de familia en cuidados de la población infantil.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

La búsqueda de la validez científica establece el deber de plantear: a) un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas; b) un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información; c) un lenguaje cuidadoso empleado para comunicar el informe; d) alto

grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y los resultados.

Para ser ética una investigación debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. La investigación plantea una intervención que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o solución a problemas de manera oportuna.

El principio de justicia, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado. Esto hace que la justicia deba entenderse como equidad, que a su vez significa la utilización racional de los recursos (beneficios, bienes y servicios); sino también distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades y también en los términos de eficiencia y eficacia.

La selección de los sujetos del estudio aseguró que estos fueron escogidos por razones relacionadas con las interrogantes científicas. La selección de sujetos consideró la inclusión de aquellos que pudieron beneficiarse de un resultado positivo.

La participación de los sujetos de estudio, se determinó por el uso de un consentimiento informado; la finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación – y en la investigación –, una debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si participar o no. El consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas.

Para ser ética una investigación debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. La investigación plantea

una intervención que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o solución a problemas de manera oportuna.

Los requisitos éticos para la investigación cualitativa no concluyen cuando los individuos hacen constar que aceptan participar en ella. El respeto a los sujetos implica varias cosas: a) el respeto incluye permitir que el sujeto cambie de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o conveniencias, y a retirarse sin sanción de ningún tipo; b) la reserva en el manejo de la información debe ser respetada con reglas explícitas de confidencialidad; c) la información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación debe darse a conocer a los sujetos inscritos; d) en reconocimiento a la contribución de los sujetos debe haber un mecanismo para informarlos sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación; y e) el bienestar del sujeto debe vigilarse cuidadosamente a lo largo de su participación y, si es necesario, debe recibir las atenciones necesarias incluyendo un posible retiro de la investigación.

La investigación con las personas puede implicar considerables riesgos y beneficios, puede justificarse la investigación sólo cuando: a) los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan; b) los beneficios potenciales a los sujetos individuales y a la sociedad se maximizan; c) los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos. Las personas habitualmente comparan los riesgos y beneficios por sí mismas para decidir si uno excede al otro. Este requisito incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia, por largo tiempo reconocidos como los principios fundamentales en la investigación clínica.

Esta investigación se considera como categoría I que es sin riesgo.

5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de las encuestas realizadas a 275 padres de familia de la aldea El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso. Durante el mes de mayo – junio 2016. Los resultados se presentan en el siguiente orden:

- Características sociodemográficas.
- Conocimiento diagnóstico – terapéutico.
- Actitud.
- Influencia de la edad y escolaridad en el conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud de los padres de familia.

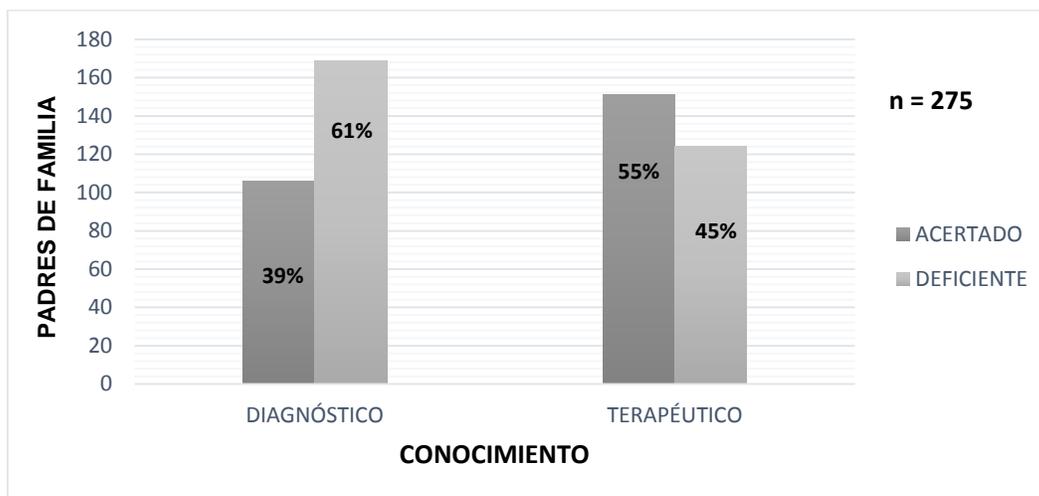
5.1 Características sociodemográficas

TABLA 5.1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PADRES
DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN ACASAGUASTLÁN,
ALDEA EL RANCHO, MAYO – JUNIO 2016

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Femenino	262	95
	Masculino	13	5
EDAD	< 25 años	133	48
	> 25 años	142	52
ESCOLARIDAD	Analfabeta	28	10
	Alfabeta	247	90
			n = 275

5.2 Conocimiento diagnóstico – terapéutico

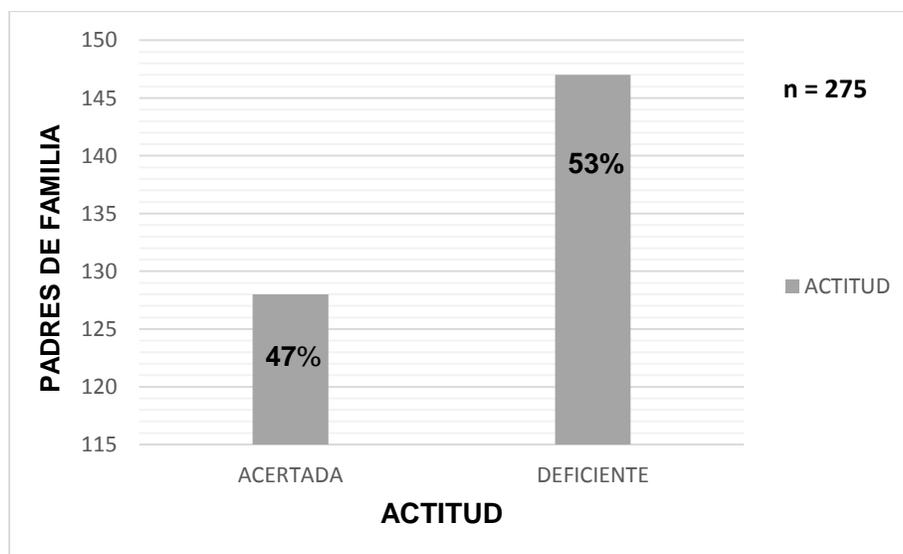
GRÁFICA 5.1
CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO – TERAPÉUTICO DE LOS
PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ANTE LA FIEBRE
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN ACASAGUASTLÁN,
ALDEA EL RANCHO, MAYO - JUNIO 2016



Fuente: anexo 11.6, tabla 11.12

5.3 Actitud

GRÁFICA 5.2
ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA DE
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ANTE LA FIEBRE
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN. AGUSTÍN. ACASAGUASTLÁN,
ALDEA EL RANCHO, MAYO-JUNIO 2016



Fuente: anexo 11.6, tabla 11.13

5.4 Influencia de la edad y escolaridad en el conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud de los padres de familia

TABLA 5.2
INFLUENCIA DE LA EDAD Y ESCOLARIDAD EN EL CONOCIMIENTO
DIAGNÓSTICO – TERAPÉUTICO Y ACTITUD DE LOS PADRES DE FAMILIA DE
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ANTE LA FIEBRE
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO,
MAYO – JUNIO 2016

INFLUENCIA	VALOR P (Xi ²)	OR	IC de OR	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
Conocimiento diagnóstico/edad	0.42	1.2227	0.7513 - 1.9899	NS
Conocimiento terapéutico/edad	0.23	0.7460	0.4631 – 1.2018	NS
Actitud/edad	0.32	0.7867	0.4893 – 1.2650	NS
Conocimiento diagnóstico/escolaridad	0.04957	2.4943	0.9765 – 6.3713	S*
Conocimiento terapéutico/escolaridad	0.18	1.7160	0.7791 – 3.7796	NS
Actitud/escolaridad	0.11	0.5281	0.2376 – 1.1739	NS

Fuente: tablas de contingencia anexo 11.6, tablas 11.14 a 11.19.

NS = no significativo estadísticamente

S = significativo estadísticamente

S* el valor p de 0.04947 es significativo estadísticamente, pero se comprueba con el OR de 2.49 que revela que si existe una asociación estadística entre el conocimiento diagnóstico ante la fiebre y la escolaridad de los padres; pero al ser un valor menor de 3.84 por el valor bilateral de z, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, esto se manifiesta al interpretar el valor del IC de OR que contiene el valor de OR de 1 y confirma que no existe asociación estadística entre las variables.

Interpretación

Dado que la significación de Chi cuadrado (valor p) es una medida más exacta que el propio valor de Chi, se utiliza este resultado para dar a conocer si la influencia de la edad y escolaridad es significativa o no significativa estadísticamente, para el conocimiento diagnóstico – terapéutico y la actitud de los padres de familia de los menores de 5 años de edad. Para la influencia entre el conocimiento diagnóstico y la edad, el valor p de 0.42 demuestra que son independientes; en el conocimiento terapéutico y la edad se obtiene un valor p de 0.23 como resultado, lo que demuestra que las variables son independientes, y entre la actitud y la edad se obtiene el valor p de 0.32 lo que demuestra independencia, la influencia entre los conocimientos diagnósticos y la escolaridad revela el valor p de 0.05

como resultado no significativo estadísticamente; el valor p de 0.18 demuestra independencia entre la influencia del conocimiento terapéutico y la escolaridad; en la influencia de la actitud y la escolaridad se obtiene el valor p de 0.11 que demuestra independencia entre las variables. Por lo que se aceptan las hipótesis nulas, concluyendo que la variable edad de los padres de familia y el conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud ante la fiebre son independientes y no hay asociación significativa estadísticamente, y la variable escolaridad de los padres de familia es independiente del conocimiento diagnóstico - terapéutico y la actitud ante la fiebre.

6. DISCUSIÓN

En la población de la aldea de El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, el departamento del Progreso se observó que de los padres de familia un 95% de la población a estudio fue de sexo femenino y únicamente 5% de sexo masculino (tabla 5.1), observándose cifras similares en un estudio realizado en Guatemala en el año 2001, sobre la evaluación del cumplimiento del tratamiento indicado por fiebre, en el cual 96% de su población a estudio fue de sexo femenino y únicamente 4% de sexo masculino.⁷ Estos datos reflejaron que, el predominio de mujeres son quienes se encargan del hogar y del cuidado de los menores, mientras los hombres trabajan fuera del hogar para mantener a su familia.

De la muestra total de encuestados, el 52% era mayor de 25 años de edad (tabla 5.1). Un estudio realizado en Guatemala en el año 2001 sobre la evaluación del cumplimiento del tratamiento indicado por fiebre a niños menores de 5 años, evidenció que el grupo de edad más frecuente de los padres o encargados fue de 29-33 años.⁶ Los datos obtenidos revelan que la edad promedio de las madres en la mencionada aldea es similar a la edad promedio de padres de familia en el país de Guatemala.

Además, el 90% de la población a estudio fueron personas alfabetas y el 10% analfabetas (tabla 5.1). En el año 1998, González O. y González A., con su trabajo científico “Creencias, Temores y Costumbres de las Madres sobre la Fiebre” realizado en Honduras, un 57.14% tenía un nivel educativo igual o superior a la secundaria⁹, comprobando que la educación resultó ser importante y pudo ser un factor determinante en el cumplimiento de órdenes médicas. Lo que demostró que, en la mencionada aldea, las mujeres son las encargadas de vigilar la salud de sus hijos, y esto es mayor que en otros países latinoamericanos como se observa en comparación al Perú, hallando una diferencia en las edades de los padres de familia en comparación a otros países, pero siendo equivalente a trabajos realizados dentro de Guatemala. En la escolaridad se observó que los participantes en su mayoría eran alfabetas lo que indica que saben leer y escribir, por lo que se consideró que la escolaridad marcaría una diferencia en el conocimiento diagnóstico – terapéutico y la actitud de los padres de familia ante la fiebre, encontrado un valor similar al observado en el estudio realizado en Perú.

Los resultados obtenidos hacen suponer que los padres de familia de la mencionada aldea tendrían el conocimiento diagnóstico - terapéutico acertado como respuesta ante la fiebre de los menores de 5 años de edad y una actitud positiva para favorecer el proceso de

regresión a la homeostasis de sus hijos. Tras el análisis de los datos se demostró que el 61% de los padres de familia tiene un conocimiento diagnóstico deficiente y el 55% presentó un conocimiento terapéutico acertado (gráfica 5.1). En la influencia entre la edad menor de 25 años de edad y poseer un conocimiento diagnóstico deficiente se comprobó que el 64% de los casos (tabla 11.14) cumple con este factor de riesgo y el 41% de los casos (tabla 11.15) tiene un conocimiento terapéutico deficiente; lo que se manifiesta por la obtención de valores p y OR en los que no existe asociación estadísticamente y revela que dichas variables son independientes y no hay asociación entre las mismas. Datos similares se obtuvieron en el estudio llamado “Fiebre: concepto, prácticas y actitudes”, realizado en Uruguay en el año 2000, donde no encontraron diferencias significativas de resultados entre la edad materna, su nivel de escolaridad y el número de hijos.¹²

En la influencia entre la escolaridad y el conocimiento diagnóstico – terapéutico, en el presente estudio preocupa el grupo de padres que son alfabetas, debido a que este grupo se consideraba como el de mayor posibilidad de un conocimiento diagnóstico acertado, pero se obtuvo un 59.5% de resultados deficientes en este grupo (tabla 11.17), lo que pone en riesgo a sus hijos, aunque el mismo grupo tuvo un conocimiento terapéutico deficiente en el 43.7% de los casos (tabla 11.18), por lo que se demuestra que no hay asociación estadísticamente entre ser un padre de familia alfabeto y poseer un conocimiento diagnóstico – terapéutico acertado ante la fiebre; esto se comprueba con los valores p obtenidos y corroborados con los OR en los que se manifiesta que no existe relación estadísticamente significativa y son variables independientes. En comparación a estudios realizados en América Latina la probabilidad de que un padre de familia alfabeto tenga un conocimiento diagnóstico acertado ante la fiebre es mayor que la de un padre de familia analfabeto, se obtiene un resultado similar a los estudios presentados.

Por lo que se pudo inferir que los padres de familia de este estudio no saben definir y cuantificar la temperatura corporal, evidenciándose en los resultados obtenidos en el que solamente el 30% de los casos sabían que fiebre es una temperatura corporal mayor de 38°C (anexo 11.6, tabla 11.20), y que solamente 31% utilizó un termómetro independientemente que fuera de mercurio o digital para cuantificarla (anexo 11.6, tabla 11.24). Al momento de manejar la fiebre los padres de familia el 89% de los casos utilizaron acetaminofén como el medicamento de rescate a dosis recomendada por un médico en el 52% de los casos (anexo 11.6, tablas 11.27, 11.28); estos resultados son mejores que los obtenidos en estudios similares en Uruguay y Honduras donde solamente el 47% de los

casos usaron acetaminofén para el control de la fiebre sin especificar quien refiere la dosis del medicamento.

En lo referente a la actitud ante la fiebre en los padres de familia de la aldea El Rancho, no hubo diferencia significativa en la edad mayor o menor de 25 años y una actitud acertada o deficiente; mientras que en la relación de escolaridad y actitud se descubrió que los padres de familia analfabetas presentaron una actitud acertada con un 61% de los casos, sutilmente mayor en comparación a los padres de familia alfabetas con un 55% de los casos, en donde el mayor porcentaje tuvo una actitud deficiente (anexo 11.6, tabla 11.16). Con lo que estadísticamente no hay asociación entre la edad o la escolaridad con la actitud de los padres de familia (valores p de 0.23 y 0.18 respectivamente) y solamente corren más riesgo de tener una actitud deficiente los padres de familia menores de 25 años de edad. En el estudio realizado en Perú en el año 2014 llamado “Conocimientos y actitudes de los padres respecto a la fiebre en niños menores de 5 años”, la actitud de los participantes fue óptima en el 81.8% de los casos; entre tanto, el 13.6% de padres y/o apoderados tuvieron una actitud que se puede considerar “regular” frente a la identificación o percepción inmediata de la fiebre en los niños menores de 5 años y el 4.5% de los padres y/o apoderados presentaron una actitud “no óptima” sobre la fiebre.¹³ Al comparar los resultados obtenidos en el presente estudio a los obtenidos en el Perú, se determinó que los padres de familia de la aldea El Rancho, tuvieron una actitud deficiente y que ésta solo mejoró sutilmente en los padres de familia alfabetas.

Lo que llevó a concluir que los niños de la mencionada aldea se encuentran expuestos a un mal diagnóstico por sus padres, ocasionando que tomen medidas incorrectas ante la fiebre y ésta se exacerbe por la actitud deficiente, ocasionando que se lleve al niño al riesgo de una complicación por no acudir a los servicios de salud de forma oportuna. Comprobando que no existe relación entre el conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud ante la fiebre con la edad o la escolaridad de los padres de familia, objetos de este estudio.

El presente estudio tiene como fortaleza que se realizó en toda la aldea, con una muestra aleatoria que brindó la capacidad de tomar una muestra significativa de la población sin intervención de los investigadores, además durante la realización de la encuesta se brindó plan educacional a los padres de familia sobre el concepto de fiebre, cómo detectarla, el uso de termómetro como método diagnóstico y el uso de medios físicos como primer paso

en el hogar seguido de la forma adecuada de iniciar la terapia con medicamentos en el hogar, con lo que se modificó la actitud de los padres de familia hacia una actitud de alerta y no de alarma ante la fiebre. Dentro de las deficiencias del estudio se encuentra el haberse realizado dentro de una aldea exclusivamente, por lo que no se puede generalizar los resultados a nivel departamental o nacional. Pese a esto se pudo inferir que por las características de la mencionada población es probable que el resto de la población nacional tenga resultados similares a los obtenidos en este estudio.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 De la muestra estudiada, se encontró que, de cada 10 padres de familia de niños menores de 5 años, 9 son de sexo femenino, 5 son mayores de 25 años de edad y 9 son alfabetas.
- 7.2 De cada 10 padres de familia encuestados, 6 tienen un conocimiento diagnóstico deficiente y 5 un conocimiento terapéutico acertado.
- 7.3 Del total de padres de familia de niños menores de 5 años encuestados, 5 de cada 10 padres tienen una actitud deficiente respecto a la fiebre.
- 7.4 El conocimiento diagnóstico - terapéutico y actitud ante la fiebre son independientes de la edad o escolaridad de los padres de familia, y no existe relación estadísticamente significativa entre estas variables.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Desarrollo Social, (MIDES)

8.1.1 Que en el paquete de víveres que les brindan a las familias adicionen un termómetro de mercurio, el cual es económico y de suma importancia en los hogares para que los padres de familia puedan medir y manejar de forma asertiva la fiebre; además de presentar una actitud adecuada ante la misma.

8.2 Al Centro de Atención Permanente (CAP) de San Agustín Acasaguastlán

8.2.1 Que apoye a las enfermeras del Puesto de Salud de El Rancho en las charlas comunitarias realizadas por el COCODE y El Puesto de Salud para educar a los padres de familia en salud preventiva; sobre todo en el diagnóstico y manejo de la fiebre, con lo que se reduciría el número de consultas pediátricas por fiebre en el puesto de salud y se evitaría el gasto de recursos humanos e insumos por un proceso fisiológico controlable en casa.

8.2.2 El fortalecimiento de alianzas intersectoriales entre el CAP, el puesto de salud y centros educativos para que en su planificación anual se establezcan talleres con los padres de familia para tratar el tema de salud preventiva, en el cual se enfatice en los síntomas y signos del niño enfermo, dentro del cual se enseñe como medir y manejar la fiebre en niños.

9. APORTES

El estudio realizado en la Aldea del Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, Guatemala deja evidenciado la necesidad de implementar programas de educación continua a los padres de familia de la aldea, por lo que se ha dado la pauta para que el Centro de Atención Permanente de San Agustín inicie el programa de educación por medio del puesto de salud de El Rancho y apoyado por el COCODE; con el fin de llevar a los padres los conocimientos diagnósticos y terapéuticos para el manejo adecuado de la fiebre en sus hijos. Lo que impactará disminuyendo el número de consultas por fiebre y sus complicaciones.

Durante la ejecución de la encuesta dirigida se realizó un plan educacional dirigido a brindar el conocimiento diagnóstico y terapéutico ante la fiebre a los padres de familia de menores de 5 años. Con esto se enseñó a utilizar de forma correcta el termómetro de mercurio, además de cuantificar de forma asertiva la temperatura corporal y los valores diagnósticos de alarma para actuar de forma inmediata y disminuir el malestar en su hijo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pastor X. Síndrome febril. En: Cruz – Hernández M, editor. Nuevo tratado de pediatría M. Cruz. 10 ed. Barcelona: ERGON; 2010. Vol. 1 p. 401 - 410.
2. Ruiz R, Cerón M, Ruiz L, García F, Valle G, Elizondo J, Urbina H. Fiebre en pediatría. Rev Mex Pediatr [en línea]. 2010 [citado 4 Feb 2016]; 77 (I): S3-S8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>
3. García J, Callejas J, Castillo L, Hernández D, Garrido F, Jiménez T, et al. Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre. Rev Pediatr Aten Primaria [en línea]. 2011 [citado 6 Mar 2016]; 13 (51): 367-379. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n51/original2.pdf>
4. Ugarte E, Orue C, Samudio G, Weber E. Los padres y la fiebre: ¿qué creen y hacen? Pediatr (Paraguay) [en línea]. 2009 [citado 4 Feb 2016]; 36 (3): 201-205. Disponible en: <http://revista.spp.org.py/index.php/ped/article/view/90/98>
5. Fernández S, Ulloa R, Ávila M. Manejo del niño febril. Acta Med Costarric [en línea]. 2004 [citado 4 Feb 2016]; 46 (2): [aprox. 6 pant.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022004000200010
6. Mogollón Ralon CD. Conocimientos, costumbres y actitudes sobre el manejo del cuadro febril en niños menores de 5 años: estudio realizado en padres de familia y encargados que frecuentan un mercado cantonal, un centro comercial y eventos sociales del comité de damas del club rotario de Guatemala de septiembre a octubre de 1995. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1995.
7. Carrillo Ortiz GM. Evaluación del cumplimiento del tratamiento indicado por fiebre, a niños menores de 5 años, atendidos en el centro de urgencias médicas de la colonia Primero de Julio de la zona 19 de agosto a septiembre del 2001. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
8. Figueroa F, Forero J, León J, Londoño A, Echandía C. Detección, manejo y percepción materna de la fiebre en niños. Rev de la Facultad de Medicina [en línea]. 2008 [citado 8 Mar 16]; 60(1): 40-49. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31229/475>
9. González C O, González A O. Creencias, temores y costumbres de las madres sobre la fiebre. Honduras Pediátrica [en línea]. 1998 [citado 8 Mar 16]; 19(2):36-43. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RHP/pdf/1998/pdf/Vol19-2-1998-5.pdf>
10. Straface R. Conocimientos, creencias y conductas de padres y pediatras frente al niño febril de 1 a 24 meses de edad. Arch. argent. pediatr. [en línea]. 2001 [citado 9 Mar 16]; 99(6): 1-9. Disponible en: <http://www.periodismo.net/cientifico/febril.pdf>

11. Moraga F, Horwitz B, Romero C. Fiebre: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre. *Rev Chil Pediatr* [en línea]. 2007 Abr [citado 12 Mar 2016]; 78 (2): [aprox. 7 pant.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000200006
12. Roldán E, Gutiérrez S, Pais T. Fiebre: concepto, prácticas y actitudes. *Arch Pediatr Urug* [en línea]. 2000 [citado 12 Mar 2016]; 71 (1-4): 31-35. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v71n1-4/roldan.pdf>
13. Luna Luna OA. Conocimientos y actitudes de los padres respecto a la fiebre en niños menores de 5 años: estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé de julio a agosto de 2014. [tesis de Maestría en línea]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2014 [citado 7 Mar 2016]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4516/1/Luna_Luna_Oscar_Anibal_2014.pdf
14. Powell K. Fiebre. En: Kliegman R, Behrman R, Jenso H, Stanton B, editores. *Nelson, tratado de pediatría*. 18 ed. España: ELSEVIER; 2012. Vol. 1 p. 1084 - 1087.
15. Hall J, *Tratado de fisiología médica*, Guyton y Hall. 12 ed. Madrid, España: Elsevier; 2011. Capítulo 73. Temperatura corporal, regulación de la temperatura y fiebre; p. 867 - 871.
16. Jaramillo A. *Enfermería en cuidados críticos*. [en línea]. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque; 2006 [citado 10 feb 2016]. Disponible en: <http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Infecciosos/Fiebre.pdf>
17. Surós AB, Surós JB. *Semiología médica y técnica exploratoria*. 8 ed. Barcelona, España: Masson; 1999. Capítulo 1. Generalidades; p. 58 - 59.
18. James L. Planteamiento en relación con la fiebre o sospecha de infección en el huésped normal. En: Goldman L, Bennett JC editores. *Cecil tratado de medicina interna*. Madrid, España: Elsevier; 2013. Vol. 2 p. 2112 -2124.
19. Ruíz RA, Cerón M, Ruíz LG, García FS, Valle GC, Elizondo J, et al. Fiebre en pediatría. *Rev Mex Pediatr* [en línea]. 2010 [citado 10 Feb 2016]. 77 (1): S3 – S8 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>
20. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. [en línea]. 25 ed. España: RAE; 2014 [citado 10 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
21. *Gran Enciclopedia Larousse*. [en línea]. Madrid, España: Larousse; 2000 [citado 10 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.larousse.mx>
22. Carrion J. *Conocimientos*. 2 ed. Barcelona, España: Fundación iberoamericana del conocimiento; 2012.

23. Chavez Calderón P. Conocimiento, ciencia y métodos. 3 ed. México: Publicaciones Cultural; 2011.
24. North AW. Método científico. [en línea]. México: COMEX; 2015. Capítulo 2, El conocimiento; [citado 11 Mar 2016]; p. 15-16. Disponible en: http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Metodo_Cientifico/Pdf/Unidad_02.pdf
25. Elgueta R, Fransisca M, Parra C. El arte de preguntar: coherencia y reflexión. 20 ed. Barcelona, España: Ediciones Universidad Cardenal Raúl Silva Henríquez; 2012.
26. Sabino C. El proceso de investigación. Caracas, Venezuela: Panapo; 2014.
27. Chile. Ministerio del Trabajo y Prevención Social. SENCE. Instrumentos de evaluación. [en línea]. Chile: El Ministerio; 2014 [citado 5 Abr 2016]. Disponible en: http://www.sence.cl/601/articles-4777_recurso_10.pdf
28. Briñol P, Falces C, Becerra A. Cambio de actitudes implícitas. [en línea]. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid; 2012 [citado 11 Mar 2016]. Disponible en: <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>

11. ANEXOS

11.1 Anexo

El departamento de El Progreso está ubicado en la Región III (Nororiente) del país. Su territorio ocupa una superficie aproximada de 1,922 km² y su cabecera departamental Guastatoya, se ubica aproximadamente a 517 metros sobre el nivel del mar. En 2012, a lo largo de sus 8 municipios vivían poco más de 155 mil personas. Se estima que más del 60% de sus habitantes vive en áreas rurales.

Aunque la definición de ruralidad es todavía un tema pendiente en el país, se estima que, en 2012, tres de cada cinco personas habitan en áreas rurales. Además, según proyecciones de población, el 51% de los habitantes son mujeres. Guatemala es un país cuya población es mayoritariamente joven. La mitad de la población se encuentra bajo la edad mediana. Según la Encovi 2010, la edad mediana del país era de 19 años. En promedio, los hogares guatemaltecos están conformados por seis personas.

Según el último censo de población y las más recientes encuestas de hogares, dos de cada cinco guatemaltecos se consideran pertenecientes a una de las comunidades lingüísticas de los pueblos indígenas: Maya, Garífuna y Xinca. En 2012, el país se dividía en 333 municipios, con su respectiva administración pública local. En el Tabla No. 11.1 se presenta la población estimada para 2014 de cada municipio del departamento de El Progreso.

Tabla 11.1
POBLACIÓN ESTIMADA PARA EL AÑO 2014
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO, GUATEMALA

MUNICIPIO	MILES DE HABITANTES
Guastatoya	21.7
Morazán	11.8
San Agustín Acasaguastlán	38.8
San Cristóbal Acasaguastlán	6.8
El Júcaro	10.8
Sansare	11.5
Sanarate	37.1
San Antonio La Paz	17.1
Total	155.6

Fuente: Estimación con base en proyecciones de población del INE.

EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador sintético que expresa tres dimensiones básicas del desarrollo humano: salud, educación y nivel de vida. El valor del índice del desarrollo humano puede ser entre 0 y 1, donde 0 indica el más bajo nivel de desarrollo humano, y 1 indica un desarrollo humano alto.

Para calcular el IDH se agregan, estandarizados, distintos indicadores. En el ámbito de salud se incluye la esperanza de vida al nacer, que indica cuál es la edad más probable que alcanzaría una persona que nace en un período determinado, si se mantienen los patrones demográficos de ese momento. En educación se incluyen tanto la tasa de alfabetización de mayores de 15 años como la matriculación combinada de los tres niveles educativos. Y, finalmente, el nivel de vida se aproxima utilizando los ingresos promedio de la población.

Tabla 11.2
DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO (2002):
ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO POR MUNICIPIO SEGÚN COMPONENTE

Municipio	ID	Salud	Educaci	Ingr
Guastatoya	0.6	0.682	0.748	0.64
Morazán	0.6	0.645	0.628	0.58
San Agustín	0.5	0.591	0.608	0.59
San Cristóbal	0.6	0.794	0.667	0.63
El Jícaro	0.6	0.585	0.650	0.61
Sansare	0.6	0.708	0.657	0.58
Sanarate	0.6	0.676	0.717	0.62
San Antonio La	0.6	0.736	0.665	0.60

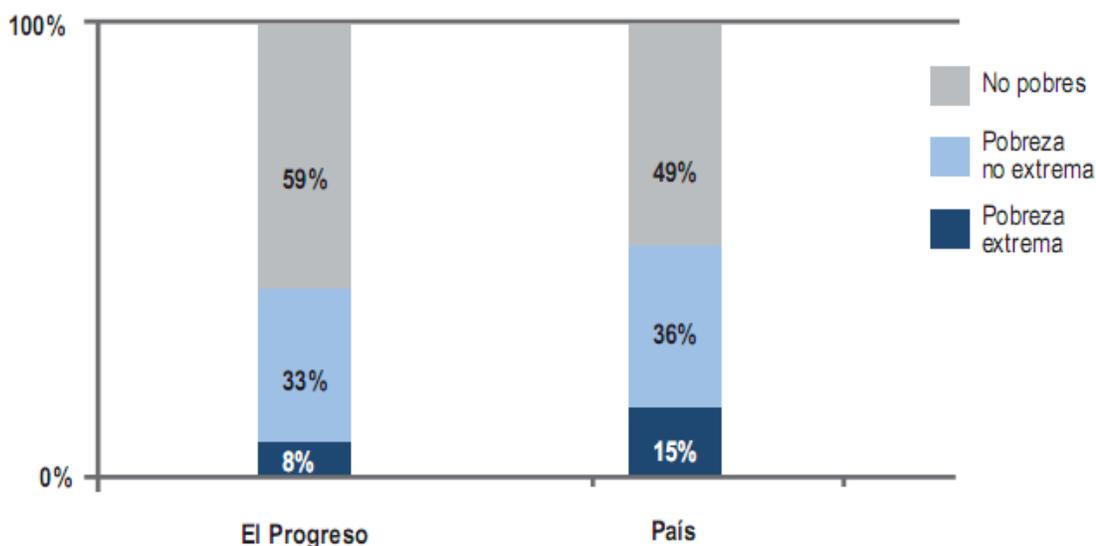
Fuente: Estimación con base en proyecciones de población del INE.

POBREZA Y DESIGUALDAD

En 2006, año de la última estimación de la pobreza en Guatemala, poco más de la mitad (51%) de la población vivía en condiciones Pobreza y 15% de la población en condiciones de extrema pobreza. La definición de pobreza utilizada se basa en el consumo agregado de los hogares en comparación con el costo de una canasta básica de alimentos para la pobreza extrema, o una canasta de bienes y servicios básicos, para la pobreza en general.

Debido a la exclusión histórica de la que han sido objeto los pueblos indígenas, sus índices de pobreza son más alarmantes. La gráfica muestra la situación de pobreza en el departamento, desagregado según etnicidad. La pobreza es un fenómeno multidimensional que admite diversos enfoques. Si se consideran privaciones específicas en las condiciones de vida de los hogares, se puede establecer la pobreza según cada criterio.

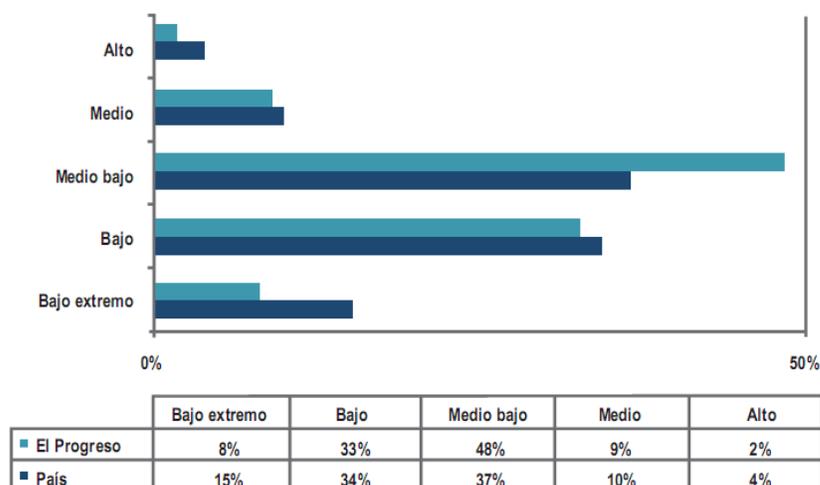
Gráfica 11.1
DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO (2006):
POBREZA Y POBREZA EXTREMA. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN



Fuente: Estimación con base en proyecciones de población del INE.

Muy vinculado al concepto de pobreza está el de desigualdad. La región de América Latina es la más desigual en cuanto al bienestar de sus ciudadanos, en comparación con el resto de regiones del mundo. A su vez, Guatemala presenta indicadores de desigualdad más altos que muchos países de la región. La desigualdad, tanto en relación con los ingresos de que disponen los hogares, como en las condiciones de vida, produce una sociedad profundamente estratificada. En la gráfica se muestra la estratificación social del país y la del departamento.

Gráfica11.2
DEPARTAMENTO DE EL PROGRESO (2006):
ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN



Fuente: Estimación con base en proyecciones de población del INE.

COBERTURA EDUCATIVA

En la década de 2000 hubo una ampliación de la cobertura educativa en distintos niveles. La tasa neta de escolaridad expresa la relación entre la población inscrita en la edad escolar para el nivel dado y la población total proyectada en dicha edad. En el nivel primario, casi se alcanzó, a nivel nacional, una tasa neta de 100%. Tanto en la preprimaria como en niveles más altos, la cobertura es más baja.

Tabla 11.3
EL PROGRESO (2009): TASA NETA DE ESCOLARIDAD
SEGÚN NIVEL POR MUNICIPIO

	Preprimaria			Primaria de niños			Ciclo básico			Ciclo diversificado		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total	57.1	56.8	57.4	98.7	99.8	97.6	40.2	41.2	39.3	21.2	20.9	21.5
El Progreso	69.2	68.2	70.3	107.1	109.8	104.3	52.6	53.4	51.9	27.5	27.5	27.5
Guastatoya	71.3	69.6	73.1	94.0	94.6	93.4	72.5	71.3	73.8	63.1	59.9	66.3
Morazán	53.2	55.0	51.4	93.8	98.1	89.5	38.0	38.3	37.6	10.3	9.9	10.6
San Agustín Acasaguastlán	79.6	75.9	83.5	124.0	126.0	122.0	41.4	45.8	36.8	10.2	9.5	11.0
San Cristóbal Acasaguastlán	74.8	74.6	75.0	110.6	112.4	108.7	43.1	41.9	44.3	9.5	12.7	6.4
El Jicaro	72.6	76.0	69.1	110.6	111.9	109.2	51.2	46.8	55.9	31.5	35.6	27.3
Sansare	59.2	59.6	58.9	98.9	100.9	96.8	52.8	51.8	53.8	19.6	21.4	17.8
Sanarate	64.3	62.1	66.4	100.9	103.5	98.4	59.4	61.0	57.8	43.4	43.0	43.9
San Antonio la Paz	67.2	69.3	65.1	109.7	117.1	102.0	52.9	51.7	54.1	8.5	11.4	5.6

Fuente: Mineduc.

SALUD Y SEGURIDAD

Otra de las dimensiones básicas del desarrollo humano es la salud. Dos indicadores en el ámbito de salud que reflejan el estado del desarrollo humano en una sociedad son la mortalidad infantil y la desnutrición en la niñez. En Guatemala, a principios del siglo XXI, por cada mil niños que nacen, 34 mueren antes de cumplir un año y 45 antes de llegar a los cinco. Además, casi la mitad de los niños sufre de desnutrición crónica.

Las altas tasas de mortalidad infantil están asociadas principalmente a enfermedades respiratorias y a síntomas de diarrea. Más de la quinta parte de los niños menores de cinco años del país han presentado síntomas, pero solo el 44% de los casos de una infección respiratoria aguda recibe tratamiento, mientras que menos de dos terceras partes de los casos de diarrea son atendidos. También es importante la cobertura de vacunación en niños para la prevención de la mortalidad y morbilidad. Casi una cuarta parte de los niños menores de dos años en el país tienen pendiente una o más vacunas.

Los riesgos para la salud comienzan desde el embarazo. Guatemala tiene una de las tasas de fecundidad más altas de la región. Si se toma en cuenta que una cuarta parte de esa fecundidad es no deseada, se hace evidente el desafío que representa el hecho que menos de la mitad de las mujeres en unión utilicen algún método moderno de planificación familiar. La salud de las mujeres se complica con el hecho de que solo la mitad de las mujeres guatemaltecas tiene sus partos asistidos por personal médico.

Finalmente, la más grave limitación al desarrollo humano es la privación de la vida misma. Guatemala se ha convertido en uno de los países más violentos de la región con una tasa de homicidios mayor a 40 por cien mil habitantes.

HISTORIA DE LA COMUNIDAD DE EL RANCHO

Cuando se viaja al norte o al oriente del país por la ruta la Atlántico una de las paradas estratégicas es en El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, en el kilómetro 85. El receso puede ser para tomar un caldo de gallina criolla, que es el plato que identifica el lugar, llevar a cabo una transacción bancaria o para ingerir una bebida fría y así a aplacar el agobiante calor de la región, “Se mantiene entre

38 y 40 grados”, coinciden algunos vecinos. Pero esta área, que se encuentra a la orilla de la carretera y que los lugareños conocen como el caserío Las Champas, es apenas la parte visible de la aldea El Rancho. Cuatro kilómetros adentro, al virar en el kilómetro 82, se encuentra el casco central habitado por 8104 vecinos, donde converge un ambiente de prosperidad comercial con el fantasma de los recuerdos del ferrocarril de finales del siglo XIX y principios del XX.

En la aldea tampoco falta el toque que caracteriza a los pueblos de oriente, asentados en el serpenteado recorrido del río Motagua, como lo son las leyendas. Es común, aunque cada vez menos, escuchar a los longevos relatar historias a los nietos de la llorona, el duende, el jinete sin cabeza, la siguanaba, el sisimite, el cadejo y otros personajes más propios de la tradición oral de la región.

Un recorrido breve por la población permite observar los restos de la estación de tren, el cual se pretende convertir en museo; la iglesia católica construida en 1934; el parque central, adornado con árboles de laurel de la India, las huellas del puente Orellana que sucumbió en el 2010 por la Tormenta Agatha y contemplar el río Motagua. A escasos metros del pequeño parque central se encuentran aún en pie los restos del inmueble de madera donde opero la estación del tren a mediados del siglo XX, ya que el primero se incendió en 1945.

Se conservan los despojos de lo que fue la ventanilla donde se adquirían los boletos para viajar en el ferrocarril, la silla donde se sentaba el encargado de estos cobros y una o dos piezas del telégrafo. También, olvidadas por el tiempo y oxidadas por la humedad, una gigantesca bomba de agua y dos vagones, lo que más llama la atención es una telaraña de rieles tendidos en el piso que evidencian el intenso tráfico en esos años. Toda esta infraestructura se instaló en el último cuarto del siglo XIX debido a que hasta allí llegaba el ferrocarril, “Aquí llegaban comitivas de hasta 500 mulas cargadas con los productos que se enviaban a Puertos Barrios para ser exportados; venían de la capital, las verapaces y los jalapas”, indica Rubén Paíz, quien en la actualidad redacta la historia de El Rancho.

Esta condición provoco que los mandatarios de esa época y otras más recientes visitaran con frecuencia la comunidad. Paíz relata que Justo Rufino Barrios llegaba a la comunidad en caballo y acostumbraba visitar al hacendado Saturnino Pinto de quien se hizo amigo, después de un incidente que tuvieron por un guacal de agua. También frecuentaba el lugar, según cuenta Paíz el presidente José María Orellana,

quien era originario del municipio cercano de El Jícaro. Esta vecindad generó que dicho presidente mandara a construir un puente que posteriormente llevo su nombre, que pretendía acortar distancias con su pueblo y la región de las Verapaces. El mismo fue ignaurado por Lázaro Chacón en 1927. Jorge Ubico también incluyó en su larga lista de visitas a El Rancho y cuando llegó hizo lo que acostumbraba hacer en toda comunidad que visitaba: revisar las cuentas institucionales públicas, escuchar los problemas de los vecinos, incluso los personales y emitir una sentencia que debía cumplirse inmediatamente, el pie de la letra.

El presidente Carlos Castillo Armas también forma parte de la historia de El Rancho, Paíz cuenta que el mandatario de la liberación contrajo matrimonio con una vecina del lugar de apellido Palomo, por lo cual frecuentaba dicha comunidad, incluso, tenían una propiedad por la plaza “Como muestra de cariño al lugar regalo 150 manzanas de tierra a 150 campesinos, lo cual hoy se conoce como Malpais”, afirma. En cuanto al origen del nombre de la aldea, la versión que más se cree es que cuando llegaron los ingenieros y los trabajadores que construyeron la estación del ferrocarril solo había un rancho que era propiedad de Don Saturnino Pinto, el cual estaba ubicado en la loma donde ahora se encuentra el templo de El Calvario. Desde entonces se quedó “El Rancho”.

INDICADORES

- **Índice de Desarrollo Humano**

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) representa el impulso de una definición más amplia de bienestar y ofrece una medida de compuesta por tres dimensiones básicas del desarrollo humano: salud, educación e ingresos económicos. Para el año 2014 el IDH se encuentra *0.574* lo que coloca a *Guatemala* en el puesto 131 de 187 países y por debajo de la media para países de *Latinoamérica el cual es de 0.731*. En comparación el *IDH de El Progreso es de 0.593* lo que lo ubica por arriba de la media de la nación.

- **Producto Interno Bruto**

El Producto Interno Bruto (PIB) es una magnitud macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país durante un período determinado de tiempo. El PIB de Guatemala es 53.8 miles de millones USD, los cuales se distribuyen en industria manufacturera (17.9%), Servicios Privados (16%), Primario (13.3%) y comercio en (11.8%). El PIB de El

Progreso es de 1.63 mil de millones USD, siendo más bajo que los muchos departamentos de Guatemala.

- **Ingreso Per Cápita**

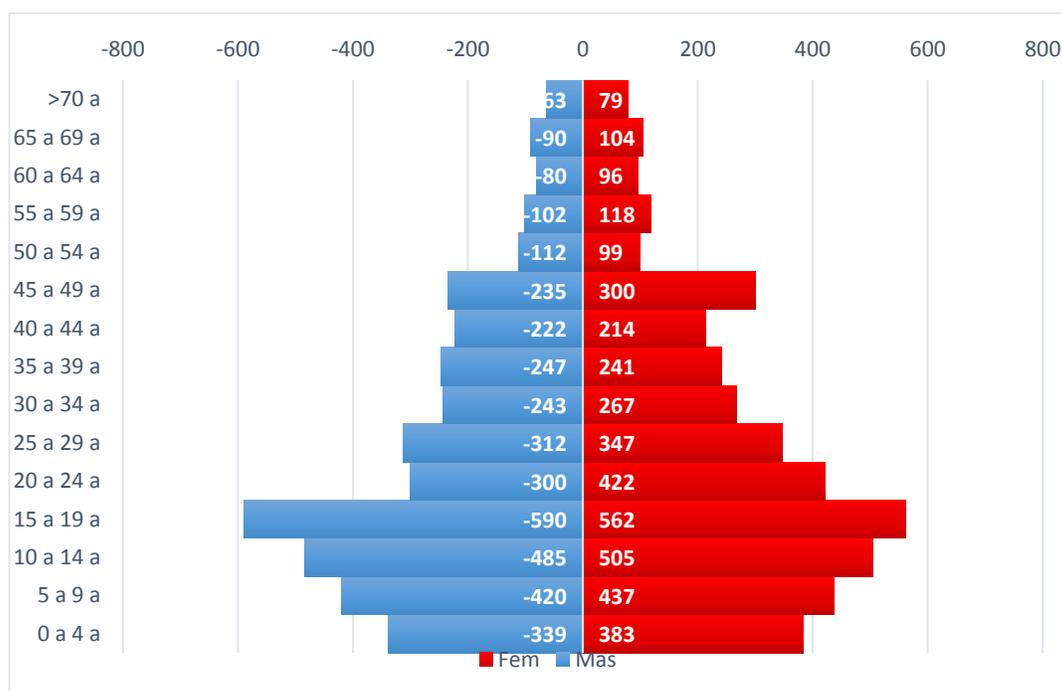
El Ingreso Per Cápita es la relación que hay entre el PIB y la cantidad de habitantes a mediado de año de un país. El Ingreso Per Cápita de Guatemala para el año 2014 está estimado en \$5000.00 o Q37500.00.

- **Porcentaje de PIB asignado a Salud Pública**

El porcentaje de PIB asignado a Salud en Guatemala es del 6.7% lo que es igual a 3.6 mil millones de USD para cubrir los gastos de salud de la población.

- **Pirámide Poblacional**

Gráfica 11.3
PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA ALDEA EL RANCHO, SAN AGUSTÍN
ACASAGUATLÁN,
EL PROGRESO AÑO 2015



Fuente: Censo DAS el Progreso 2014.

Según la estimación del DAS la población para el Rancho en el año 2015 es de 8014 personas de las cuales el 44% (3501) son Hombres y el 56% (4174) son mujeres. En comparación con el departamento de El Progreso en donde 48% son hombres y el 52% son

mujeres, por lo que podemos decir que en la Aldea de El Rancho se encuentran 84 hombres por cada 100 mujeres. Dicha aldea representa el 5 % de la población total del departamento de El Progreso que cuenta con 160,754 habitantes y representa el 1.2% de la población nacional.

Tabla 11.4
POBLACIÓN POR CICLOS DE VIDA

POBLACIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Niñez: De 0 a < 10 años	820	759	1975
Adolescencia: De 10 a 19 años	982	993	2962
Adultos: De 20 a 64 años	1603	1359	1496
Adulto Mayor: de 65 años y mas	692	804	1496
MEF de 10 a 49 años			2585

Fuente: Censo DAS el Progreso 2014.

- **Indicadores**

- **Tasa de Mortalidad General:**

Defunciones totales/Población total * 1000 → $(12/8014)*1000 = 1$

Por cada mil personas vivas, muere una persona al año en la Aldea de El Rancho, San Agustín Ac, El Progreso. En comparación con el departamento del Progreso que registra 6 defunciones por cada 1000 habitantes; la tasa de la Aldea El Rancho es baja.

- **Tasa de Mortalidad Infantil:**

Defunciones <1 año/Total nacidos vivos * 1000 → $(0/10)*1000 = 0$

Por cada mil niños nacidos vivos, mueren cero niños al año en la Aldea El Rancho, San Agustín Ac, El Progreso. En comparación a la tasa de mortalidad nacional que se encuentra en 25 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos; por lo que la Aldea El Rancho tiene una tasa baja.

○ **Tasa de Mortalidad Materna:**

Total de Muertes Maternas/Total de Mujeres en Edad Fértil * 100000
→(0/2585)*100000 = 0

Por cada cien mil nacidos vivos, mueren cero mujeres en la Aldea El Rancho, San Agustín Ac, El Progreso. En comparación con la tasa de mortalidad materna nacional que se encuentra en 137 defunciones de mujeres por cada 100000 nacidos vivos; la Aldea El Rancho tiene una tasa baja.

○ **Tasa de Natalidad:**

Nacidos Vivos/Población Total * 1000 → (10/8014)*1000 = 1

Por cada 1000 habitantes, nace 1 niño al año en la Aldea El Rancho, San Agustín Ac, El Progreso. En comparación con el departamento de El Progreso en donde por cada 1000 habitantes nacen 25 niños y a nivel nacional por cada 1000 habitantes nacen 26 niños.

○ **Tasa de Fertilidad y Fecundidad:**

Nacidos Vivos/Mujeres en Edad Fértil * 1000 → (10/2585)*1000 = 4

Nacen 4 niños por cada 1000 mujeres en edad fértil al año en la Aldea El Rancho, San Agustín Ac, El Progreso. En comparación con la Tasa de Fecundidad Departamental que se encuentra en 2.9; por lo que la Aldea El Rancho tiene una tasa de fecundidad elevada.

○ **Crecimiento Vegetativo:**

(Nacidos Vivos/Población Total)-(Defunciones/Población Total)*100
→(10/8014)-(12/8014) = 0.02

El crecimiento vegetativo de la Aldea El Rancho es de 0.02, lo que indica que por cada 100 nacidos vivos, mueren 0.02 personas, a nivel departamental el crecimiento vegetativo es de 1.9; por lo que la Aldea El Rancho tiene una tasa de crecimiento vegetativo baja al no sobrepasar el 1%.

○ **Población Económicamente Activa:**

Es la cantidad de personas que se encuentran en edad de trabajar y buscan por medio de su trabajo una remuneración económica. En la Aldea El Rancho se encuentran 5019 personas en edad de trabajar (15 a 65 años), de los cuales 3515 personas se encuentran laborando por una remuneración económica de esta población 2882 personas están ocupadas y 633 personas se encuentran desocupadas. La tasa de actividad en la aldea El Rancho es de 66%

- **Tasa de Empleo:**

Personas Ocupadas/Población en Edad de Trabajar → $(2882/5019)*100 = 57$.
Lo que nos indica que por cada 100 personas en edad de trabajar, hay 57 personas ocupadas o trabajando. No hay datos a nivel departamental con cual comparar esta tasa.

- **Extensión Territorial y Densidad Poblacional**

La extensión territorial es de 72km² y la densidad poblacional es de 138 hab/Km² la es mayor que la densidad poblacional del municipio de San Agustín Ac, la cual es de 101 hab/Km² lo que indica que es un área altamente poblada en comparación a la densidad poblacional del municipio.

- **Población en Edad Escolar y Cobertura Educativa por Niveles**

La población en edad escolar son los niños mayores de 4 años, hasta los adolescentes menores de 20 años, la educación a nivel superior no se toma como escolar. Por lo que la población en edad escolar es de 3749 niños y adolescentes que deberían encontrarse estudiando en los niveles pre-primario, primarios, básicos y diversificados.

Tabla 11.5
POBLACIÓN EN EDAD ESCOLAR Y COBERTURA EDUCATIVA
EL RANCHO, DEPARTAMENTO EL PROGRESO, GUATEMALA.

NIVEL DE EDUCACIÓN	POBLACIÓN
Pre-Primaria	251
Primaria	1275
Básicos	883
Diversificado	445
TOTAL	2854

Fuente: Censo DAS el Progreso 2014.

Lo que indica que la cobertura escolar es de un 76% ya que hay 895 niños y adolescentes en edad escolar que han desertado de los establecimientos o que no han tenido acceso a la educación.

11.2 Anexo

Tabla 11.6
Lista de cotejo sobre el conocimiento diagnóstico

Ítems o preguntas	Ítems acertados	Ítems deficientes
¿Para usted, que es la fiebre?	Temperatura rectal mayor de 38°C u oral de 37.8°C; cuantificada con termómetro.	<ul style="list-style-type: none"> Sensación térmica de cabeza caliente y miembros superiores fríos. Debilidad, agotamiento e irritabilidad en el niño (a).
¿Cree que la fiebre es mala para la salud?	Si	No No sé
¿Considera que la fiebre puede tener complicaciones si no es tratada?	Si	No No sé
¿Cómo comprueba usted que el niño tiene fiebre?	Con termómetro	Con la mano
Si utiliza termómetro, ¿Qué tipo de termómetro utiliza?	Mercurio Digital Banda	No utiliza termómetro
¿En qué lugar del cuerpo toma la temperatura?	Oral Axilar Rectal	Otro Ninguno
¿Qué temperatura considera fiebre en el lugar que la toma?	38°C	35°C, 37,5°C, 40°C

Tabla 11.7
Lista de cotejo sobre conocimiento terapéutico

Ítems o preguntas	Ítems acertados	Ítems deficientes
Si utiliza medicamentos, ¿Qué medicamento acostumbra utilizar?	Acetaminofén	Aspirina. Antibiótico. Otro.
¿Cómo sabe la cantidad de medicamento que debe administrarle al niño para bajarle la fiebre?	Pregunta a su médico	Pregunta a familia. Pregunta a familiar o vecino.
¿Con qué frecuencia administra el medicamento para bajar la fiebre?	6 horas	4 horas. Cuando tiene fiebre Cuando come
¿Qué hace si a pesar de la terapia la fiebre no baja?	Consulta nuevamente al médico. Utiliza medios físicos	Repite la dosis del medicamento. Consulta a la farmacia.

Tabla 11.8
Escala de apreciación para el conocimiento

Competencia a evaluar	Conocimiento acertado # de respuestas correctas	Conocimiento deficiente # de respuestas correctas
Conocimiento Diagnóstico	≥4	≤3
Conocimiento Terapéutico	≥3	≤ 1

11.3 Anexo

Tabla 11.9
Escala de Thurstone de roles sexuales

			Valor
Menos favorable	A	Las mujeres deberían preocuparse únicamente de ser buenas esposas y madres.	1.0
	B	Está bien que una mujer siga una carrera, con tal que no abandone a su marido y familia.	2.5
Más favorable	C	Una mujer tiene tanto derecho como un hombre a una carrera profesional.	4.0
	D	Dado que la sociedad les ha negado posibilidades laborales a las mujeres durante muchos años, se les debería compensar adoptando medidas que den un tratamiento privilegiado a la fuerza laboral femenina cualificada.	5.5

Fuente: Páez, 1995

Tabla 11.10
Lista de cotejo para evaluar actitud

Opinión (Jueces)	Valor Escalar	Ítems	Respuesta esperada por los Jueces
10		¿Qué es lo primero que hace cuando comprueba que su hijo tiene fiebre?	Le quita la ropa. Medios físicos. Le da líquidos. Le da medicamentos.
5		Si utiliza medidas físicas para bajar la fiebre, ¿Cuál utiliza?	Baño de Inmersión.
6		En el uso de medios físicos, ¿Qué acostumbra utilizar?	Agua Tibia.
7		¿Considera importante que un médico atienda a su hijo/a cuando éste presenta fiebre?	Sí.
Total			

Tabla 11.11
Escala de apreciación para la actitud

Valor máximo (Jueces)	Valor Obtenido	Acertado	Deficiente
28 (100%)		≥ 3 respuestas (75%)	≤ 1 respuesta (25%)

11.4 Anexo



CONSENTIMIENTO INFORMADO



“Conocimientos y Actitudes de los Padres de Familia Frente a la Fiebre”

Nosotros somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Investigamos sobre los conocimientos y actitudes que poseen los padres de familia sobre fiebre, cuando esta es manifiesta en sus hijos a edades tempranas. Le proporcionaremos información de la investigación y de esta forma pueda ser partícipe de este estudio. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre si participar o no en esta investigación; puede detenernos cuando crea más conveniente para expresar alguna duda y conforme vamos informándole, podremos aclarar sus dudas.

La fiebre es un aumento controlado de la temperatura corporal por encima de los valores normales de un individuo, siendo esta de los motivos de consulta más frecuente en los pacientes pediátricos, llegando a alcanzar hasta el 60% de dichas consultas al servicio de salud; este síntoma es considerado por los padres como un indicador de que su hijo padece de alguna infección y que amerita su total atención, por tanto es necesario tener suficientes conocimientos y las correctas actitudes hacia este problema, este es un problema actual en la comunidad, lo que nos lleva a realizar este estudio.

Convocamos a padres de familia que tengan hijos menores de 5 años de edad, que residan en la aldea El Rancho, San Agustín Acasaguastlan, donde en la primera visita se le realizará una encuesta para determinar que conocimientos y actitudes posee sobre la fiebre, en la segunda visita se le instruirá por medio de una charla educativa sobre la fiebre y en una última visita se le realizara la encuesta nuevamente para determinar si hubo aprendizaje a través de la intervención educativa.

El aceptar participar en esta investigación es totalmente voluntaria. Puede elegir participar o no participar de dicho estudio. Puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado el consentimiento.

He sido invitado (a) a participar en la investigación “Conocimiento y Actitudes de los Padres de Familia Frente a la Fiebre”. He sido informado (a) que no hay ningún riesgo al participar en esta investigación y que mi información personal será confidencial. Sé que habrá beneficios para mi persona y mi familia aceptar ser parte de esta investigación, tales como: ser capacitado en el reconocimiento y manejo de la fiebre de forma constante por medio de un programa de educación permanente, evitar complicaciones por fiebre en mis hijos y reducir los gastos económicos en tratamientos para mis hijos.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado de manera satisfactoria las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente ser parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado (médico).

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

11.5 Anexo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PRUEBA PARA VALORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE FIEBRE EN PADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD.



SECCION I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS DEL NIÑO / A:		
EDAD:		FECHA DE NACIMIENTO:
SEXO: FEMENINO	<input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>

DATOS DEL PADRE / MADRE		
EDAD _____ AÑOS	SEXO FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>	
PARENTESCO CON EL NIÑO/A		
MADRE	PADRE	<input type="checkbox"/>
OTRO		<input type="checkbox"/>
ESCOLARIDAD		
ANALFABETA		<input type="checkbox"/>
ALFABETA		<input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN:		

INSTRUCCIONES: a continuación, se presentan una serie de preguntas a las cuales usted deberá responder de forma individual, de acuerdo a sus conocimientos.

SECCION II: CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

1. ¿Para usted, que es la fiebre? (pregunta abierta).

- A. Temperatura rectal mayor de 38°C u oral de 37.8°C; cuantificada con termómetro.
- B. Sensación térmica de cabeza caliente y miembros superiores fríos.
- C. Debilidad, agotamiento e irritabilidad en el niño (a).

2. ¿Cree que la fiebre es mala para la salud?

- A. Si
- B. No
- C. No sé.

3. ¿Considera que la fiebre puede tener complicaciones si no es tratada?

- A. Si
- B. No
- C. No sé

4. ¿Cómo comprueba usted que el niño tiene fiebre?

- A. Con la mano.
- B. Con termómetro.

5. Si utiliza termómetro, ¿Qué tipo de termómetro utiliza?

- 1.12 A. Mercurio
- 1.13 B. Digital
- 1.14 C. Banda
- 1.15 D. No utiliza termómetro.

6. ¿En qué lugar del cuerpo toma la temperatura?

- 1.16 **A.** Oral
- 1.17 **B.** Axilar
- 1.18 **C.** Rectal
- 1.19 **D.** Otro
- 1.20 **E.** Ninguna

7. ¿Qué temperatura considera fiebre en el lugar que la toma?

- 1.21 **A.** 35°C
- 1.22 **B.** 37.5°C
- 1.23 **C.** 38°C
- 1.24 **D.** 40°C

8. Si utiliza medicamentos, ¿Qué medicamento acostumbra utilizar?

- 1.0 **A.** Acetaminofén
- 1.1 **B.** Aspirina
- 1.2 **C.** Antibiótico
- 1.3 **D.** Ninguno

9. ¿Cómo sabe la cantidad de medicamento que debe administrarle al niño para bajarle la fiebre?

- 1.4 **A.** Pregunta a su médico.
- 1.5 **B.** Pregunta en la farmacia.
- 1.6 **C.** Pregunta a familiar o vecino.
- 1.7 **D.** La dosis recomendada en la etiqueta del medicamento.

10. ¿Con qué frecuencia administra el medicamento para bajar la fiebre?

- 1.8 **A.** 4 horas
- 1.9 **B.** 6 horas
- 1.10 **C.** Cada vez que el niño come. (uno de los 3 tiempos principales de comida).
- 1.11 **D.** Cuando tiene fiebre

11. ¿Qué hace si a pesar de la terapia la fiebre no baja?

- 1.12 **A.** Consulta nuevamente al médico.
- 1.13 **B.** Repite la dosis del medicamento.
- 1.14 **C.** Consulta a la farmacia.
- 1.15 **D.** Utiliza medios físicos.

SECCION III: ACTITUD

12. ¿Qué es lo primero que hace cuando comprueba que su hijo tiene fiebre? (elegir 3 respuestas.)

- 1.16**A.** Le da medicamentos.
- 1.17**B.** Visita al Médico
- 1.18**C.** Medios físicos.
- 1.19**D.** Acude a emergencias.
- 1.20**E.** Le quita la ropa.
- 1.21**F.** Le da líquidos.
- 1.22**G.** Visita a la comadrona.
- 1.23**H.** Va a la farmacia
- 1.24**I.** Lo abriga.
- 1.25**J.** Consulta con la vecina.
- 1.26**K.** No lo baña.
- 1.27**L.** Espera que pase sola.

13. Si utiliza medidas físicas para bajar la fiebre, ¿Cuál utiliza?

- 1.28 **A.** Baño de Inmersión (el agua cubre al niño).
- 1.29 **B.** Baño de esponja.
- 1.30 **C.** Compresas mojadas.
- 1.31 **D.** Otros.

14. En el uso de medios físicos, ¿Qué acostumbra utilizar?

- 1.32 A. Agua fría.
1.33 B. Agua Tibia.
1.34 C. Utiliza medicina tradicional (comfortes, hierbas medicinales, etc.)
1.35 D. Alcohol.

15. ¿Considera importante que un médico atienda a su hijo/a cuando éste presenta fiebre?

- A. Si
 B. No
 C. No sé.

ESCALA DE EVALUACIÓN

Competencia a Evaluar	Conocimiento Acertado # de Respuestas correctas	Conocimiento Deficiente # de Respuestas correctas
Conocimiento Diagnostico Y Terapéutico	≥ 8	≤ 3
Actitud	≥ 3	≤ 1

11.6 Anexo

RESULTADOS COMPLEMENTARIOS

A continuación, se presentan los resultados de los datos obtenidos en la encuesta dirigida a 275 padres de familia de niños menores de 5 años de edad, residentes de la aldea El Rancho, San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, Guatemala en los meses de mayo y junio del año 2016. (Anexo11.5)

TABLA 11.12
CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO – TERAPÉUTICO DE LOS
PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE
CINCO AÑOS DE EDAD ANTE LA FIEBRE
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN ACASAGUASTLÁN,
ALDEA EL RANCHO, MAYO - JUNIO 2016

CONOCIMIENTO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO	ACERTADO	106	39
	DEFICIENTE	169	61
TERAPÉUTICO	ACERTADO	151	55
	DEFICIENTE	124	45
n= 275			

TABLA 11.13
ACTITUD DE PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE
CINCO AÑOS ANTE LA FIEBRE
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN. AGUSTÍN. AC., ALDEA EL RANCHO,
MAYO-JUNIO 2016

ACTITUD	ACERTADA	DEFICIENTE
PADRES DE FAMILIA	128	147
n = 275		

Influencia de la edad y la escolaridad en el conocimiento diagnóstico – terapéutico y actitud de los padres de familia

TABLA 11.14
INFLUENCIA DE EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA EN EL CONOCIMIENTO
DIAGNÓSTICO DE FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO,
MAYO-JUNIO 2016.

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO OBSERVADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
MENOR DE 25 AÑOS	85	48	133
MAYOR DE 25 AÑOS	84	58	142
TOTAL	169	106	275

OR
1.22

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO ESPERADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
MENOR DE 25 AÑOS	82	51	133
MAYOR DE 25 AÑOS	87	55	142
TOTAL	169	106	275

Chi Cuadrado	Valor p
0.66	0.42

TABLA 11.15
INFLUENCIA DE EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA EN EL CONOCIMIENTO
TERAPÉUTICO DE FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO,
MAYO-JUNIO 2016.

CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO OBSERVADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
MENOR DE 25 AÑOS	55	78	133
MAYOR DE 25 AÑOS	69	73	142
TOTAL	124	151	275

OR
0.75

CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO ESPERADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
MENOR DE 25 AÑOS	60	73	133
MAYOR DE 25 AÑOS	64	78	142
TOTAL	124	151	275

Chi Cuadrado	Valor p
1.45	0.23

TABLA 11.16
INFLUENCIA DE LA EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA EN LA ACTITUD ANTE LA
FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO,
MAYO-JUNIO 2016.

ACTITUD OBSERVADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
MENOR DE 25 AÑOS	67	66	133
MAYOR DE 25 AÑOS	80	62	142
TOTAL	147	128	275

OR
0.79

ACTITUD ESPERADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
MENOR DE 25 AÑOS	71	62	133
MAYOR DE 25 AÑOS	76	66	142
TOTAL	147	128	275

Chi Cuadrado	Valor p
0.98	0.32

TABLA 11.17
INFLUENCIA DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA EN EL
CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO DE FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO,
MAYO-JUNIO 2016.

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO OBSERVADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
ANALFABETA	22	6	28
ALFABETA	147	100	247
TOTAL	169	106	275

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO ESPERADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
ANALFABETA	17	11	28
ALFABETA	152	95	247
TOTAL	169	106	275

Chi Cuadrado	Valor p
3.86	0.05

OR	IC de OR	
2.49	0.98	6.37

TABLA 11.18
INFLUENCIA DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA EN EL
CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO DE FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO,
MAYO-JUNIO 2016.

CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO OBSERVADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
ANALFABETA	16	12	28
ALFABETA	108	139	247
TOTAL	124	151	275

OR
1.72

CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO ESPERADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
ANALFABETA	13	15	28
ALFABETA	111	136	247
TOTAL	124	151	275

Chi Cuadrado	Valor p
1.83	0.18

TABLA 11.19
INFLUENCIA DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA EN LA ACTITUD
ANTE LA FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO,
MAYO-JUNIO 2016.

ACTITUD OBSERVADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
ANALFABETA	11	17	28
ALFABETA	136	111	247
TOTAL	147	128	275

OR
1.72

ACTITUD ESPERADO			
	DEFICIENTE	ACERTADO	TOTAL
ANALFABETA	15	13	28
ALFABETA	132	115	247
TOTAL	147	128	275

Chi Cuadrado	Valor p
2.52	0.11

Conocimiento diagnóstico – terapéutico de encuesta realizada

TABLA 11.20
PREGUNTA 1 ¿PARA USTED, ¿QUÉ ES LA FIEBRE?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC.,
ALDEA EL RANCHO MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Temperatura mayor de 38°C	81	30
Sensación térmica de cabeza caliente	133	48
Debilidad, agotamiento e irritabilidad en el niño	61	22

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, Guatemala; el 48% de los padres de familia define la fiebre como la sensación térmica de cabeza caliente con miembros superiores fríos, lo cual es erróneo y lleva a que diagnostique de forma incorrecta. Un 30% de los padres diagnostica de forma adecuada la fiebre al responder que es la temperatura rectal mayor 38°C u oral de 37.8°C cuantificada con termómetro; un 22% considera que fiebre es cuando su hijo se encuentra con debilidad, agotamiento e irritabilidad. Si comparamos los datos obtenidos con el estudio de González O. y González A., “Creencias, Temores y Costumbres de las Madres sobre la Fiebre” realizado en Honduras, donde el concepto de fiebre como temperatura arriba de 38 grados centígrados fue emitido por el 81.8% de las encuestadas. Podemos inferir que la situación de conocimiento diagnóstico en la mencionada aldea es deficiente.

TABLA 11.21
PREGUNTA 2 ¿CREE QUE LA FIEBRE ES MALA PARA LA SALUD?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Si	242	88
No	26	9
No sé	7	3

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, Guatemala; se adquieren resultados favorables en los que el 88% de la población considera que la fiebre es mala para la salud; solamente un 9% considera que la fiebre no es mala y un 3% restante no sabe. Esto en comparación con el estudio realizado en Chile por Moraga F, Horwitz B, Romero C, en el año 2007 llamado “Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre”, en donde el 87% de los padres considero que la fiebre es dañina para la salud de sus hijos; en lo que podemos observar una similitud de respuesta en ambos estudios y demuestra que las personas realizaran algún acto para manejar la fiebre.

TABLA 11.22
PREGUNTA 3 ¿CONSIDERA QUE LA FIEBRE PUEDE TENER COMPLICACIONES
¿SI NO ES TRATADA? GUATEMALA, EL PROGRESO,
SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Si	251	91
No	10	4
No sé	14	5

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, Guatemala; se demuestra que el 91% de los padres de familia consideran que la fiebre no manejada de forma oportuna puede llegar a presentar complicaciones y poner en riesgo la vida de sus hijos, un 5% no sabe si tiene complicaciones y un 4% considera que no hay complicaciones; esto difiere del estudio realizado en Chile por Moraga F, Horwitz B, Romero C, en el año 2007 llamado “Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre”, en donde se obtiene que el 26% de padres cree que la fiebre no se auto limita y 18% cree que la fiebre puede subir sobre los 43°C. Un 78% considera que provoca daño cerebral y 9% que puede ser letal; lo que indica que la población de la mencionada aldea tiene un resultado acertado en considerar que la fiebre puede llegar a presentar complicaciones.

TABLA 11.23
PREGUNTA 4 ¿CÓMO COMPRUEBA USTED QUE EL NIÑO TIENE FIEBRE?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO-JUNIO 2016

RESPUESTAS	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Con la mano	195	70
Con termómetro	80	30
TOTAL	275	100

Interpretación

El método más utilizado por los padres de familia para comprobación de la fiebre en niños menores de 5 años es por medio de la palpación, siendo este el 70% de los encuestados, comparando los resultados obtenidos con el estudio realizado por Figueroa F. y col., en Cali, Colombia, en el año 2012, con el título “Detección, manejo y percepción materna de la fiebre en niños” se encontró que el método más utilizado solo o combinado para detectar fiebre fue la palpación (87%), con una sensibilidad del 54%; resultados muy similares de diagnóstico; el 30% de los encuestados utiliza el termómetro, que es la herramienta de diagnóstico mal fiel y el que se debería de implementar de forma habitual; estos resultados nos indican que la forma de cuantificar la fiebre no es la adecuada y que da lapso a errores al momento de decir iniciar tratamiento y realizar la consulta con un médico.

TABLA 11.24
PREGUNTA 5 ¿SI UTILIZA TERMÓMETRO, ¿QUÉ TIPO DE TERMÓMETRO UTILIZA?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO-JUNIO 2016

RESPUESTAS	ENCUESTADO	PORCENTAJE
Mercurio	45	16
Digital	21	8
Banda	18	7
No utiliza	191	69
TOTAL	275	100

Interpretación

Dentro de los padres de familia que utilizan el termómetro como herramienta diagnóstica, siendo este el 31% de los encuestados, el termómetro de uso más común es el de mercurio, siendo este el 16%, comparando los resultados obtenidos con un estudio realizado en Chile por Moraga F, Horwitz B, Romero C, en el año 2007, llamado “Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre”, el 89% refiere tener termómetro en el hogar, 90% de mercurio, pero sólo 58% lo utiliza bien; la diferencia es significativa, dentro del estudio casi el 70% no utiliza o no cuenta con un termómetro en casa, mientras que el 89% de los padres entrevistados en Chile refiere tener un termómetro, denotando la falta de cobertura educativa por parte de las autoridades sanitarias; el termómetro de mercurio es el de mayor utilización en ambos estudios, debido a la viabilidad en la que se encuentra a la venta, el más económico y de fácil uso.

TABLA 11.25
PREGUNTA 6 ¿EN QUÉ LUGAR DEL CUERPO TOMA LA TEMPERATURA?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO-JUNIO 2016

RESPUESTAS	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Oral	17	6
Axilar	60	22
Rectal	1	1
Otro	56	20
Ninguno	141	51
TOTAL	275	100

Interpretación

Dentro de los lugares del cuerpo donde los padres de familia refieren cuantificar la temperatura, la región axilar es la de mayor uso, siendo este el 22% de los encuestados, seguido de otros lugares corporales con un 20%, oral con el 6% y rectal con el 1%; la región axilar es la más utilizada por ser la de mayor comodidad para niños menores de 5 años, con los termómetros de mercurio que son lo que más se utilizan en la comunidad, las otras áreas del cuerpo incluidas en otros son cuantificados por los termómetros de banda y digitales, la cuantificación oral se reserva para los niños con mayor edad, por su capacidad de obedecer y seguir órdenes y el área rectal es la menos utilizada por miedo e incomodidad de los padres de familia, al pensar que pueden ser los causantes de alguna lesión.

Tabla 11.26
PREGUNTA 7 ¿QUÉ TEMPERATURA CONSIDERA FIEBRE EN EL LUGAR QUE LA TOMA? GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
35°C	14	5
37.5°C	60	22
38°C	154	56
40°C	47	17

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, Guatemala; se puede observar que los padres de familia en un 56% considera que la temperatura corporal para diagnosticar fiebre es de 38°C siendo este valor la respuesta correcta, comparando este valor con el estudio realizado en Chile por Moraga F, Horwitz B, Romero C, en el año 2007 llamado “Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre”, en donde se encuentra que un 55% consideran tratar a un niño con menos de 38°C; siendo los resultados similares. Por lo que podemos inferir que los padres de familia consideran la temperatura corporal de 38°C como fiebre. Aunque este es un valor deficiente ya que un 17% de los padres espera alcanzar temperaturas de 40°C para diagnosticar y empezar medidas terapéuticas para manejar la fiebre, lo que pone en riesgo la vida de los niños; y un 27% de los padres de familia inicia a manejar la temperatura de los niños cuando esta se encuentra en valores normales.

TABLA 11.27
PREGUNTA 8 SI UTILIZA MEDICAMENTOS, ¿QUÉ MEDICAMENTO ACOSTUMBRA UTILIZAR? GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Acetaminofén	246	88.8
Aspirina	16	5.7
Antibiótico	9	3.2
Ninguno	4	1.4

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, Guatemala; se obtienen resultados que demuestran que un 89% de los padres de familia utilizan acetaminofén para manejar la fiebre en sus hijos, siendo este medicamento la primera elección en el conocimiento terapéutico de los padres de familia; además con un 6% la aspirina es la segunda opción en medicamentos y un 3% de los padres utiliza para manejar la fiebre en sus hijos algún tipo de antibiótico sin indicación. Cabe recalcar que solamente un 2% de los padres de familia no usa ningún medicamento en el manejo de la fiebre en sus hijos. En comparación en el estudio de Roldán E, Gutiérrez S, Pais T, llamado “Fiebre: concepto, prácticas y actitudes”, realizado en Uruguay en el año 2000, encontraron que 47% de los padres utiliza dipirona para el manejo activo de la fiebre en sus hijos y un 22% no utiliza ningún medicamento. Por lo que la utilización de acetaminofén es correcta ya que es el AINES que mejor respuesta presenta ante la fiebre e induce la menor cantidad de daño hepático en sus hijos.

TABLA 11.28
PREGUNTA 9 ¿CÓMO SABE LA CANTIDAD DE MEDICAMENTO QUE DEBE
ADMINISTRARLE AL NIÑO PARA DISMINUIR LA FIEBRE?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	%
Pregunta a su médico	143	51.6
Pregunta a la farmacia	64	23.10
Pregunta a familiar o vecino	24	8.66
Dosis recomendada en la etiqueta del medicamento	44	15.8

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, Guatemala; se reconoce que un 52% de los padres de familia administra la cantidad de medicamento recetada por el médico o algún personal de salud; lo que representa la mitad de la población, siendo esta respuesta terapéutica deficiente ya que un 48% de los niños recibe dosis de medicamentos inadecuadas prescritas por personal dependiente de farmacia (23% de todos los padres de familia de la aldea), dosis recomendada en la etiqueta del

medicamento (16% de todos los padres de familia de la aldea) la cual regularmente es indicada por la edad de los niños y utilizando datos de países con diferencias anatómicas a las de Guatemala y un 9% acude al vecino o algún familiar para que este le oriente en la dosificación del medicamento para su hijo; lo que pone en riesgo la salud de los niños, ya que las dosis pueden ser mínimas por lo que no realizan su acción farmacológica o pueden dar dosis elevadas causando daño a los menores.

TABLA 11.29
PREGUNTA 10 ¿CON QUÉ FRECUENCIA ADMINISTRA EL
¿MEDICAMENTO PARA BAJAR LA FIEBRE?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC.,
ALDEA EL RANCHO MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
4 Horas	10	3.6
6 Horas	110	39.7
Cada vez que el niño come	49	17.6
Cuando tiene fiebre	106	38.26

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, se observa que 40% de los padres de familia con niños menores de 5 años administran el medicamento para bajar la fiebre cada 6 horas, 38% lo administran cuando los niños tienen fiebre, 18% lo administran cada vez que el niño come y únicamente 4% lo administra cada 4 horas. A pesar de que la mayoría de los padres administran el medicamento con la frecuencia adecuada, representan un bajo porcentaje de la población que tiene conocimiento acerca de la frecuencia recomendada para administrar el medicamento, lo que podría reflejar la falta de un adecuado plan educacional o un mal apego al tratamiento indicado para la fiebre, como lo demuestra un estudio realizado en Guatemala en el año 2001, sobre la evaluación del cumplimiento del tratamiento indicado por fiebre, que evidenció que solo un 32% de la población en estudio, sí cumplió con el tratamiento indicado.

Actitud

TABLA 11.30
PREGUNTA 11 ¿QUÉ HACE SI A PESAR DE LA TERAPIA LA FIEBRE NO BAJA?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Consulta nuevamente al médico	108	39
Repite la dosis del medicamento	49	18
Consulta a la farmacia	18	7
Utiliza medios físicos	100	36

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, se observa que 39% de los padres consulta nuevamente al médico si a pesar de la terapia empleada la fiebre no baja, 36% utiliza medios físicos, 18% repite la dosis del medicamento y 7% consulta a la farmacia. Estos datos obtenidos demuestran que la mayoría de la población en estudio actúa de forma correcta al consultar nuevamente al médico o al utilizar medios físicos, lo que contrasta con los resultados obtenidos en un estudio realizado en Guatemala en el año 1995, acerca de conocimientos, costumbres y actitudes sobre el manejo del cuadro febril en niños menores de 5 años, el cual evidenció que 58.33% de la población a estudio se inclinó por repetir la dosis del medicamento al notar que la fiebre no bajó a pesar de la terapia empleada.

TABLA 11.31
PREGUNTA 12 ¿QUÉ ES LO PRIMERO QUE HACE CUANDO COMPRUEBA QUE SU HIJO TIENE FIEBRE? (ELEGIR 3 RESPUESTAS)
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Le da medicamentos	225	27.0
Visita al médico	120	14.45
Medios físicos	175	17.44
Acude a emergencias	43	5.17
Le quita la ropa	85	10.22
Le da líquidos	69	8.30
Visita a la comadrona	11	1.32
Va a la farmacia	49	5.81
Lo abriga	17	2.04
Consulta con la vecina	6	0.72
No lo baña	18	2.16
Espera que pase sola	7	0.84

Interpretación

Según los datos obtenidos por el instrumento diagnóstico realizado en la aldea El Rancho, municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso, 27% de los padres al comprobar que sus hijos tienen fiebre, lo primero que hacen es darles medicamentos, 21% aplican medios físicos, 15% visitan al médico, 10% les quitan la ropa y 9% les dan líquidos. Así mismo, 6% van a la farmacia, 5% acuden a emergencias, 2% abrigan a los niños, 2% visitan a la comadrona, 1% consulta con la vecina y 1% espera que la fiebre pase sola. En un estudio realizado en España en el año 2011 acerca del conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre, se evidenció que 58.3% de los padres dan un antitérmico, 34.7% quitan la ropa y dan líquidos, 3.8% acuden al pediatría y 1.7% acuden a urgencias. Coincidiendo ambos estudios, que con mayor frecuencia lo primero que hacen los padres al comprobar que sus hijos tienen fiebre, es dar medicamentos. Esto comprueba que, en su mayoría, los padres actúan de manera correcta al comprobar que sus hijos tienen fiebre.

TABLA 11.32
PREGUNTA 13 SI UTILIZA MEDIDAS FISICAS PARA BAJAR LA FIEBRE,
¿CUÁL UTILIZA? GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC.,
ALDEA EL RANCHO
MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Baño de inmersión (el agua cubre al niño).	44	16
Baño de esponja.	16	6
Compresas mojadas	202	73
Otros	13	5

Interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos del instrumento de evaluación a los padres con hijos menores de 5 años en la aldea El Rancho, El Progreso, se observa que el 73 por ciento de los padres practican el uso de compresas cuando el niño o niña presentan fiebre, el 16 por ciento utilizan baño de inmersión, el 6 por ciento el baño de esponja y únicamente el 5 por ciento emplea otro método. Es importante resaltar que predomina el uso de compresas sobre un baño (inmersión o esponja) ya que la costumbre de los padres muchas veces predomina sobre el conocimiento científico. En un estudio que se realizó en Guatemala en el año 1995 sobre conocimientos, costumbres y actitudes sobre el manejo del cuadro febril en niños menores de 5 años, reporto que el 47% refirió tener conocimiento de los medios físicos, relacionando que el baño durante el cuadro febril puede producir bronconeumonía. Se repite la tendencia en esta población, ya que consideran las compresas una manera segura de tratar la fiebre sin necesidad de exponer al niño en lo que ellos consideran "dañino." Siendo el uso de medios físicos un pilar fundamental en el tratamiento inicial de la fiebre, es bueno para la población que el mayor porcentaje si tiene conocimiento y emplea el uso de medios físicos.

TABLA 11.33
PREGUNTA 14 EN EL USO DE MEDIOS FÍSICOS, ¿QUÉ ACOSTUMBRA USAR?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Agua fría	99	36
Agua tibia	56	20
Utiliza medicina tradicional (comfortes, hierbas medicinales, etc.)	13	5
Alcohol	107	39

Interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos del instrumento de evaluación a los padres con hijos menores de 5 años en la aldea El Rancho, El Progreso, en el uso de medios físicos el 39 por ciento utilizan alcohol, el 36 por ciento agua fría, el 20 por ciento agua tibia y únicamente el 5 por ciento utiliza medicina natural. Siendo el alcohol el elemento de preferencia en esta población, demuestra o da a conocer el conocimiento erróneo de cómo tratar la fiebre aunque si conozcan que es necesario utilizar medios físicos. Al emplear un elemento incorrecto no se brinda el tratamiento adecuado por consiguiente aumenta el riesgo que el niño no pueda resolver el cuadro febril. Entre la mitad de la población que si utiliza el elemento correcto que es el agua, menos de la mitad utiliza la temperatura correcta que es agua tibia. Aunque se esperaría que la población por estar en un área rural o fuera del área capitalina tuviera preferencia por medicina tradicional, únicamente el 5 por ciento la utiliza. En el estudio de 1995 en Guatemala, concluyeron el manejo del cuadro febril está regido por las costumbres y no por los conocimientos ya que ellos también emplearon el alcohol como el elemento de elección.

TABLA 11.34
PREGUNTA 15 ¿CONSIDERA IMPORTANTE QUE UN MÉDICO ATIENDA A SU HIJO/A CUANDO ESTE PRESENTA FIEBRE?
GUATEMALA, EL PROGRESO, SAN AGUSTÍN AC., ALDEA EL RANCHO
MAYO – JUNIO 2016

RESPUESTAS	NÚMERO DE PADRES ENCUESTADOS	PORCENTAJE
Si	248	90
No	19	7
No sé	8	3

Interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos del instrumento de evaluación a los padres con hijos menores de 5 años en la aldea El Rancho, El Progreso, la mayoría de los padres, el 90 por ciento, si consideran importante que un médico atienda al niño cuando este presenta fiebre. Únicamente un 10 por ciento considera no ser importante o no saber. El 90 por ciento de padres que si considera importante que su hijo se atendido por el medico se confirma con la información obtenida de la SIGSA 3C del año 2015, en la cual las consultas por fiebre sobrepasaron los 250. Es necesario informar a ese 10 por ciento restante ya que ese grupo se predispone a ser de los claros ejemplos en la cual el niño llega al centro de atención con complicaciones graves o atención demasiado tarde.