

Percepciones de Signos de Alarma en Enfermedad Neonatal de los Cuidadores y Trabajadores de la Salud en Guapi, Colombia

Caregivers and health workers' perceptions of neonatal disease alarm signals in Guapi, Colombia

Mario F. Delgado-Noguera¹, José A. Calvache-España², Rosa E. Tabares-Trujillo³, Carolina del Cairo-Silva⁴ y Luz M. Bedoya-Idrobo⁴

1. Departamento de Pediatría, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. mdelgado@unicauca.edu.co

2. Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. jacalvache@unicauca.edu.co

3. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Antropología, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. rtabares@unicauca.edu.co

4. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. carodelcairo@yahoo.com, yasan25@hotmail.com

Recibido 9 Junio 2006/Enviado para Modificación 9 Diciembre 2006/Aceptado 20 Enero 2007

RESUMEN

Objetivos Explorar la percepción de signos de peligro de los neonatos entre cuidadores y trabajadores de la salud y establecer el tipo de atención médica que requieren.

Métodos Lugar: Áreas rurales y urbanas de Guapi, Región Pacífica Cauca, Colombia. Diseño: Descriptivo. Combinación de métodos cualitativos y cuantitativos; Medición: Se realizaron tres grupos focales, tres entrevistas semiestructuradas y dos estudios de caso. Con estos datos se obtuvieron signos para construir una entrevista estructurada. La encuesta se aplicó a 200 cuidadores (madres con recién nacidos, abuelas, madres comunitarias y amas de casa) (CP) y 40 trabajadores de salud (médicos generales, auxiliares de enfermería, promotores de la salud, médicos tradicionales, parteras y madres FAMI) (TS) El análisis por medio de software cualitativo MaxQDA 2.0 y análisis etnográfico.

Resultados Los 5 primeros signos percibidos por CP y TS fueron: Diarrea, Deshidratación, Fiebre, Vómito y Problemas respiratorios. Hubo coincidencia en la percepción para consulta de emergencia en Convulsiones, Tétanos, y Deshidratación. Para tipo de consulta, diferencias significativas en la percepción de TS y CP en Deshidratación, Fiebre, Convulsiones, Problemas respiratorios y Tétanos ($p < 0.05$). Emergieron enfermedades culturales como el Ojo y Espanto.

Conclusiones Existe un buen reconocimiento de signos de peligro de enfermedad neonatal por CP y TS. Sin embargo existen diferencias en cuanto al tipo de búsqueda de atención. El hallazgo de enfermedades culturales es importante en la implementación de estrategias de atención neonatal. Este reconocimiento aceptable se obstaculiza por la ausencia de servicios para atender con calidad al neonato enfermo.

Palabras Clave: Recién nacido, aceptación de la atención de salud, alarma, signos y síntomas, cuidadores, atención a la salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objectives Exploring caregivers (CG) and health workers' (HW) perceptions of danger signals in the newborn and establishing the type of medical attention they require in rural and urban areas of Guapi on Colombia's Pacific coast.

Methods A descriptive design was used combining qualitative and quantitative methods. Three focus groups, three semi-structured interviews and two case-studies were employed. Some signals obtained from these data were used for constructing a structured interview. A survey was carried out with 200 CGs (mothers with newborn, grandmothers, community mothers, housewives) and 40 HWs (general practitioners, health promoters, nursing auxiliaries, traditional medicine healers, midwives and FAMI-mothers). The data was analysed using MaxQDA 2.0 qualitative data software and ethnographic analysis.

Results The first 5 signs of illness (in order of importance) perceived by CGs and HWs were: diarrhoea, dehydration, fever, vomiting and breathing problems. They coincided in their perceptions of the need for emergency consultation for convulsions, tetanus and dehydration. Significant differences were found between HW and CG perceptions regarding "type of consultation" for dehydration, fever, convulsions, breathing problems and tetanus ($p < 0.05$). Cultural illnesses (i.e. the evil eye and ghosts) also emerged.

Conclusions CGs and HWs in Guapi were good at recognising danger signals for neonatal illness; however, there were differences regarding the search for attention. The finding of cultural illnesses must be taken into account in newborn attention strategies. This acceptable level of recognition was hindered by the lack of quality medical care services for the newborn encountering health problems.

Key Words: Newborn, patient acceptance of health care, alarm, signs and symptoms, caregiver, health care (*source: MeSH, NLM*).

La mortalidad infantil ha mostrado una tendencia global hacia la disminución, sin embargo no está igualmente distribuida en las diferentes edades de este periodo. La mayor parte de la mortalidad proviene de la etapa neonatal (menos de 28 días). El riesgo de morir en el primer mes de vida es 30 veces mayor que en niños de 1 a 5 años (1).

A pesar de que en Colombia se ha reducido la mortalidad infantil entre 1960 (125/1 000 nacidos vivos) y 2001 (23/1 000 nacidos vivos) en 81,6 % (1), esta tasa no es uniforme en el territorio nacional. La Región pacífica Colombiana presenta altos índices de mortalidad infantil y duplica la tasa nacional (49/1 000 nacidos vivos) (2). En este litoral, se encuentra el municipio de Guapi, habitado en su gran mayoría por afrocolombianos.

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) finalizó las guías de reconocimiento y manejo de las enfermedades que más afectan a los niños en los países en desarrollo, que llamó AIEPI (Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia.). AIEPI tiene como objetivo final la reducción de las muertes en menores de 5 años a través del mejoramiento de la capacidad de reconocimiento y de manejo de la enfermedad por parte de los trabajadores de la salud y de las comunidades. El éxito de la implementación de AIEPI en las comunidades ha dependido de la disponibilidad de los servicios de salud, de un buen entrenamiento del personal de salud, y del apoyo de las familias y la comunidad (3).

Igualmente, la estrategia AIEPI ha considerado que el reconocimiento por CP y TS de signos de enfermedad y la búsqueda de atención oportuna son elementos importantes en la disminución de la morbimortalidad neonatal (4-6). De hecho el reconocimiento hace parte de los componentes clínico y comunitario de AIEPI (7). Sin embargo las percepciones de los CP y TS dentro de un contexto cultural pueden afectar el proceso de reconocimiento. Las realidades locales impregnadas de una manera sobresaliente por el sistema de creencias y prácticas de una cultura con respecto al proceso salud-enfermedad deben ser reconocidas antes de iniciar una intervención a gran escala como el AIEPI neonatal, para aumentar sus probabilidades de éxito (8-11). Para algunos investigadores las enfermedades culturales y su tratamiento tradicional han sido percibidas como una barrera para el reconocimiento y la búsqueda de atención oportuna (12), por ello el abordaje antropológico y etnográfico ha sido propuesto para dar otros elementos y enfoques en la comprensión de las percepciones que sirvan para futuras implementaciones de AIEPI (13-14).

La estrategia AIEPI fue enfocada inicialmente en la atención al menor de cinco años, y más recientemente se trata de extender el AIEPI al periodo neonatal, principalmente a la primera semana de vida donde existe el mayor riesgo de mortalidad (1,15). AIEPI neonatal reconoce una serie de signos enfocados a la detección temprana de enfermedad neonatal grave o posible infección bacteriana grave (7). Sin embargo, y especialmente en las áreas rurales las personas tienen un sistema de creencias y costumbres en el cuidado del neonato que pueden hacer diferentes sus percepciones acerca de morbilidad. Esta realidad puede no haber sido reconocida por los CP y TS y por lo tanto se puede presentar sub-reconocimiento de los signos de peligro en un neonato. De otro lado aun es escasa la información sobre el reconocimiento y percepción de gravedad de las comunidades y los TS, necesaria para implementar el AIEPI neonatal (12).

El presente estudio explora la percepción de signos de peligro de los neonatos entre CP y TS en Guapi, Región Pacífica Colombiana, y establece el tipo de atención médica que requieren. También determina si existen diferencias entre las percepciones de cuidadores y trabajadores con respecto al tipo de atención que requiere el neonato enfermo (emergencia, urgencia y consulta externa).

MÉTODOS

Área de estudio: El estudio se llevó a cabo entre septiembre de 2004 y abril de 2005. El municipio de Guapi, departamento del Cauca, sur-occidente de Colombia, una área semi-rural de la Región Pacífica fue seleccionada para este estudio. Guapi, ubicado como puerto del Río Guapi, cercano a la desembocadura de éste río al Océano Pacífico, cuenta con 18 000 habitantes distribuidos en 20 barrios (15). Las casas se construyen en palafitos, principalmente de madera para evitar las inundaciones y los efectos de la marea. El promedio de personas por vivienda es de siete, la mayoría de ellas dispone de dos habitaciones para dormir. La disponibilidad de agua para comer y para la higiene personal depende de las lluvias y del río, almacenándose en tanques o recipientes caseros. Así mismo, la disposición de excretas en letrinas o a campo abierto.

Los guapiereños son pequeños productores, pescadores artesanales, taladores de madera y agricultores a pequeña escala. Con predominio de las uniones maritales de hecho o el madre solterismo, muchas de las mujeres de la zona presentan inestabilidad económica, inseguridad alimentaria y bajo soporte social. La mayor parte de las mujeres están dedicadas al cuidado del niño y son las que se encargan de su alimentación. Cuando trabajan, el cuidado es ofrecido por los hermanos o las abuelas que son los CP después de la madre.

La cabecera urbana cuenta con un hospital local de nivel I de atención (consulta, urgencias primarias y programas de prevención y promoción de la salud) y dos clínicas privadas. Las concepciones mágicas de la enfermedad predominan en la cultura guapiereña, y varios médicos tradicionales y curanderas participan de la atención del parto, prevención y manejo de las enfermedades de los niños.

Diseño: Se utilizó una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos. El estudio cualitativo se hizo a través de discusión en tres grupos focales, diez entrevistas a profundidad y dos estudios de caso, para entender las percepciones sobre los signos de alarma tanto en CP como en TS. Para el estudio cuantitativo

se empleó una entrevista estructurada diseñada a partir de los hallazgos del estudio cualitativo, para priorizar los signos de alarma de enfermedad neonatal y el tipo de atención que requerían. El tipo de atención se clasificó en emergencia, urgencia y consulta externa. La diferencia entre emergencia y urgencia se basó en la prontitud de búsqueda de cuidado hospitalario. La emergencia significaba que no había espera para la búsqueda de atención. De esta manera en la región de Guapi con comunicación predominantemente fluvial entre la cabecera y las poblaciones a lo largo del río, emergencia significaba movilizarse de inmediato hasta la cabecera donde queda el único hospital de la zona.

Población: Estuvo compuesta por cuidadores primarios (madres con recién nacidos, abuelas, madres comunitarias -son madres que reciben un auxilio económico del gobierno para cuidar grupos de niños menores de 5 años- y amas de casa) y trabajadores de la salud (médicos generales, auxiliares de enfermería, promotores de la salud, médicos tradicionales, parteras y madres FAMI -madres dependientes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con preparación en aspectos de salud comunitaria y preventiva-).

Muestra: Se conformaron dos grupos focales con CP compuestos por madres comunitarias, madres con recién nacidos, abuelas y amas de casa, y un grupo de TS con médicos generales, promotores, auxiliares de enfermería, madres FAMI y médicos tradicionales. Además se desarrollaron diez entrevistas a profundidad (siete CP y tres TS) y dos estudios de caso correspondientes a madres cuyos hijos habían muerto en la etapa neonatal. Las entrevistas se suspendieron cuando la información llegaba a un punto de saturación, es decir cuando se repetían las mismas respuestas.

Para el estudio cuantitativo la encuesta se aplicó a 200 CP asumiendo que el 50 % de los participantes podrían reconocer un signo de peligro con un 95 % de confianza y una precisión de 7 %. Un 80 % de los TS de la región de Guapi fueron entrevistados y correspondieron a 46. Esta muestra fue seleccionada por conveniencia.

Análisis: La información cualitativa fue grabada en audio previa autorización de los participantes, transcrita y analizada en el software cualitativo MaxQDA 2.0 con las técnicas de Identificación de temas y Densidad de Incidencia. Estas técnicas permiten identificar los temas emergentes y darles un peso relativo a su importancia (16).

La prueba estadística χ^2 se utilizó para estimar las diferencias en las proporciones de percepción del tipo de atención entre CP y TS. Los análisis se realizaron en el programa STATA 8.0

Aspectos éticos: El protocolo del estudio fue evaluado por el comité de ética de la Universidad del Cauca antes de la aplicación de los instrumentos. Los participantes del estudio aceptaron su inclusión por medio de un consentimiento informado.

RESULTADOS

Un total de 200 CP y 46 TS fueron entrevistados. Sus datos sociodemográficos se muestran en la Tabla 1. En los CP hay un alto porcentaje de analfabetismo (14 %), con un bajo porcentaje de finalización de la secundaria (37,5 %). La mayoría de ellos procedían del área rural de Guapi y eran mujeres. Los TS en su mayoría habían finalizado la secundaria, procedían del área urbana y eran mujeres. La mayor proporción de los TS (43,5 %) fueron auxiliares de enfermería. Entre los CP predominaron las amas de casa (58 %) y las madres comunitarias (11 %).

El análisis cualitativo por la técnica de densidad de incidencia permitió establecer una priorización en la percepción de los signos tanto por CP como por TS como se puede observar en la Tabla 2.

La Tabla 3 ilustra con textos la percepción de CP y TS para algunos signos de enfermedad neonatal.

La deshidratación, fue un signo emergente que no aparece en el modelo actual del componente neonatal de AIEPI. El bajo peso al nacer fue recientemente incorporado en el manual de AIEPI de la OPS para Latinoamérica (7).

Al definir la enfermedad respiratoria del recién nacido, en forma genérica se usaba el término "gripa" para determinar sus diferentes estados. Lo mismo sucedió con los problemas de ombligo.

La Tabla 4 muestra las diferencias de percepción de CP y TS respecto al tipo de atención que requiere cada signo del recién nacido. Fueron estadísticamente significativas las diferencias encontradas para: deshidratación, fiebre, problemas respiratorios, convulsiones y tétanos ($p < 0,05$).

Por otra parte, la información recolectada con los métodos cualitativos puso en evidencia algunas enfermedades culturales del recién nacido en la región de Guapi. Según Rubel son enfermedades de las cuales los miembros de un grupo cultural dicen sufrir y para las cuales existen en sus culturas una etiología, un diagnóstico, medidas preventivas y protocolos de tratamiento (13). En general se ha definido una enfermedad cultural como una constelación de síntomas que han sido identificados en una cultura determinada (17).

Tabla 1. Características socio demográficas de los Trabajadores de salud y Cuidadores primarios

Característica	TS n=46 (%)	CP n=200 (%)
Edad (años)	42,9 IDS 14,1	33,9 IDS 14,9
Sexo		
Masculino	3 (6,6)	8 (4)
Femenino	43 (93,4)	192 (96)
Escolaridad		
Analfabeta	3 (6,5)	28 (14)
Primaria	2 (4,4)	75 (37,5)
Secundaria	9 (19,6)	75 (37,5)
Técnica	10 (21,7)	11 (5,5)
Profesional	22 (47,8)	10 (5)
Postgrado	0	1 (0,5)
No. de hijos vivos	Mediana 2, Promedio 2,3, Rango: 0-19 hijos	Mediana 3, Promedio 3,9, Rango: 1-16 hijos
Lugar de entrevista		
Rural	1 (2,2)	86 (43)
Urbano	45 (97,8)	114 (57)

Tabla 2. Priorización en la percepción de los signos de alarma por CP y TS en el análisis cualitativo

1. Deshidratación	8. Ictericia
2. Fiebre	9. Letargia
3. Vómito	10. Problemas de la piel
4. Problemas respiratorios	11. Pústulas
5. Problemas de ombligo	12. Palidez
6. Irritabilidad	13. Bajo peso al nacer
7. Inapetencia	14. Pus en los ojos
	15. Convulsiones

En Guapi las enfermedades culturales que emergieron en el recién nacido fueron: Ojo, Espanto o Susto, Sereno, Mal de los siete y catorce días o Mal Catorceano, Pasma y Empacho. De ellas, las consideradas más graves y que únicamente se tratan culturalmente son el Ojo y el Espanto (Tabla 5)

Para el 69,6 % de los TS el Ojo es una enfermedad cultural que debe ser tratada por la medicina tradicional (yerbatero o partera) y es considerada como una emergencia en el 69,5 %. Para el 81,5 % de los CP el Ojo debe ser tratado por la medicina tradicional y el 75 % lo consideran una emergencia.

Tabla 3. Percepción de CP y TS de algunos signos y síntomas del recién nacido

Signos y síntomas	CP	TS
Diarrea	La diarrea es muy importante... Si la diarrea empieza por la noche y que uno amanezca por la mañana tranquilo, el niño se puede deshidratar, se puede morir, porque en esos momentos se les esta acabando el agua del cuerpo... y es una enfermedad muy importante, de carrera, no de paciencia, que no hay que dejarlos, en los recién nacidos en un niño de un mes no da ese aguante, hay que llevarlo al medico, porque la única salvación es el medico y que le puedan poner el suero. (Madre sustituta)	Los signos más frecuentes (para consultar) son diarrea, vómito, que el niño está deshidratado, que sean los siguientes casos que ellas lleva sus niños al hospital: un niño con los ojos hundidos, boca y lengua seca, que no orine, pues ya tiene síntomas graves y un niño así, hay que llevarlo al hospital. (Promotor de área rural)
Fiebre	No, no paso mucho tiempo porque, haber, yo tuve el bebe el miércoles y al día siguiente me mandaron para la casa y luego el viernes presento la fiebre, y de inmediatamente se llevó al médico y la dejaron allá hospitalizada... (Madre con recién nacido)	Aquí lo primero es el llanto, muchas veces si lo sienten con fiebre, les dan aguas caseras en la casa para bajarla y si sigue y lo llevan al medico para que lo revise. (Médico)
Letargia	De dos o tres días el recién nacido no quiere llorar o aletear, entonces al hospital, no respira muy bien no quiere mamar la teta. (Ama de casa)	Uno lo ve muy pálido, cambia de colores, intranquilo, no llora, no mama, esos son signos de que el niño esta gravemente mal: porque cuando un niño pequeño no llora, no come ni nada esta mal, porque el se manifiesta por el llanto, y tampoco se le ve aletear las manitas y piecitos, también uno dice que esta mal, uno lo ve tranquilo como un ser inerte. (Auxiliar de enfermería)
Problema de ombligo	Un ombligo esta infectado, empieza a oler feo, porque por lo general sí huele un poco mal, pero cuando esta infectado se le ve que no esta sequito, sino que esta como en sangrentado y empieza a oler mal. Si yo veo un ombligo así ya no sigo más, ya voy al médico. (Ama de casa)	También lo llevan (al hospital) cuando ven un poco el ombligo como raro, un poco fétido, pero muchas veces en el área rural las promotoras ya lo han mirado. (Médico)

En cuanto al Espanto el 80,4 % de los TS creen que debe ser tratado por la medicina tradicional y el 58,7 % lo consideran una emergencia. Para el 86 %

de los CP debe ser tratado por la medicina tradicional y es una emergencia en atención para el 75 %.

Tabla 4. Signos del recién nacido y el tipo de búsqueda de atención

Signos	Consulta Externa (%)		Consulta de Urgencia (%)		Consulta de Emergencia (%)		p
	CP*	TS**	CP	TS	CP	TS	
1.Diarrea	5,5	4,4	49	43,5	45,5	47,8	0,811
2.Deshidratación §	3	2,2	36,5	13	60,5	84,8	0,000
3.Fiebre	36	6,5	38,5	60,9	25,5	32,6	0,000
4.Vomito	28	17,4	46	50	26	32,6	0,176
5.Problemas respiratorios	15,5	6,5	43,5	23,9	40	69,6	0,001
6.Problemas de ombligo	21	15,2	41,5	39,1	37,5	45,7	0,400
7.Irritabilidad	44	39,1	41,5	50	14,5	10,9	0,395
8.Inapetencia	27,5	19,6	47,5	63	25	17,4	0,072
9.Ictericia	25,5	19,5	35	43,5	39,5	37	0,429
10.Letargia	9,5	17,4	47,5	41,3	43	41,3	0,232
11.Problemas de piel	53,5	54,3	36	41,3	10,5	4,4	0,233
12.Pústulas	19,5	19,6	42,5	47,8	38	32,6	0,673
13.Palidez	33	30,4	38,5	45,7	28,5	23,9	0,543
14.Bajo peso al nacer	26,5	19,5	40,5	43,5	33	37	0,490
15.Pus en los ojos	30,5	21,7	33	28,3	36,5	50	0,117
16.Convulsiones	3,5	4,3	31,5	10,9	65	84,8	0,001
17.Fontanela abombada	14	13,1	35,5	21,7	50,5	63	0,081
18.Tétanos	6	4,3	32	10,9	62	84,8	0,000

Tabla 5. Enfermedades culturales (Ojo y Espanto)

CP	TS
<p>Vea... uno solo por fiebre no come, uno no come por daño de estómago, uno no come que tenga un ojo bien profundo, entonces el niño tampoco va a comer si está enfermo... y cuando pasa todo eso, mire le voy a decir, hay que llevarlos a que los midan de espanto y que les midan de ojo...</p> <p>Se miden de ojo y se miden de espanto y después que no tengan, si tienen se cura de inmediato y si no tiene se lleva al médico a ver que otra enfermedad se le puede presentar... pero lo más principal es el ojo, por que el espanto con droga mata. (Yerbatara)</p>	<p>Por aquí se da es el espanto y el ojo que le llaman. Cuando dicen que esta espantado, eso lo mide allí un brujo con un ramo bendito o con un lazo o que dicen que está ojeado, pero yo a eso no le hago mucho caso, eso generalmente viene de infecciones intestinales, problemas de oído. Eso siempre da, pero como es la tradición, entonces curan todo eso con aguas de hierbas, de matarratón y cosas así... porque por aquí toman mucho las aromáticas... yo por lo menos soy de las personas que no me interpongo si la gente quiere hacer las cosas, si eso es lo que lo mejora, pues no me meto. Aunque hay algo en que no estoy de acuerdo: cuando les dan toma muy fuerte, porque a veces se las dan con aguardiente o viche. Esa cuestión del aceite, esa se trabajó mucho para quitar esa tradición, nosotros antes hacíamos muchas brigadas pero ahora ya casi no salimos. (Médico)</p>

Las vías de búsqueda de atención para un recién nacido enfermo son distintas dependiendo si hay reconocimiento por parte del CP de una enfermedad cultural y la consideración de gravedad. En el caso de enfermedades leves la práctica inicial es el empleo de remedios caseros según el consejo de familiares o vecinos con experiencia. Si estos tratamientos fallan o se cree que es una enfermedad

cultural como el Ojo o el Espanto, generalmente se consulta a curanderos o médicos tradicionales, antes que a la medicina oficial. Existe la creencia generalizada en el Ojo y el Espanto que, en caso de llevar un niño a un médico occidental y éste prescribe y le aplican una inyección, el niño puede morir. Por otro lado si la enfermedad es considerada grave como en el tétanos neonatal, se consulta directamente a la medicina oficial. Ya en el hospital, el niño se atiende en el servicio de Urgencias pero con frecuencia, al carecer el centro de un servicio de pediatría adecuado y de especialistas en pediatría, el recién nacido, principalmente el pretérmino, tiene que ser enviado a un centro de mayor complejidad pero muchas veces los costos y dificultades del transporte aéreo o fluvial hacen imposible esta remisión.

DISCUSION

Se sabe que el reconocimiento de los signos de peligro de enfermedad neonatal no es el único elemento que lleva a la búsqueda de atención (11) pero sigue siendo un componente que necesita de más exploración dentro de los diversos contextos culturales en los cuales se desenvuelve AIEPI. Este es un ámbito de exploración que resulta de interés principalmente en comunidades con problemas de acceso y comunicación por las condiciones geográficas y socioeconómicas como Guapi y la Región Pacífica Colombiana.

En la priorización de la percepción de signos de peligro para enfermedad neonatal de los CP y TS, llama la atención que las convulsiones no recibieron la importancia que deberían tener dado que son un signo general de peligro del AIEPI neonatal. La posible explicación se puede encontrar en la poca frecuencia actual del tétanos neonatal en la zona, enfermedad que estaba fuertemente asociada a convulsiones en las descripciones de CP y TS.

Deshidratación y bajo peso al nacer fueron los signos emergentes. El bajo peso al nacer ya está contemplado en el componente del AIEPI actual extendido al cuidado de las mujeres embarazadas (7). En Colombia corresponde al 7 % de todos los nacimientos (1). Datos de un estudio de prevalencia revelan que al menos 10 % de los niños de Guapi son pretérminos. Sin embargo, dado que el 20 % de los niños nacen en casa y no son llevados a los centros de salud a la medida del peso en el primer mes de vida, la magnitud de este problema podría ser mayor (15). Es de interés que los niños con bajo peso al nacer sean reconocidos en la zona estudiada como un hecho importante e indicaría que existe la percepción de que estos niños requieren un cuidado especial y que es un hecho frecuente. Las palabras de un médico con mucha experiencia en el

área de Guapi ilustran este aspecto: "pero los que mas llevan son los prematuros. Porque mire aquí se dan muchos pretérminos, se encuentra con madres con 5, 6 y hasta 8 hijos, 12 y 14 y al final ya dan hijos muy pequeños y eso es grave, porque un pretérmino, las oportunidades de vida son casi nulas porque las condiciones del hospital no son muy buenas. Aquí casi siempre a los pretérminos les dicen sietemesinos y tienen mas cuidado con ellos. Entonces cuando los miro tienen problemas diarreicos, respiratorios, y algunos hacen hasta meningitis, nosotros los hospitalizamos pero son niños que su posibilidad de vida es muy poca, porque casi siempre están muy mal, sobretodo si son de parte distante". La búsqueda de atención del bajo peso al nacer como "no urgencia inmediata" fue percibida por igual entre CP y TS. Estos hallazgos tienen importancia en la implementación de AIEPI en estas regiones.

De los signos de peligro contemplados en la estrategia AIEPI (1,7) se observó que para fiebre y convulsiones existe una diferencia significativa en el tipo de búsqueda de atención entre CP y TS. La distinta percepción de estos signos de peligro puede deberse al mayor conocimiento del significado clínico de los signos por parte de los TS.

En la enfermedad respiratoria existieron también diferencias de percepción entre CP y TS con respecto al tipo de búsqueda de atención. A pesar de estos hallazgos cabe aclarar que la definición de "problemas respiratorios" fue complicada, dado que los CP empleaban el término "gripa" para denominar a diferentes estadios de la enfermedad respiratoria neonatal, sin distinguir su gravedad. También hubo poca clarificación en la definición de los problemas de ombligo.

Cabe resaltar que en Guapi, tanto los CP como los TS tienen un conocimiento básico y similar sobre signos de peligro de enfermedad neonatal (Tabla 3), lo cual se puede atribuir a la continua influencia de la medicina occidental por medio de campañas educativas exitosas como la realizada algunos años atrás para lograr mejores cuidados del cordón y evitar el tétanos neonatal, pero que actualmente ya no se realizan por la crisis generalizada del actual modelo de salud colombiano y el colapso de su red pública hospitalaria. El influjo de estas intervenciones educativas en salud ha sido reconocido en otros lugares (6). También este aspecto se puede corroborar porque uno de los signos emergentes fue llamado por su denominación occidental de "deshidratación" siendo un término bien entendido por los CP. En el caso del tétanos neonatal o "mal catorceano" (nombre tradicional) ambas denominaciones eran usadas indistintamente. Estos hallazgos podrían explicarse por el proceso de cambio que existe en Guapi, producto de la permanente presencia de la medicina

occidental. Continúa relatando el médico del área: "Eso hubo una campaña hace muchos años, tuvimos una tasa de morbi-mortalidad por tétanos creo que una de las mas altas del mundo. Entonces hicimos una campaña con las enfermeras de aquí en la cual trajimos a ese poco de parteras empíricas, entonces la gente ya ha tomado una conciencia de tomar mas precauciones, de la ida donde las parteras y se sigue la tradición, entonces ahora las parteras toman mas precauciones, ahora se lavan mejor las manos y se cuidan mucho, por lo menos ahora ya no se ve el tétanos, porque ahora esos emplastos en el ombligo ya no lo ponen. La campaña sirvió muchísimo y pudimos erradicar el tétanos".

Los datos cualitativos mostraron consistentemente la influencia de la cultura en la definición de la enfermedad neonatal, en la cual los signos y síntomas y los factores causales solo toman sentido al interior de este sistema terapéutico tradicional.

El reencontrar enfermedades culturales del recién nacido como el Ojo y el Espanto, que también han sido descritas en otras culturas de América (18) ha sido un hallazgo sobresaliente de este estudio. Al considerar los signos de estas enfermedades culturales en los RN, se observa que coinciden con los signos de peligro del AIEPI y que pueden corresponder a enfermedades graves tales como la diarrea o la sepsis neonatal lo que abre una perspectiva de estudio en la comprensión de las conductas de reconocimiento y búsqueda de atención.

Debido a que las enfermedades culturales del recién nacido son de amplia aceptación en Guapi, tanto que los TS reconocen su existencia y consideran que deben ser tratadas por la medicina tradicional y que, por otra parte se evitan en ellas tratamientos previos de la terapéutica occidental al igual que en otros sitios (10), su estudio desde la etnografía puede enriquecer y hacer más exitosa la aplicación del AIEPI en este contexto cultural. Este hallazgo puede considerarse como una barrera en el reconocimiento de enfermedades graves del recién nacido y en la oportuna búsqueda de cuidado, hecho que ha sido descrito en otros lugares (11).

Sin embargo, no solo la mejor comprensión de las influencias culturales y de las enfermedades culturales podrían mejorar la salud neonatal. En Guapi, como en muchas regiones de Colombia y otros lugares, los servicios de salud en crisis y las dificultades de acceso son un obstáculo importante para que un recién nacido sobreviva (19,20). En Guapi este estudio demostró que hay un buen reconocimiento de signos de alarma para enfermedad neonatal y que los habitantes buscarían la medicina occidental si la hubiera.

En Guapi existe un buen reconocimiento de los signos y síntomas de peligro en enfermedad neonatal por parte de CP y TS. Sin embargo existen diferencias en cuanto al tipo de búsqueda de atención. El hallazgo de enfermedades culturales del neonato debe ser tenido en cuenta en la implementación de la estrategia AIEPI en esta área. Este reconocimiento aceptable choca frente a la ausencia de servicios para atender con calidad al neonato enfermo♣

Agradecimientos. Este estudio se realizó gracias al soporte de United States Agency for International Development (USAID)-Child Health Research Project, Grant No. HRN G 00-99-00003-00, Washington DC por medio de International Clinical Epidemiology Network (INCLEN)-ChildNET y Colciencias-Instituto Colombiano para el Avance de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas" (cod: 11030416529). El protocolo fue desarrollado por el grupo INCLEN-ChildNET Neonatal Danger Signs Group coordinado por Jacinto Blas V Mantaring III, Department of Clinical Epidemiology, University of the Philippines, Manila. Agradecemos a la población de Guapi, a las madres comunitarias y FAMI, al personal de Hospital San Francisco de Guapi, al proyecto EHAS de la Universidad del Cauca, y a los participantes en el estudio por su apoyo y colaboración.

REFERENCIAS

1. UNICEF. State of the World's Children. Geneva: UNICEF; 2003.
2. Tabares E, Alvarado B. El niño en el Pacífico Colombiano. Perspectivas interdisciplinarias de la investigación en salud. Popayán: Universidad del Cauca; 2005.
3. UNICEF, WHO. IMCI Model Chapter for Textbooks. Geneva: WHO & UNICEF; 2001.
4. Amarasiri de Silva M, Wijekoon A, Hornik R, Martines J. Care seeking in Sri Lanka: one possible explanation for low childhood mortality. *Social Science and Medicine*. 2001;53:1363-72.
5. Moss W, Darmstadt G, Marsh D, Black R, Santosham M. Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing country communities. *Journal Perinatology*. 2002; 22:484-95.
6. Terra de Souza A, Peterson K, Andrade F, Gardner J, Ascherio A. Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers' health care-seeking behaviors during their infants' fatal illness. *Social Science and Medicine*. 2000;51:1675-93.
7. PAHO, WHO. Manual de atención integrada a las Enfermedades prevalentes de la Infancia. Washington, D.C.: PAHO,WHO; 2004.
8. Bhutta Z, Darmstadt G, Hasan B, Haws R. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005;115:519-617.

9. Sutrisna B, Reingold A, Kresno S, Harrison G, Utomo B. Care-seeking for fatal illnesses in young children in Indramayu, west Java, Indonesia. *Lancet*. 1993;342:787-9.
10. Tarimo D, Lwihula G, Minjas J, Bygbjerg I. Mothers' perceptions and knowledge on childhood malaria in the holendemic Kibaha district, Tanzania: implications for malaria control and the IMCI strategy. *Tropical Medicine and International Health*. 2000;5:179-84.
11. Hill Z, Kendall C, Arthur P, Kirkwood B, Adjei E. Recognizing childhood illnesses and their traditional explanations: exploring options for care-seeking interventions in the context of the IMCI strategy in rural Ghana. *Tropical Medicine and International Health*. 2003;8:668-76.
12. Díaz M. Morbilidad sentida y percepción de riesgo. El riesgo en Salud: entre la visión del lego y del experto. Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 2000.
13. Rubel A. The Epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America. In: Landy D, editor. *Culture disease and healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan; 1977.
14. Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet*. 2005;365(9465):1189-97.
15. Alvarado B, Tabares E. Estado nutricional y prácticas alimentarias en los primeros 18 meses de vida en poblaciones Amerindias y Afrocolombianas de la Costa Pacífica. *Revista Antropacífico*. 2003;1:17-26.
16. Bender D, Ewbank D. The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. *Health Transition Review*. 1994;4:63-80.
17. Ritenbaugh C. Obesity as a culture-bound syndrome. *Culture Medical Psychiatry*. 1982;6:347-64.
18. Foster G, Gallatin B. Ethnomedicine. In: Foster G, Gallatin B, editors. *Medical Anthropology*. 1 ed. Toronto; 1978. pp. 51-79.
19. Lawn J, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*. 2005;365:891-900.
20. Sodemann M, Jakobsen M, Molbak K, Alvarenga IJ, Aaby P. High mortality despite good care-seeking behaviour: a community study of childhood deaths in Guinea-Bissau. *Bull. WHO*. 1997;75:205-12.