

EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES
DE REHIDRATACION ORAL, REGION III MANAGUA
ENERO 1985

T
28
6795
1985

TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRIA EN
ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CENTRO
DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
(CIES)

PRESENTADO POR:

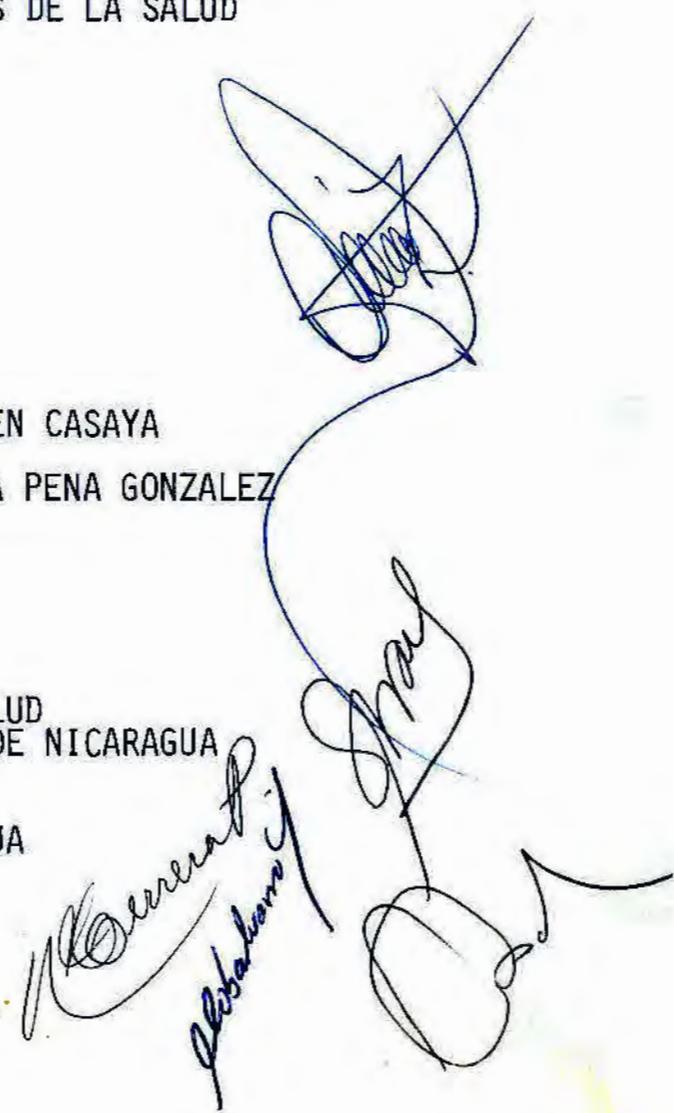
LIC. ISABEL GREEN CASAYA

LIC. ANGELA ROSA PENA GONZALEZ

MINISTERIO DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMA DE NICARAGUA

MANAGUA, NICARAGUA

CURSO 84-85



AGRADECIMIENTO

QUEREMOS EXPRESAR NUESTRO AGRADECIMIENTO AQUELLAS PERSONAS QUE DE UNA Ú OTRA MANERA CONTRIBUYERON CON SU VALIOSA Y EFICAZ AYUDA PARA LA ELABORACIÓN DE ESTA TÉISIS.

XI
T/CIES
1985
28

TUTOR: DRA. GINA WATSON LEWIS

ASESORES: DR. ALBERTO ASCHERIO
DRA. ZULEMA QUINTERO

I N D I C E

- I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- II.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA
- III.- OBJETIVOS
- IV.- MARCO TEORICO
 - IV.1 PROCESO SALUD/ENFERMEDAD
 - IV.2 ESTADO
 - IV.3 POLÍTICA DE SALUD
 - IV.4 MATERNO INFANTIL
 - IV.5 ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
 - IV.6 TERAPIA MEDIANTE LIQUIDO
 - IV.7 UNIDADES DE REHIDRATACIÓN ORAL
- V.- MATERIAL Y METODO
- VI.- CONCEPTUALIZACION
- VII.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
- VIII.- RESULTADOS
- IX.- ANALISIS
- X.- CONCLUSIONES
- XI.- RECOMENDACIONES
- XII.- RESUMEN
- XIII.- BIBLIOGRAFIA
- XIV.- ANEXOS

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades diarréicas constituyen uno de los principales problemas de la Salud Pública en los países subdesarrollados, representando una de las primeras causas de enfermedad y muerte de la población infantil.

Más o menos el 67% de los habitantes del mundo viven en los países del llamado tercer mundo, en donde la tasa de crecimiento de población es de 3 a 5% anual, lo que significa que cada 20 años la población de estos países se duplican en contraste con la población de los países desarrollados, donde ésta es estable o tiende a disminuir.

En los países en vías de desarrollo, del 40 al 45% de la población es menor de 15 años y el 10% tiene menos de 5 años. De este porcentaje la mayoría viven en áreas rurales, lo que significa bajo consumo de bienes y servicios y por ende escasa protección de la salud.

Casi 1.400,000 niños de 0-2 años del área Centroamericana, padecen de 2 a 3 episodios de diarrea por año, problemática que ha venido a crear la necesidad en la región de implementar programas basados en una tecnología adecuada a las características de cada país que permita impactar en la mortalidad infantil por diarrea de forma rápida a bajo costo y de fácil manejo.

En América Latina fallecen alrededor de un millón de niños menores de 5 años cada año, y de estos, la mayoría son menores de un año, en más de 250 mil de estos niños la causa básica de muerte es la enfermedad diarréica aguda (1).

En investigaciones interamericanas de mortalidad en niños, realizada en diez países de las Américas, se evidenció que las enfermedades entéricas constituyen la causa principal de muerte en el grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias en las ciudades estudiadas.

Las tasas de mortalidad por estas enfermedades, en esa investigación - fluctuaron entre 222 y 1,194 defunciones por cada 100,000 niños menores de 5 años y de estas las tasas fueron mucho más elevadas en los menores de un año.

La rehidratación oral constituye uno de los grandes éxitos de la terapéutica moderna, por cuanto ha cambiado radicalmente, el pronóstico de unas de las enfermedades más graves que puede padecer un niño "La Diarrea" con su principal complicación, la deshidratación, la cual, sin las remisiones adecuadas o ausencia de tratamiento conduce a la muerte en un 100% de los casos.

La diarrea en muchos casos se debe a factores etiológicos los que están asociados estrechamente a factores socio-económicos tales como: el nivel de vida, bajo nivel higiénico sanitario, falta de educación sanitaria, - analfabetismo y a inadecuado sistema de salud; por lo que la reducción a largo plazo en la incidencia y en la gravedad de la diarrea continúa dependiendo de programas integrados para mejorar el estado nutricional, el abastecimiento de agua, la higiene personal y el saneamiento ambiental. Sin embargo, puede alcanzarse un impacto inmediato en la deshidratación por medio de un tratamiento basado en la temprana administración de una solución oral de glucosa y electrolitos. (2).

El uso de la solución de rehidratación oral para proporcionar agua y electrolitos a personas con diarrea, se ha recomendado desde hace tiempo por el éxito en su uso y por ser una solución de bajo costo, de fácil administración y de adquisición universal. Su eficacia depende de que exista una organización de salud que adapte medidas que permita descubrir precozmente los casos diarréicos para su adecuado manejo o referencia.

Apoyo importante en esta última fase en la implementación de unidades de rehidratación oral, funcionando de forma efectiva a la población que la demanda.

Nicaragua inscrita dentro de los países del tercer mundo que tradicionalmente ha figurado en los anales internacionales, como uno de los países - que presenta los más desoladores indicadores de salud, tiene en la enfermedad diarréica, un factor importante de contribución en el mantenimiento de esos indicadores.

Esta enfermedad es la más común en nuestro medio, ignorándose la morbilidad real pues no es una enfermedad de declaración obligatoria, por lo que la información de los pacientes que acuden a los hospitales es lo más consistente que se posee. Según registro el problema es de gran trascendencia, ya que es la causa que más aporta a la mortalidad del país, siendo el grupo etario más afectado el de 0-5 años y entre estos el grupo de 28 días a 11 meses, es el de mayor riesgo.

Así podemos observar en el siguiente cuadro la tendencia ascendente que presenta los egresos hospitalarios por diarrea en la República.

1980	15,000
1981	1,641
1982	15,906
1983	17,700
1984	15,804

Información que podemos confirmar al analizar las diez principales causas de defunción en menores de un año donde la primera causa de muerte fue la enteritis y otras enfermedades diarréicas y que seis entre las diez causas son enfermedades infecto-parasitarias (enteritis, otras enfermedades bacterianas, tétano, paludismo y otras neumonía) cuyo control y erradicación son posible a bajo costo y con acciones preventivas como inmunización y control de higiene del medio . (3).

El marco jurídico social en que se fundamentó el SNUS a partir de 1979, - fue uno de los factores que permitió dirigir las acciones para la transformación de la situación de salud antes descritas.

Dado las características endémicas de la diarrea y la dimensión que presenta en el país, se impulsaron campañas masivas de divulgación, a fin de que la población maneje el concepto que ante un cuadro diarréico el primer procedimiento a seguir es la rehidratación oral, la cual como -

tratamiento primario disminuye el riesgo de morir controlando la complicación diarreica "La Deshidratación".

A partir de 1979 se inicia la implementación del programa de prevención y tratamiento de la diarrea lo cual obedecía a la necesidad de brindar atención inmediata al problema de diarrea que constituía la primera causa de morbilidad y mortalidad en Nicaragua contribuyendo con éllo a la disminución de la Mortalidad por enfermedades diarreicas mediante la atención oportuna y eficiente de los niños con deshidratación.

Para 1980 la estrategia de R. O dentro del sub-programa de prevención de la diarrea, se ha venido desarrollando, a la par que se daba una extensión de cobertura con los servicios de salud, lo que permitía que la URO estuviese brindando una atención que era reflejada en la disminución de mortalidad infantil, no obstante la información estadística con que se cuenta, nos demuestra que el desarrollo del programa no ha tenido mayor impacto en la mortalidad infantil y que los descensos logrados en determinado momento en la mortalidad por causa, no fueron mantenidos, sino por el contrario ha sido fluctuante, presentando una tendencia a incrementarse.

A partir de la implantación de las URO, se diseñan las normas técnico-administrativas, eje conductor de las actividades del programa, así como también el diseño de un instrumento para recolectar la información de las actividades realizadas.

Hay que hacer mención que fue uno de los programas que utilizó un formato independiente para sistematizar la información por niveles de atención en forma ascendente.

Estando ya implantado el programa de prevención de la deshidratación por enfermedades diarreicas se elaboran una forma de evaluación en donde se revela que los alcances logrados en esta estrategia según evaluaciones realizadas por el MINSA-Central fueron dado entre otros por:

- Un aumento considerable en las captaciones de niños en los servicios
- El desarrollo de los servicios de URO, en relación al consumo de sales de R.O., dándose una tendencia a incrementarse en cuanto a número de sobres.

- Una mayor cobertura reflejada por la accesibilidad del servicio y el uso del mismo por parte de la población.

Todos estos alcances se ven consolidados para 1983 lo que se evidencia en el peso específico de los servicios con URO en cuanto a satisfacción de la demanda motivada por las complicaciones diarreicas, producto del impacto que hizo en la población esta estrategia. Los resultados reflejan una buena asimilación por parte de la población y una buena conducción del programa en las unidades de salud, puesto que los niños referidos al hospital, llegaban con grados menores de deshidratación.

Tal situación permitió que la diarrea pasara del primer lugar en que se encontraba a ser la 3ra. causa de muerte hospitalaria de la población infantil en esa fecha.

Durante el año 1984, las enfermedades diarreicas, se encontraban ocupando nuevamente el 1er. lugar entre las principales causas de muerte infantil a nivel intra-hospitalario. Esta situación de ascenso de las enfermedades diarreicas dentro del aspecto de las enfermedades infantiles pueden tener su posible explicación en tres (3) supuestos:

- En primer lugar dentro de la situación general del país y como producto de las constantes agresiones, se da la migración de la zona rural hacia la zona urbana, lo que ha dado origen a la formación de cinturones marginales que no cuentan con condiciones higiénicas sanitarias, ni servicio básico mínimo para su asentamiento.

Tal situación se refleja en el crecimiento acelerado y desproporcionado de la población especialmente de Managua, y de algunas ciudades del pacífico, por las masivas migraciones internas.

La densidad de población que presenta la zona del Pacífico sumado al problema de vivienda crea una situación de hacinamiento, condición que puede elevar al riesgo de enfermar y morir.

- En 2do. lugar podemos decir que la promoción que se dió al inicio en 1979-1980 a través de los medios de difusión, fue disminuyendo poco a poco.
- En tercer lugar, se podría explicar en cuanto que el programa como tal, presenta problemas en su funcionamiento, como producto de la falta de entrenamiento y poco manejo de las normas técnico-administrativas por parte del personal, así como por el insuficiente suministro debido al poco control que se establece en estas unidades.

En el transcurso del desarrollo del programa de R.O. la información estadística con que se cuenta nos demuestra que ésta estrategia no ha tenido mayor impacto en la mortalidad infantil, ya que el descenso logrado en un momento, no fue mantenido, sino por el contrario fluctuante y en los últimos años presentan una tendencia ascendente, lo que podría obedecer entre otras cosas al bajo nivel de funcionamiento de las unidades lo que está en relación al nivel de conocimiento del personal, al suministro y a las características físicas y funcionales de la unidad.

En la Región III el componente de prevención de la diarrea con su estrategia de rehidratación oral, presenta un desarrollo desigual en relación al resto del país, obedeciendo esto fundamentalmente a los siguientes factores:

- a) Movimiento poblacional que eleva las tasas de crecimiento en la Región (6.6%) las mayores de América Latina. Este incremento poblacional incide en la elevación de la demanda a la cual la red de servicios no está en capacidad de satisfacer.
- b) Proliferación de asentamiento espontáneo en áreas donde no existen infraestructuras básicas con malas condiciones de viviendas lo que deteriora el perfil higiénico epidemiológico, elevando por tanto los riesgos de enfermar y morir de esta población.
- c) Otro aspecto a considerar es que si bien en la Región se encuentran concentrados un mayor avance tecnológico y de desarrollo social -

existe una heterogeneidad del nivel socio-económico y cultural de la población que demanda en los servicios de salud, lo que complejiza la satisfacción de esta demanda.

Esta problemática generalizada incide de forma directa en la calidad de atención que se brinda en los servicios de salud de la Región y de manera particular en la URO, donde encontramos que si bien fue un salto de calidad la extensión de cobertura, el nivel organizativo que mentienen no ha permitido que este servicio brinde una atención en cantidad y calidad de acuerdo a la demanda que tiene.

Otros elementos colaterales que inciden en la situación planteada es la supervisión que el componente recibe la sistematización de la divulgación del programa, el manejo que el personal de salud debe tener de las normas, el apoyo que el personal médico brinde al programa; así como también la educación sanitaria que el familiar del niño diarreico debe de recibir.

Los diferentes aspectos que se han abordado tiene su importancia en el subprograma para su funcionamiento como un sistema en el cual entran en juego una serie de elementos tanto de carácter técnico-administrativo, como de capacitación y de servicio. De dichos elementos, se hace necesario conocer la influencia de cada uno de ellos, en el funcionamiento adecuado de las URO.

Sin obviar la importancia de cada uno de los elementos que intervienen en el correcto funcionamiento de las U.R.O. como sistema, en este trabajo nos proponemos analizar las características anteriormente mencionadas para conocer el grado de funcionamiento de la URO, lo que nos permitirá tener una mayor aproximación de cómo, el funcionamiento de las U.R.O. - puede impactar en la mortalidad infantil por diarrea.

II.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

En Nicaragua la implementación de la estrategia de la rehidratación por medio de sales orales se llevó a cabo a partir del año 1980, y hasta la fecha solamente se han realizado evaluaciones parciales - con una primera aproximación a la magnitud del problema tanto a nivel técnico como administrativo.

Conociendo que la diarrea es de gran trascendencia y magnitud en el país por el lugar que ocupa en la Morbi-Mortalidad infantil se consideró conveniente el realizar una investigación operativa en el - universo URO. Región III en la que se abordan algunos aspectos de tipo organizativo, entre ellos:

En primer lugar:

- Nivel de conocimiento del personal de enfermería en dos aspectos fundamentales: El conocimiento que ella posee a través de su capacitación y entrenamiento y las transmisión que ella hace de ese conocimiento.

En segundo lugar:

- Estudiaremos el equipamiento de la unidad para su funcionamiento

En tercer lugar:

- Se estudia el registro de actividades del programa

Por todo lo anterior creemos pertinente realizar un trabajo investigativo que nos permita conocer ciertas características del funcionamiento de las unidades de rehidratación oral de la Región III Managua así como valorar el nivel de conocimiento del personal de enfermería que maneja dicho programa, con el fin de poder evaluar el estado actual de las UROS de la Región y que dichos resultados pueden servir para replantear o introducir nuevas estrategias en el sub-programa, que contribuyan a la disminución de la mortalidad por

cuadros diarréicos como consecuencia de la deshidratación.

III. - OBJETIVOS

General:

Evaluar algunos aspectos de la estructura y funcionamiento de las unidades de rehidratación oral (URO) de la Región III.

Específicos:

- 1) *Evaluar la disponibilidad de equipamiento y material en las URO según nivel del establecimiento en el cual estén integrados (Puesto de Salud, Centro de Salud, Hospital).*
- 2) *Evaluar el conocimiento de las normas de URO en las auxiliares que trabajan en este servicio en función de su antigüedad en el programa entrenamiento y supervisiones recibidas.*
- 3) *Analizar la relación entre el nivel de conocimiento de las auxiliares de URO y su cumplimiento con las actividades de registro de información y educación sanitaria.*

IV.- MARCO TEORICO

1.- Proceso Salud/Enfermedad

En su nivel más general el proceso S/E está determinado por la relación dialéctica del hombre con la naturaleza y del hombre con otros hombres (4).

Ya desde su aparición sobre la tierra producto de las transformaciones que sufrió la materia viva a lo largo de miles de años, el desarrollo y evolución de su proceso S/E, estuvo ligado al medio natural é indiscutiblemente sobre éllo operaban procesos importantes de orden natural propiamente dicho tales como desastres, luchas contra fieras, etc, pero entre los muchos elementos a los que estuvo ligado esta evolución fue la presencia o convivencia con otros seres vivos que mantuvieron relaciones vitales de muy diferentes índoles, evolucionando éllos también con el tiempo y, condicionando varias formas de interrelación. Muchas de estas relaciones son necesarias y - beneficiosas para el hombre, pero otras les son perjudiciales como lo es la relación de parasitismo, el cual es denominador común de un grupo de enfermedades en cuya etiología puede reconocerse la presencia de organismos vivos generalmente más pequeños que el hombre y que vien a expensas de éste (5).

El proceso S/E es, en este sentido un fenómeno histórico y colectivo condicionado a la forma en como el hombre se apropia y transforma a la naturaleza y como el hombre es transformado a su vez por ella, así como por las relaciones sociales que establecen para apropiarse de la naturaleza: Relaciones Sociales de Producción.

El sujeto social (hombre - colectividad) en su relación dialéctica con la naturaleza manifiesta dos momentos: El productivo y el reproductivo.

El momento productivo es aquel en que el hombre o una colectividad determinada se apropian y transforman a la naturaleza a través del proceso de trabajo, el cual según Marx: "Es un proceso consciente por medio del cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para su vida" (6).

En este primer momento intervienen los objetos de producción, la tierra, materia prima y los instrumentos de trabajo que es aquí donde el hombre se consume dialécticamente, es decir produce consumiéndose. O sea el desgaste energético que sufre el hombre durante el trabajo:

La forma como se consume la energía del sujeto social está determinado por cuatro factores:

- a) Por la característica de los medios de producción, y su naturaleza agrícola o industrial, que evidenciará el desarrollo científico técnico, é implicando un mayor o menor desgaste del sujeto social y un aumento o disminución del tiempo socialmente necesario para la producción.
- b) Las relaciones que se establecen entre los hombre y los medios de producción y la relación de los hombres entre si, que son, propiedad de los medios de producción y de relación técnicas de cooperación o explotación.
- c) El contrl que se ejerce sobre el proceso productivo, es decir la puesta en marcha del proceso de trabajo.
- d) Las condiciones generales de trabajo dado por la jornada de trabajo, por el ritmo de trabajo, el salario, el riesgo, la protección y por la estabilidad laboral.

El segundo momento o sea el reproductivo se expresa en las condiciones generales de existencia, entendiéndose por estas, las situaciones concretas materiales en que el sujeto social realiza su momento reproductivo: Alimentación, vivienda, vestido, servicios sanitarios y de salud, servicios culturales y educativos, servicios recreativos, descanso, hábitos ecológicos y la motivación. En estos dos momentos el sujeto social no solo se reproduce como ente físico, sino que reproduce sus relaciones sociales incluyendo la economía y la política. Esta reproducción del sujeto social es un proceso histórico que ha sufrido y sufrirá cambios a través del tiempo y del espacio como ha sucedido a través de las diferentes etapas por las que el hombre le ha tocado atravesar donde estos momentos era experimentado como un todo unitario, de forma que el momento productivo equivalía al momento reproductivo y viceversa.

Con la atomización del sujeto social producto de la división social de trabajo, con el excedente en la producción y con la aparición de la propiedad privada sobre los medios de producción, las fracciones o clases resultantes se reproducen en formas distintas.

Esta división en clase es lo que va a determinar los diferentes perfiles epidemiológicos de clase ya que la apropiación privada de los medios de producción que explica la clase capitalista y la propiedad única de su fuerza de trabajo que explica la clase obrera desarrollan un desgaste desigual. Los trabajadores se desgastan más y tienen menos capacidad de reproducirse por el escaso acceso al consumo al que se ven obligados por los bajos salarios y el desempleo.

Estos salarios de explotación que reciben los condicionan a un mayor riesgo de enfermar o morir.

En las sociedades capitalistas el individuo depende casi completamente de su salario para la satisfacción de sus necesidades elementales, para la conservación de su salud y la vida misma. De tal forma que el significado del salario es fundamental para la dimensión biológica como la dimensión social desde el momento en que en esas sociedades el salario en las mayorías de los casos constituye la única fuente de ingreso que hace posible la manutención de la familia y por tanto el resguardo de la salud de su su carga familiar.

2.-Estado

El estado es el instrumento de dominación de las clases dominantes, pues tiene en sus manos los órganos de poder como la policía, el ejército, los tribunales, las cárceles; así como otros órganos del poder y de la administración, juegan también su importante papel.

En el régimen de comunidad primitiva a la función de regir los asuntos públicos, se ejercía en común por todos, la autoridad de los ancianos y jefes de las tribus se sustentaban en sus cualidades personales: Se gran experiencia, sabiduría y arrojo. Cuando apareció la propiedad privada y la sociedad se dividió en clases, el poder se separó del pueblo, y comenzó a ejercerse por un grupo escogido-Aparato Estatal que creó para éllo diferentes instituciones como las de finanzas, fuerzas armadas, orden público, etc.

Desde su aparición el estado comenzó a ejercer una serie de funciones sin las cuales la sociedad no hubiera podido desarrollarse. Se creó la ilusión artificialmente sostenida por los poderosos, de que la finalidad suprema del estado, era la preocupación por los ciudadanos, siendo la realidad que las funcio-

nes de utilidad que realiza el estado es acosta de la explotación de los trabajadores y solo a la medida de las necesidades mismas que experimentan la sociedad. La preocupación máxima del estado siempre ha sido el mantenimiento del orden que conviene a las clases en el poder.

De manera que el estado de nuestras sociedades es la configuración de instituciones públicas y de sus relaciones cuyo papel fundamental es la reproducción de un sistema económico basado en la propiedad privada de los medios de producción, es decir, la economía capitalista. En realidad estas sociedades tienen un sistema capitalista con una clase capitalista cuyo poder - deriva de su propiedad y control sobre los medios de producción y su función fundamental de este estado, es establecer las condiciones para la supervivencia y el fortalecimiento de este - sistema económico. Por ejemplo muchos gobiernos laboristas - conservadores, demócratas y republicanos han indicado que su - función y su preocupación básica "Es la Salud de la Economía" quedando toda otra cosa condicionada a esta supervivencia y mejoramiento. Tener servicios sociales o ampliar sus beneficios dependen de que se tenga una economía "sana". El supuesto subyacente en todo esto es que el bienestar de la gente depende en primer lugar y fundamentalmente del bienestar de la economía, pero lo que se quiere significar con la economía, es la economía capitalista en la cual domina la clase capitalista.

El Estado establece sus condiciones para que opere su economía:

a) El desarrollo que usualmente se llama: infra-estructura de producción. Es decir el desarrollo de aquellos bienes y ser vicios que son precondiciones para el funcionamiento del gobierno.

Son bienes servicios esenciales porque son:

- Precondiciones técnicas para el proceso real de producción, caminos, ferrocarriles, servicios de saneamiento, servicios de correos, etc.
 - Precondiciones sociales para este mismo proceso, como es la ley y orden de un sistema monetario estable, etc.
 - Condiciones para la reproducción del trabajo como es la educación y algunos servicios preventivos de salud
- b) La defensa del sistema por medio de la entrega real de bienes y servicios en respuesta a diferentes presiones que intervienen en el proceso político, presiones en donde las más importantes son las generadas por la lucha de clase.

La provisión de servicio tiene por objeto aumentar el nivel de cohesión entre las clases y grupos en una sociedad y evitar su ruptura. Así por ejemplo la legislación social se ha creado históricamente en los momentos en que hay inquietud en el sector laboral, al igual que el desarrollo y el mantenimiento de instituciones generadora de valores tales como los medios de comunicación, los medios educativos y otros que sostienen un sistema de valores que aunque aparezcan naturales universales y de sentido común son realmente los valores tales como el individualismo y la competencia que son los más adecuados para la supervivencia de ese sistema económico.

De manera que en sentido más general el estado capitalista le corresponde la tarea de justificar, estabilizar y garantizar la reproducción permanente y ampliada de las fuerzas productivas, manteniendo las relaciones capitalistas garantizando de esa forma su mantenimiento y su desarrollo pero en una F.E.S. esta esquematización se hace insuficiente para comprender la compleja dinámica estructural y superestructural que fluye del mar de contradicciones existentes. En un momento dado coexisten diferentes modos de

producción y en consecuencia diferentes clases, sectores de - clases dominantes y diferentes formas de explotados, así como diferentes expresiones de sectores medios. Por otra parte en nuestros países dominados por, la dinámica internacional del capitalismo, plantea diferentes formas de inserción viables, que muchas veces se desarrollan en contradicción dialéctica a la propia dinámica estructural del país, condicionado por el desarrollo de las fuerzas productivas en los diferentes sectores de la economía.

Este juego de contradicciones se expresa en oposiciones, conflictos y alianza en lo económico, político é ideológico que plantea el estado burgués, problemas a los cuales se debe dar una respuesta que garantice el desarrollo permanente del sistema capitalista defendiéndolo de los riesgos que significan tales conflictos expresando en cada coyuntura las alianzas de clases y sectores que predominan pero además produciendo la - cambiante correlación de fuerza en la dinámica pública. Así - la forma y el tipo de respuesta del aparato político administrativo del estado expresan no solo los intereses dominantes sino también la lucha de clases en la cual está inmersa la sociedad en su conjunto (?).

3.- Políticas de Salud

Las tareas prioritarias que la dinámica económica, ideológica y políticas plantean al estado y que se traducen en actividades de represión o de concenso, se desarrollan a través del conjunto de las instituciones que conforman el aparato administrativo del estado, por lo tanto también a través de gestión en salud; no es casual que en períodos de auge de las políticas de concenso y de apertura democrática, los servicios de salud tienden a expandirse y en períodos de auge represivos, tienden a estancarse. No obstante esta relación no es lineal, puesto que la ges-

ción en salud debe de responder a las exigencias del modelo económico predominante.

En materia de Salud/Enfermedad, cada clase o grupo social genera distintos tipos de existencia y se vincula de manera diferente con los conflictos, tanto en la esfera económica, como en la ideológica política. En cada modelo de acomodación capitalista y en cada coyuntura, aún dentro de un mismo modelo, la respuesta del estado no son uniforme ni en todo momento ni antes distintos sectores sociales. En cada momento, -priorizarán la atención de determinados grupos; para algunos priorizará tareas de control y para otras, tareas de reproducción y mantenimiento, generando modelos de atención más o menos característicos en cada momento histórico para cada clase o sector de clase.

La política de salud del estado es el resultado de un conjunto de respuestas que ésta da, gerarquizando ciertos programas en función de asegurar el control (o su prevención) de conflictos ideológicos políticos y de contribuir a una adecuada dinámica económica.

Dicha prioridad expresada en modelo de atención diferenciales de una u otra manera, traduce, los intereses de los grupos dirigentes y de los que ellos representan, pero también traduce la correlación de fuerzas sociales.

Los problemas de salud/enfermedad que sufren las personas de una determinada sociedad están ligadas íntimamente a su modo de vivir, a la estructura económica- social y a los modos de producción vigente por lo tanto, la atención a la salud, se convierte en una sede de las contradicciones y antagonismo de clase. (8)

En nuestro país en los últimos años del gobierno anterior, en un desesperado esfuerzo para mantenerse en el poder, mediante el manejo ideológico de la salud, trató de dar una imagen de avance social en el campo internacional; como se expresa en el proyecto "Mejoramiento y la extensión de la cobertura de los servicios de salud de la República de Nicaragua"; auspiciado por el Ministerio de Salubridad, la J.L.A.S. y el I.N.S.S. en que da a conocer que el desarrollo del país estaba obstaculizado por muertes precoces, enfermedades transmisibles y desnutrición, teniendo un gran impacto de inversión para la comunidad por enfermedad, incidiendo en forma directa en la producción dando como resultado un bajo rendimiento, - por una fuerza de trabajo desnutrida y enferma. Todo lo anterior estaba enmarcado en la ideología imperante que se proyectaba en las acciones orientadas a favorecer el desarrollo de una pequeña porción de la atención médica para la clase dominante, con el estímulo y protección de los ejercicios privados, individual y empresarial donde la atención de la salud era una mercancía más y por lo tanto quedaba sujeta a las leyes del mercado.

En Nicaragua posterior al 19 de julio con la toma del poder se propugna una nueva sociedad en la cual la ideología anterior no tiene cabida por ser una ideología clasista que lleva a mantener distintos tipos de atención al pueblo, ya que era totalmente opuesto a los planteamientos hechos en el programa histórico del F.S.L.N. presentado al pueblo de Nicaragua en 1979, por la J.D.R.N., que definía como compromiso "Presentar asistencia médica gratuita a toda la población, instalar clínicas y hospitales en todo el territorio nacional, emprender campañas masivas para erradicar las enfermedades endémicas y prevenir las epidemias" (9).

Como primer medida en agosto de 1979, el gobierno revolucio-

nario con una clara conciencia social decide la instalación de un nuevo sistema de atención médica, creando el Sistema Nacional Unico de Salud, juntando todas las unidades asistenciales que hasta antes del triunfo existían, estableciendo programas cuyas características son:

La extensión de la cobertura a todo el territorio nacional, la aplicación de las medidas preventivas-curativas a la población y al ambiente.

A partir de este momento le correspondió al Ministerio de Salud ser el órgano rector del SNUS y cumplir en acción conjunta con el pueblo organizado y las otras instituciones del estado, la prestación de un tipo de atención a la salud acorde a las directrices de la revolución popular sandinista. (10).

El SNUS desde su creación en lo que se refiere a su organización y desarrollo se basan en el principio "La Salud es un derecho del Pueblo y una responsabilidad del Estado", lo que implica que el estado es el único que se impone la protección y mejoramiento constante de la salud de toda la población, la - que se realiza mediante un sistema de medidas organizativas - que permiten la extensión de cobertura con servicios de salud tomando en cuenta para esta extensión los aspectos jurídicos económicos, sociales geográficos y científicos técnicos.

En 1980, el Nivel Central inicia el proceso de regionalización del país a través del cual se cumpliría el principio administrativo de la normatización centralizada y la ejecución descentralizada, lo que permitiría una mejor utilización de los recursos existentes, facilitando el acceso de la población de acuerdo a sus necesidades concretas así mismo el desarrollo de la creatividad en las áreas y regiones para resolver las - urgentes tareas encomendadas al Ministerio de Salud como conse

cuencia del abandono, explotación y destrucción que se encontraba el país. (11).

Con la regionalización los hospitales, centros y puestos de salud de la región pasaron a depender directamente de las direcciones regionales y de igual manera la atención de salud se organiza en diferentes niveles:

- Nivel de atención hospitalaria, que comprende los servicios clínicos quirúrgicos, Materno Infantil y Consulta externa de especialidades. Actualmente los hospitales pueden clasificarse en departamentales, regionales y nacionales.
- Nivel de Areas de Salud, constituye, la unidad básica del sistema desde el punto de vista geográfico, poblacional y de servicio donde el Ministerio de Salud implementa los programas que de forma estratégica vendrá a mejorar los indicadores de salud, permitiendo de esta manera elevar el estado de salud de la población Nicaragüense.

Partiendo que en este Nivel de Atención Primaria se dan las acciones de menor nivel de complejidad pero que tienen un mayor impacto en la promoción y conservación de la salud del individuo familia y comunidad, así como acciones dirigidas a reparación prevención de la enfermedad, estas acciones se constituyen el medio a través del cual se facilite el acceso del usuario a niveles de atención más complejos y costosos. En este nivel se ejecutan los programas de atención integral al adulto, control de T.B., control de la malaria, higiene del medio inmunizaciones y materno infantil. Todo ello orientado al cumplimiento de metas y objetivos que permitan de manera progresiva enfrentar problemas como la desnutrición, las enfermedades prevenibles por vacunas, y de igual manera la mortalidad infantil.

4.- Materno Infantil

El PMI es el conjunto de acciones de salud preventivas y curativas que se realizan en las mujeres embarazadas o no, y en los niños al igual que en el Medio Ambiente en que viven, trabajan o estudian estos grupos de población.

En este programa se incluyen acciones de salud dirigidas al niño y a la mujer; tanto en atención primaria como atención secundaria en las que juegan un papel importante las acciones intersectoriales; las que estimula y afecta la prestación de asistencia integral a la familia.

El programa Materno Infantil contempla prioridades dentro de las acciones que dirige a la mujer y al niño, a fin de poder influir en los países de elevada Morbi-Mortalidad Materna e infantil.

Este programa cuenta con once (11) sub-programas de atención médica que pretende cubrir integralmente al binomio Madre/Niño.

a) Atención Integral de la Mujer:

- Atención Prenatal*
- Atención Institucional del Parto*
- Atención Puerperio*
- Promoción Lactancia Materna*
- Atención Ginecológica*
- Detección Oportuna del Cáncer Ginecológico y de Mamas.*
- Estudio de la Fertilidad Humana*

b) Atención Integral del Niño

- Control del Crecimiento y Desarrollo
- Mortalidad Pediátrica
- Prevención T x y recuperación del DH por diarrea
- Prevención T x y recuperación de déficit nutricional (DN).

5.- Las Enfermedades Diarreicas Agudas (E. D. A.)

Las E. D. A. constituyen uno de los mayores problemas de salud pública en los países en desarrollo, siendo la primera causa de mortalidad infantil y un problema importante en el compromiso del estado nutricional de los niños.

Se estima que la tercera parte de los muertos en menores de 5 años en los países en desarrollo son causados por diarrea y que dichos niños pasan entre el 15 y el 20% de sus dos primeros años de vida presentando diarrea (12).

El síndrome diarréico se caracteriza por un aumento en la frecuencia de evacuación y por la consistencia líquida o semilíquida de las heces. La mayoría de los casos son de origen infeccioso y son causados por virus, bacterias, parásitos intestinales y con menor frecuencia por hongos. (13).

El problema principal en el niño con diarrea es la deshidratación hidro-electrolítica (DHE) que por si misma o a través de sus complicaciones es responsable de la muerte en la mayoría de los casos. Los niños semnutridos son más susceptibles a la DHE por el compromiso de su epite-

lio intestinal, la consecuente dificultad en la absorción de líquidos y nutrientes, creando un círculo vicioso que sin intervenciones apropiadas es frecuentemente fatal.

Por las características epidemiológicas de las E.D.A. la reducción de su incidencia está relacionada con el mejoramiento de las condiciones de vida especialmente al suministro de agua en calidad y cantidad adecuada, la eliminación higiénica de excretas, las condiciones de las viviendas y con algunos aspectos del comportamiento humano relacionados con la higiene personal, manipulación y almacenamiento adecuado de los alimentos. Si es cierto que la acción a este nivel preventivo debe ser el objetivo de la lucha a largo plazo contra la diarrea, sin embargo puede alcanzarse un impacto inmediato sobre la mortalidad a través de medidas dirigidas a prevenir las complicaciones de la diarrea por medio de un tratamiento basado en la administración temprana de una solución oral de glucosa y electrolitos. Por su bajo costo y alta eficacia este tratamiento ha sido adoptado a nivel mundial y la rehidratación oral (R.O.) es ahora el componente principal en todos los programas de la lucha contra la diarrea en los países en desarrollo. (14)

El MINSA ha incorporado la R.O. como estrategia en el programa Materno Infantil creandose las URO para garantizar su implementación a nivel nacional.

Estas unidades constituyen un elemento integrante del sistema de atención de pacientes y forma parte de las unidades operativas de los diferentes niveles de atención.

6.- Terapia Mediante Líquido

Exceptuando ciertas raras complicaciones, las defunciones

por diarrea se deben a deshidratación o a su grave consecuencia, el choque, por tanto el tratamiento de las enfermedades diarréicas consiste en prevenir o contrarrestar la deshidratación mediante la apropiada administración de líquido.

Los pediatras están de acuerdo que la deshidratación grave debido a la diarrea puede evitarse administrando al paciente líquido por vía oral en la fase precoz de la enfermedad.

La prevención de la deshidratación a diferencia de la prevención de la diarrea propiamente dicha, es un rasgo fundamental de todo programa de control de las enfermedades diarréicas. Lo importante de esta terapia es lo siguiente:

a) Administración por vía oral de líquido en reposición al volumen perdido anormalmente en las heces diarréicas y normalmente por pulmones, piel, riñones y vómitos.

b) Mantener la Lactancia Materna

Se plantea que la deshidratación es la causa del 60-70% de las defunciones por diarrea y que la rehidratación oral puede prevenir y corregir esa deshidratación, impidiendo de esa manera las numerosas defunciones relacionada con la diarrea.

Este adelanto tecnológico ofrece nuevas e importantes posibilidades para disminuir el número de defunciones infantiles, ya que se puede usar en cualquier sistema de atención de salud e incluso puede ser administrada en la casa por la familia.

En 1980 en los países en desarrollo murieron aproximadamente 5 millones de niños menores de 5 años, es decir 10 cada minuto por enfermedades diarréicas agudas, defunciones cuya consecuencia fue de casi 1,000 millones de casos entre los 338 millones de niños de esa edad, muertes que sin duda fueron más frecuentes en las familias más pobres.

6.1.- La T. R. O. es un tratamiento sencillo, barato y eficaz, y es una tarea primordial de la salud pública, conseguir que el uso y disponibilidad de este tratamiento esté ampliamente difundido.

Numerosos organismos bilaterales e instituciones de beneficencia colaboran actualmente con muchos países para establecer servicios nacionales de atención primaria de salud que incluya programas de lucha contra las enfermedades diarréicas con el tratamiento de la T.R.O. como su piedra angular (15).

En relación al comportamiento de la diarrea en Nicaragua, encontramos que: las informaciones estadísticas dejadas en el país hasta 1979 sobre la Mortalidad Infantil son realmente de poca credibilidad.

Para 1973 el Gobierno reportaba 11,729 fallecidos registrados a nivel hospitalario, el 18.7% correspondían a E.D.A y sus complicaciones, para una tasa de 108.7/00 egresos; lo que significó el 40.8% menores de 1 año y 37.5.% entre niños de 1 a 5 años.

En 1977 la E.D.A. constituyó la 1ra. causa de egreso y defunción en todos los hospitales del país, registrándose por E.D.A. por cada 11 egresos y 1 fallecimiento por cada 137 egresos por la misma causa. (9)

A partir del 19 de Julio de 1979 la voluntad política del Gobierno se evidencia en el Sector Salud, creando, el 8 de Agosto de 1979, el SNUS, quien se traza como tarea inmediata satisfacer las necesidades sanitarias más apremiantes de la población, definiendo políticas y estrategias de atención hacia grupos priorizados como lo es el binomio - Madre, Niño, incluido en el programa Materno Infantil.

En ese período se encontró que la diarrea ocupa el 1er. lugar en la mortalidad infantil, por lo que el MINSA prioriza dicho problema implantando la primera actividad que se estructuró en el Programa Materno Infantil, siendo este el programa de prevención y tratamiento de la diarrea y la deshidratación, con apoyo del organismo internacional - UNICEF, utilizando el método de rehidratación oral como una técnica apropiada, económica y de largo alcance que - lograrla la disminución de complicaciones diarreicas y - por ende las muertes por las mismas causas.

7.- Unidades de Rehidratación Oral

La U.R.O. es un elemento integrante del sistema de atención del paciente que forma parte de los servicios de - consulta externa y emergencia de todas las unidades de - salud, su organización obedece a la necesidad de atención de forma inmediata al problema de salud que constituye la primera causa de Morbilidad y Mortalidad en Nicaragua. La diarrea.

El propósito de estas unidades de Rehidratación oral es contribuir a la disminución de la Mortalidad por enfermedades diarreicas mediante la atención oportuna y eficiente de los niños con deshidratación administrando una so-

lución que restituye los líquidos y electrolitos perdidos en el proceso diarréico.

La Organización de las U.R.O. está en dependencia de las características particulares del nivel de atención donde está ubicada, y del grado de complejidad técnica que necesita para su implementación. En los hospitales está ubicada en áreas de emergencia para asegurar la atención en veinticuatro horas continuas.

En los centros de salud estarán ubicadas en el área accesible de Morbilidad infantil con indiseñabilidad y características de un servicio de emergencia. Debe considerarse el horario limitado del centro de salud, a fin de tomar las medidas que aseguren la atención de los pacientes admitidos en U.R.O. En los casos en que la coordinación con los otros establecimientos de atención permanente sea factible se transfiere al final de la jornada los niños que requieran continuar el tratamiento. En otras circunstancias el paciente se envía a su domicilio luego de instruirse adecuadamente a los familiares del niño.

En los puestos de salud la Rehidratación oral constituye una actividad básica permanente y el proceso de rehidratación se realiza en el local del puesto o en el domicilio del paciente; según las circunstancias, accesibilidad o problema social.

El personal responsable de la URO está en cantidad, tiempo y dedicación supeditado a la complejidad del servicio y al volumen de actividades.

En los hospitales y Centros de salud, el personal médico y de enfermería apoya y supervisa las actividades de la

URO, las que están a cargo del personal auxiliar de enfermería debidamente entrenado.

La unidad consta con: local, mobiliario, equipos, sales rehidratantes, útiles y formularios necesarios para su funcionamiento los cuales estarán de acuerdo con la población a servir. La rehidratación es la tarea fundamental aún en ausencia de algunos suministros deseables aunque no prescindibles.

El sistema de registro de actividades debe permitir un análisis periódico que facilite o aporte a la toma de las decisiones adecuadas.

Este componente cuenta con una norma que le permite la conducción, técnica, organizativa y administrativa del sub-programa (16).

V.- MATERIAL Y METODO

Para el Desarrollo de la Investigación se efectuó el siguiente Procedimiento:

5.1.- Método

Se realizó estudio de corte transversal para valorar algunos aspectos del funcionamiento de las Unidades de Rehidratación Oral (URO) y el nivel de conocimientos del personal de Enfermería que maneja dichas unidades.

5.2.- Universo

Este fué constituido por la URO de la Región III que al momento del estudio, se encontraban reportando producción de servicios.

5.3.- Unidad de Análisis

Los constituyó la unidad de Rehidratación Oral

5.4.- Unidad de Observación

Están formados por el personal de enfermería asignado, y algunas características de funcionamiento de las URO.

5.5.- Fuentes de Información

Primaria: Observación directa y aplicación de cuestionarios mediante técnicas de entrevistas aplicadas al personal de enfermería responsable de la URO.

Secundaria: A través de revisión de documentos de INEC y DINEI.

5.6.- Instrumentos

La recolección de la información se obtuvo a través de tres cuestionarios:

- a) Dirigido al personal de enfermería, con preguntas abiertas y cerradas con el objetivo de obtener información a cerca del nivel de conocimientos de la misma.
- b) Un segundo cuestionario con el objetivo de obtener información a cerca del equipamiento de cada unidad.
- c) Un tercer cuestionario para conocer el nivel de existencia de Sales de Rehidratación Oral.

5.7.- Procedimientos

Una vez elaborado los instrumentos se realizó prueba piloto para validar dicho instrumento, paralelamente se entrenó a siete encuestadores quienes administraron los tres instrumentos durante quince días dando cobertura a todas las unidades activas.

A través de la aplicación se realizaron supervisiones por parte del equipo investigador para que los datos obtenidos fueran más objetivos, disminuyendo así el sesgo.

Una vez recibida la información se procedió a la tabulación manual de los datos vertidos en cada una de las encuestas.

5.8.- Plan de Análisis

Para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio, se correlacionó primero la Variable "Nivel de Conocimientos" a la cual se le clasifi

có como Bueno, Regular, Malo con las variables "Antigüedad" para comprobar si a mayor tiempo de laborar en la URO se tiene mayor nivel de conocimiento.

Bueno 72 a 100, Regular 63 a 71; Malo 0 a 62

Segundo:

La variable independiente nivel de conocimiento con la dependiente registro de actividades" la que se clasificó como adecuado (8-10); Parcialmente adecuado (5-7) Inadecuado (0-4) para conocer si a mayor conocimiento se realizó un mejor registro de actividades desarrolladas por el personal de enfermería.

Tercero:

La variable Independiente "Nivel de Conocimiento" con la variable dependiente "Entrenamiento" la que se clasificó como Adecuado (12-15) Parcialmente Adecuado (9-11) Inadecuado (0-8) para comprobar la relación directa se espera que ha mayor entrenamiento mayor nivel de conocimiento.

Cuarto:

La Variable Independiente "Nivel de Conocimiento" de la Variable Dependiente Supervisión la que se clasificó como aceptable (6-8), Parcialmente aceptable (4-5-) y No aceptable de (0-3) para conocer si a mayor frecuencia de supervisión se obtiene un mayor nivel de conocimiento.

Quinto:

La Variable Independiente "Nivel de Conocimiento" con la variable Dependiente" Equipamiento, la que se clasificó como "Bien Equipando (12-21) Regular Equipado (7-11) Mal Equipado (0-6-) para conocer si a mayor conocimiento

to se tiene mayor equipamiento en la U.R.O.

Sexto:

La Variable Independiente "Nivel de Conocimiento" con la Variable Dependiente "Charlas, la que fue clasificada como satisfactoria (6-8) Parcialmente satisfactoria de (3-5), es insatisfactoria (0-2). Para comprobar si la frecuencia y contenido de las charlas está en relación directa al mayor nivel de conocimiento.

Séptimo:

La Variable Independiente "Nivel de Conocimiento con la Variable Dependiente" Material Educativo, la que se clasificó: Existencia total (8-10), Existencia Parcial (4-7) y la no existencia de (0-3) Para comprobar si la existencia de material Educativo está en relación con el mayor nivel de conocimiento.

Para comprobar la significación o no de los datos se utilizó la prueba estadística χ^2

V I. - CONCEPTUALIZACION

En este acápite se comprenden definiciones que han sido tomadas de acuerdo a criterios contemplados en normas.

- 1.- Áreas de Salud : Es la división territorial sanitaria de la región de salud siendo completamente ejecutiva. Sirve para el estudio como una variable de identificación.*
- 2.- Establecimiento: Son las diferentes unidades de Salud (Hospitales, Centros y Puestos de Salud) distribuidas en todo el territorio.*
- 3.- Identificación: Es el número relativo para cada unidad de salud.*
- 4.- Rotafolio: Material Educativo sobre tratamiento y prevención de la Riarrea en las U.R.O,*
- 5.- Folleto: Material Educativo, sobre prevención, tratamiento de la Deshidratación.*
- 6.- Fichas: Tarjeta para registro de actividades de ingreso y tratamiento al niño en la U.R.O.*
- 7.- Norma: Lineamiento Técnico Administrativo a cumplir en el sub-programa bajado por nivel nacional.*
- 8.- Informe Mensual: Registro de actividades realizadas en la U.R.O.*
- 9.- Antigüedad Personal: Tiempo de funcional del personal en las U.R.O.*
- 10.- Entrenamiento: Preparación recibida por el personal a través de actividades de capacitación en el programa.*

- 11.- Duración del Entrenamiento: Período de tiempo en el cual el personal recibió su capacitación.
- 12.- Contenido del Entrenamiento: Estará referido a los aspectos de: Prevención de Diarrea, preparación del S.R.O. y alimentación del niño diarréico.
- 13.- Supervisión: Actividad de control y ayuda que recibe el personal de enfermería de las unidades.
- 14.- Signos de Deshidratación: Signos consignados según normas.
- 15.- Cálculo de la pérdida del líquido: Es el conocimiento que tiene el personal de Enfermería de las URO para calcular la pérdida del líquido.
- 16.- Número de sobres a pacientes: Es el número de sobres que se entregan a cada niño para continuar su tratamiento en casa.
- 17.- Explicación a Familiares sobre Prevención de Diarrea.
Diferentes maneras que el personal de enfermería explica a familiares, en la sala de espera sobre prevención de la Diarrea.
- 18.- Frecuencia y Contenido de Charlas: Se refiere al número de veces que el personal de enfermería explica a las madres sobre: Prevención, Signos de deshidratación, preparación y uso de SRO. y alimentación del niño diarréico.
- 19.- Criterio para dar alta: Se refiere al conocimiento por parte del personal de enfermería, de los criterios de alta según normas.
- 20.- Existencia de S.R.O.: Se refiere al número de sobres existentes en la U.R.O.

VII.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A la variable "Nivel de Conocimientos" se le asignó un valor de 25 puntos; para su medición se le dió valor a cada una de las dimensiones, siendo los siguientes:

-Signos de Rehidratación	6 puntos
-Cálculo de pérdida de líquidos	5 "
-Proceso de preparación de sales de rehidratación oral	5 "
-Utilización de S.R.O.	3 "
-Criterios para dar de alta	6 "

Los índices de Bueno, Regular y Malo se dieron a través de la siguiente puntuación:

- 16-25 Puntos calificado como Bueno;
- 9-15 Calificación como regular
- 2-8 para la calificación de malo

Para la variable "Supervisión" se le asignó un valor de 10 puntos los que se distribuyeron para las diferentes categorías de la siguiente manera:

- 0-3- Puntos no aceptable
- 4-5 parcialmente aceptable
- 6-10 Aceptable

A la variable "Equipamiento" se le dio valor de 21 puntos, el que se distribuyó en las dimensiones de la manera siguiente:

Mobiliario	3 puntos
Equipos	12 "
Existencia de sales	6 "

Los índices de Bueno de (12-21), Regular de (7-11) y el de malo de (0-6).

Para la variable "Registro de Actividades se le dió puntaje de 10, el que se distribuyó en las dimensiones de la siguiente manera:

Fichas (4 puntos)
Uso de fichas (3 puntos)
Informe mens. (3 puntos)

Los índices fueron los siguientes: 0-4 Inadecuados, de 5-7 puntos parcialmente adecuado y de 8-10 puntos adecuado.

A la variable "Antigüedad" se le asignó un valor de 10 puntos el que se distribuye de la siguiente manera: 0-2.5 para un índice de malo, de 2.6-5 para un índice de regular, de 6-10 para un índice de bueno.

La variable entrenamiento se le dio valor de 10 puntos, los que distribuyeron así: 0-3- puntos para calificación de malo, de 4-6 regular de 7-10 bueno.

Para la variable charlas se asignó un puntaje de 10, los que quedaron distribuidos así: charlas (3 puntos) Frecuencia (3 puntos) contenido (4 puntos)

Los índices se calificaron de la siguiente manera de 0-3- para categoría de malo de 4-6 regular y de 7-10 bueno.

Para la variable Material Educativo se asignó un valor de 4 puntos, quedando así: de 0-1 malo, de 2-3 deficiente, 4 para la calificación de bueno

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<u>FUNCIONAMIENTO DE U.R.O.</u>			
1.- <i>Relación de actividades realizadas a: Registro de In formación, uso de fichas de utilización de sales de Rehidratación Oral así como el cumplimiento de charlas por parte del personal de la URO</i>	1.1. Utilización de sales	Número de sobres de suero empleados por episodio diarreico	0-3-
	1.2. Registro de actividades		
	1.2.1 Utilización de fichas al ingreso del paciente.	Constatación si se llena o no la ficha con los niños asistidos en la U.R.O en los días previos al momento de la encuesta.	Si No
	1.2.2. Registro diario de actividades.	Constatación del volcado diario de actividades en el informe mensual al momento de la encuesta	SI No
	1.3. Frecuencia de charlas impartidas a familiares del niño en URO.	Frecuencia de charlas impartidas a familiares por personal de enfermería.	Diario 2 Diario 1 semanal 2 veces x semana
<u>2.- DISPONIBILIDAD DE RECURSO EN LAS UNIDADES DE U.R.O.</u>			
<i>Será la relación existente al momento del estudio de la cantidad de S.R.O. en la uni</i>	2.7. Reconocimiento de:	Recuento directo de la cantidad de sobres existentes en la U.R.O. en Farmacia o	0-0 1-25 26-50
	2.1. Cantidad dispo-		

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<i>dad, equipamiento, fichas de registro de actividades y tipo de material educativo, así como la observación por parte del equipo investigador de la suficiencia, condición del vencimiento y frecuencia de falta de S.R.O.</i>	nible de sales	en bodega y en ambas al momento del estudio.	51 y +
	2.2. Tipo de mobiliario y equipo con que dispone	-Dotación de mobiliario equipo en función de la Norma según tipo y cantidad	0- 15
	2.3. Útiles en URO	- Mención por parte del personal de la existencia o no al momento de la encuesta parcial o total de los útiles y formularios identificados.	0-3-
	- Fichas vacías - Norma de deshidratación - Calendario		
	2.4. Material educativo utilizado en URO rotafolio y folleto sobre Rehidratación oral.	-Valoración por parte del personal y durante su estancia en la U.R.O. de este material	0-2-
	2.5. Insuficiencia o no del STOK de sales orales	Frecuencia de veces que faltan sales.	1 mes 1 semana
	2.6 Recepción de suero vencido	Existencia o no de suero vencido	Si No
2.7. Recepción de cantidad de SRO en relación con lo solicitado	Frecuencia con que se da la concordancia entre lo solicitado y lo recibido	Siempre Algunas Veces. Nunca	

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>3.- NIVEL DE CONOCIMIENTO</p> <p>Referido al conocimiento del personal de enfermería en relación a lo establecido en norma respecto al manejo del niño que presente D.H por Diarrea así como la frecuencia y contenido de las charlas impartidas a las madres de los niños con diarrea</p>	<p>Conocimiento en relación con lo establecido en normas de</p>		
	<p>3.1 Signos de Deshidratación.</p>	<p>- Signos de D. H. mencionados</p>	<p>0-10</p>
	<p>3.2 Del cálculo sobre la pérdida del líquido en niños con D.H. y fuente de información para éllo</p>	<p>- Como calcula pérdida de líquido y volumen a reponer en niño con D.H.</p>	<p>Sabe, no sabe</p>
	<p>3.3. Necesidad de agregar algún ingrediente para mejorar el sabor</p>	<p>- Si se debe agregar o no azúcar ú otro elemento al suero.</p>	<p>sabe, no sabe</p>
	<p>3.4 Explicación a las madres del proceso de preparación y uso de suero</p>	<p>- Mención a los diferentes pasos para la preparación y uso del suero</p>	<p>0-5</p>
<p>3.5 Diferentes maneras en que se puede prevenir la diarrea</p>	<p>- Maneras de prevenir la diarrea según norma</p>	<p>0-6</p>	

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
	3.6 Dieta del niño Diarréico	Diferentes formas en que consiste la alimentación en el mantenimiento de un niño con diarrea	Sabe, no sabe
	3.7 Contenido de charla a familiares de pacientes	Aspectos a incluir en una charla a familiares de acuerdo a lo establecido en norma.	0-4
	3.8 Condiciones para dar de alta a un niño de la URO	Mención de las diferentes condiciones para dar de alta.	00-3
	3.9 Orientaciones a la madre para el mantenimiento del niño diarréico en el hogar	Mención de aspectos a incluir en la explicación a familiares de como mantener al niño en la casa una vez egresado a la URO	Sabe, no sabe
	3.10 Número de sobres a entregar cuando el niño regresa a su casa	Cantidad de sobres que se entrega a la madre para continuar tratamiento del niño diarréico en casa	1-3
4.-SUPERVISION Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL			
Se refiere a la frecuencia de supervisión técnica, administrativa	4.1 Frecuencia de la supervisión	Mención del espaciamiento de supervisión recibida	Semanal, mensual Bimensual, Trimestral.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Nivel que supervisa; así como también fecha, duración y contenido del último entrenamiento recibido	4.2 Quienes Supervisan	-Mención del cargo y nivel administrativo de la persona que supervisa.	Jefe de área Nivel Regional Nivel Central
	4.3 Entrenamiento recibido de SRO	-Mención de duración de entrenamiento	1-6; 7-30; +30
	4.4 Contenido del último entrenamiento	-Mención en términos de que fue entrenado	Parcial, total
	5.- ANTIGUEDAD		
Se refiere al tiempo que el personal ha laborado en la URO	5.1. Antigüedad del pers.	Número de meses y/o años que tenga el personal de enfermería encuestado de laborar en la U.R.O.	1 mes, 1 año, 1 a 2 años' 3 a 4 años
6.- ESTABILIDAD			
Asignación exclusiva o no, del personal componente URO	6.1 Estabilidad del personal.	Permanencia o no en el programa.	Fijo, transitorio.
7.- UBICACION			
Accesibilidad del servicio a la población	7.1 Ubicación de la URO dentro de la institución	Observación directa de la accesibilidad de la URO a las áreas de atenc. infant.	Accesible, inaccesible
8.- DOTACION DE PERS			
Número de personal de enfermería asignado al sub-programa	8.1 Personal de enf. asignado a la U.R.O	Mención por parte del pers. de enfermería de la dotación de personal asignado a la U.RO	0-1

VIII.- RESULTADOS

1.- Equipamiento y Materiales

Del total de 51 URO existentes en la región, 42 se encontraron funcionando y fueron incluidas en la investigación; las nueve restantes no estaban atendiendo por problemas administrativos. De las URO funcionantes se encuentran 2 en hospitales, 17 en Centros de Salud y 23 en Puestos de Salud (Cuadro 1).

En relación con equipos y mobiliario se observa (c.2) que de 15 artículos previstos en las normas solamente 3 existen en cantidad suficiente a nivel regional estando los demás en cantidades inferiores a lo normado.

El déficit se observa también por algunos ítems que son indispensables para el funcionamiento de las URO, (balanzas, vasos, ollas entre otros). La situación a nivel de cada URO es aún peor: debido a la distribución desigual de los recursos en las diferentes unidades, el número de URO sin recursos es mayor de lo que se puede deducir a partir del déficit global. Así se observan que faltan 6 ollas de 16' a nivel regional y las URO que no poseen este recurso asciende a 11, el déficit global de 12 pirex se traduce en 21 URO que no poseen el recurso y la falta de 4 balanzas en 6 URO sin este recurso.

Para evaluar el abastecimiento con sales de rehidratación oral se utilizaron 2 indicadores: la declaración de la auxiliar de enfermería sobre eventuales faltas durante los 12 meses an-

teriores y el número de sobres existentes en el momento en el cual se realizó la encuesta (c.3-4) Según las declaraciones de las auxiliares solamente en el 9.5% de las URO se presentó falta de S. R. O; sin embargo la observación directa reveló que 9 (21%) de las unidades estaban totalmente sin sobres en el momento de la encuesta siendo la falta más frecuente en los puestos de salud (26) sin sobres.

En cuanto a la utilización de las SRO se observa (c.5) que la mayoría de las auxiliares entregan 2 sobres, sin diferencias entre puestos y centros de salud. En las 2 URO hospitalarias y 6 de las demás solamente se entregan un sobre lo que es insuficiente para una rehidratación adecuada de la mayoría de los casos.

En los cuadros 6, 7 y 8 se presenta la situación en cuanto a existencia y utilización de materiales educativos. Se observa que solo la mitad de las URO en puestos de salud tienen rotafolio, el 39% tienen folletos y el 60% fichas y solamente el 26% las normas; en cuanto a la dotación de este material la situación es mejor en los centros de salud y hospitales. Las fichas se utilizan solamente en el 50% de las URO en puestos de salud y hospitales, en cuanto al informe mensual, se llena en un 90% de las unidades.

2.- Personal

El 40% de las auxiliares de enfermería que se desempeñan en el programa tienen menos de 1 año de laborar con esta designación, observándose una diferencia entre centros (58.8%) y puestos de salud (26%) C.9). Lo que refleja que en los centros de salud se da una mayor rotación del personal asignado a este sub-programa lo que obedece a que en el centro la prioridad no la constituya este subprograma y por tanto cuando existe inasistencia en cualquier otro programa se dispone del recurso, no así en el puesto de salud que su estabilidad está dada en que este recurso es único y lo mismo responde para la URO como por los otros programas.

La mayoría recibieron entrenamiento durante los últimos 2 años (c.10), siendo la duración del entrenamiento inferior a 1 semana en el 64% de casos (c.11). En relación con el contenido del entrenamiento se observa que se priorizó la técnica de administración de SRO. En cuanto a los elementos relacionados con la alimentación del niño con diarrea y la prevención de la diarrea se le impartió a un poco más del 50% (c.12). Los cuadros No. 13-16 presentan los resultados relativos al conocimiento de las auxiliares de las URO sobre las normas técnicas para el manejo del niño con diarrea. El cálculo de líquido es conocido por el 74% del personal observándose algunas diferencias entre los diferentes niveles (60.8%) en puestos de salud contra 88.3% en los centros y 100% en los hospitales (c.13). El 66.6% de las auxiliares conoce las normas para la preparación y uso de SRO, siendo en este caso mejor la situación en los puestos de salud (73.9%)

(cuadro 14). De los criterios de alta previstos por las normas, el más conocido es la valoración del estado de deshidratación del niño, seguido por la tolerancia a SRO, y la valoración médica (c.15). La mayoría de las auxiliares conoce 5 de 10 signos de rehidratación previstos por las normas, siendo los signos principales (Fontanela hundida, pliegue de la piel, ojos hundidos, mucosa seca) conocidos por más de 80% de ellas.

Los cuadros 17-22 tratan de las prácticas y conocimientos relacionados con la educación sanitaria de las madres.

El 97% de las auxiliares declaran dar charlas en forma individual y colectiva (45.2% y 52.3% respectivamente), siendo las charlas individuales más frecuentes en los puestos de salud y las colectivas en los demás establecimientos.

En el 62% de los casos las charlas son impartidas con frecuencia diaria o mayor y en el restante 38% 2 veces por semana o menos (c.18). Solamente el 14% de las auxiliares incluye en las charlas todos los contenidos necesarios para educación sanitaria (c.19).

El 97.6% de las auxiliares declaran explicar a los familiares que acompañan al niño a la URO, las normas para la prevención de la diarrea (c.20) el 92.8% orienta sobre la administración de SRO, el 80.9% sobre su preparación, el 69% sobre la alimentación del niño en cuanto que solo el 52.3% recomienda a las madres de regresar a la URO en el caso que el niño no mejore. (c.21) Las orientaciones sobre los alimentos en el 64% de los casos con 1 auxiliar que orienta a suspender todos los alimentos y 4 que recomienda un único alimento (c.22).

En cuanto a la supervisión el 21.4% de las auxiliares declaran no recibir supervisiones, sin diferencias entre

puestos y centros de salud (c.23). En cuanto a la frecuencia de las supervisiones solo el 47% de las auxiliares declaran recibir las una vez por mes o más (c.24), siendo el 66.6% de las supervisiones realizadas por la enfermera jefe de área y el 7.1% por la enfermera regional. (c.25).

En la tabla 1 se analiza la relación entre el nivel de conocimiento de las auxiliares de las URO y su comportamiento en relación con las charlas. Se observa que solo el 25% de las auxiliares con buen nivel de conocimiento actúa en forma satisfactoria en comparación con el 35% y el 33% de las que tienen nivel de conocimiento regular é insuficiente, en cuanto al comportamiento insatisfactorio es más frecuente entre las auxiliares con bajo nivel de conocimiento; las diferencias entre los grupos no son significativas ($\chi^2 = 4.98$).

En la tabla No. 2 se analiza la relación entre el nivel de conocimiento y existencia de material educativo; las diferencias entre los grupos nos son significativas ($\chi^2 = 1.28$) (con 4.g.1.); tampoco se encontraron diferencias significativas entre las supervisiones recibidas y el nivel de conocimiento y registro de actividades (tab.4) entre antigüedad en el servicio y nivel de conocimiento (tab.5).

La (tab.6) analiza la situación entre el entrenamiento recibido y el nivel de conocimiento; se observa que el 47% de las auxiliares que recibieron un entrenamiento adecuado presenta un nivel de conocimiento bueno en comparación con el 40% de las que recibieron un entrenamiento parcialmente adecuado y el 25% de las que recibieron un entrenamiento inadecuado ($\chi^2 = 8.26$ con 4.g.1.) $P = 0.01$

La tabla 7 analiza la relación entre nivel de conocimiento y equipamiento, observandose que a mejor conocimiento un mejor equipamiento aunque la diferencia no sea estadísticamente significativa, ($\chi^2 = 4.03$ con 4.g.1.).

IX. - ANALISIS

La distribución de las URO en los establecimientos de diferente nivel revela un incremento en la infraestructura que permitió mayor accesibilidad del servicio a través de su acercamiento a la población, de acuerdo a los principios de la atención primaria de salud. Sin embargo persisten dificultades en cuanto al equipamiento de las unidades como se evidenció en el cuadro 2. El hecho que algunos items no aparecen en cantidad adecuada en ninguna URO refleja que las normas no responden a las necesidades reales y que las unidades inmersas en la situación de escasez y crisis económica se adaptaron a funcionar con recursos limitados. Sería útil verificar los procedimientos que se emplean para evaluar las consecuencias de faltas de algunos items y comprobar la validéz actual de las normas. Por ejemplo es posible que algunas URO puedan funcionar adecuadamente con 5 vasos en lugar de 10 normados o con 10 biberones en lugar de 50. Sin embargo, la falta de algunos equipos no permite el tratamiento adecuado de los niños (balanza especialmente). Otro aspecto a analizar es el hecho, que la falta de recursos materiales puede ser producto, bien de un mal manejo de los mismos a nivel de la unidad o de una mala redistribución por parte de la región. En cuanto a la dotación de equipo, es posible que en algunos casos la distribución real tome en cuenta diferentes necesidades de cada URO por diferentes movimientos que se da de pacientes, pero consideramos que en ningún caso se debe privar una Unidad de los recursos mínimos necesarios para el cumplimiento de su función. El hecho que algunas URO poseen 2 balanzas en cuanto que otras no tienen, nos reflejan un control insuficiente sobre este recurso.

La ausencia de SRO en (21%) de las unidades en el momento de la encuesta es grave y contradice las normas y los principios de lucha contra la diarrea, la declaración por parte de las auxiliares que "nunca faltó el SRO" en 38 URO demuestra que en por lo menos 5 de ellas la auxiliar desconocía la falta de este recurso.

Si bien es cierto que los SRO se pueden conseguir en las farmacias, la entrega directa a las madres ofrece mayor garantía y debe ser implementada. (c. 3 y 4).

La eficacia del tratamiento con SRO se logra a través de un inicio precoz del tratamiento y la administración de cantidades adecuadas durante todo el período de duración del episodio diarréico. Por lo tanto se recomienda a las madres acudir lo más pronto posible a la URO más cercana y mantener algunos sobres de SRO en la casa para iniciar la rehidratación a domicilio. La entrega de 1 ó 2 sobres solamente, no facilita el cumplimiento de estas recomendaciones y puede contribuir al fracaso del tratamiento. Si la intención al momento de entregar una cantidad tan limitada de SRO es garantizar el regreso de la madre en el caso que persista la deshidratación, se debería insistir sobre este aspecto en la educación de la madre. Sin embargo esta recomendación no se hace en la mitad de las URO (ver cuadro 21 y cuadro 5).

En cuanto a la existencia de útiles y formularios se observa que el 50% de las URO posee rotafolio, folletos, fichas y normas (c.6), aún se observa que solamente el 26% de las URO en puestos de salud poseen normas. Si tomamos en cuenta que en este nivel de la URO está a cargo de personal polivalente que maneja varios programas y trabaja en condiciones de mayor aislamiento y por lo tanto con menor posibilidad de consultarse con personas de más experiencia en casos

de dudas, resulta claro que se debería priorizar a este nivel la distribución de normas y manuales. Sería importante verificar si la causa de esta falta es la distribución de recursos hecha por el nivel regional o el insuficiente cuidado del material en las unidades más periféricas.

La utilización de fichas en la mayoría de las unidades y el alto cumplimiento en el llenado del informe mensual (90% son aspectos positivos que merecen consideración)

En cuanto al personal analizaremos en primer lugar el problema de la antigüedad. Parece deseable que el personal se mantenga en el programa durante un período suficientemente largo para aprender bien todos los aspectos técnicos y administrativos, y adquirir experiencia clínica en las diferentes manifestaciones clínicas de la diarrea y niveles de deshidratación y para mejorar su capacidad en relación a la educación de las madres y ganar la confianza de la población que le corresponde. Además, una vez adquiridas estas posibilidades, debería desempeñarse en la URO durante un período suficiente para aprovechar de los conocimientos y experiencias adquiridas en el manejo del niño con diarrea. Sin embargo, analizando el nivel de conocimiento en relación con la antigüedad en el programa no se observa la relación positiva esperada lo que contradice las expectativas expuestas. (ver tab. 5). El hecho que a un mayor período de permanencia en el programa no corresponde un mejor conocimiento de las normas es un resultado preocupante de la investigación. Se podría intentar explicar esta situación, pensando, que la auxiliar de mayor experiencia no necesita conocer las normas porque se puede guiar por su propia experiencia en el diagnóstico y tratamiento apropiado de los niños, es decir, actúan en forma correcta aún sin manejar los conceptos

teóricos contenidos en las normas. Sin embargo, los contenidos de las normas al contrastarse con la práctica reflejan que la práctica diaria que realiza la auxiliar de URO, no obedece a conceptos teóricos enriquecidos en el trabajo diario, sino que obedecen a conceptos que han sido distorsionados por este personal en el desarrollo de sus labores, por lo cual la explicación anterior no nos satisface.

Quedamos por lo tanto con la más inquietante consideración, que la experiencia en el servicio no mejora los conocimientos del personal lo que apunta a diferencias graves en las funciones del aprendizaje y habilidad adquirido en el trabajo a la educación continua, a la supervisión recibida y además de una posible actitud pasiva del personal en este componente en relación al conocimiento y una insuficiente motivación al trabajo.

De hecho esta consideración encuentra soporte en los resultados relativos a supervisión (cuadro 24 y 25 tab. 3), que demuestran que las auxiliares que recibieron más supervisiones no tienen un mejor nivel de conocimiento en comparación con las otras. Si bien es cierto que los supervisores pueden priorizar las auxiliares que presentan más dificultades en el cumplimiento de su trabajo, no podemos aceptar que no se logre elevar el nivel de conocimiento de las normas en este personal. Otro supuesto podría ser que los contenidos de la supervisión no conducen a modificar el nivel de conocimientos.

En cuanto al entrenamiento se observa que la mayoría del personal recibió su entrenamiento en período relativamente reciente (c.10); sin embargo según las declaraciones del personal, 8 auxiliares no re-

cibieron entrenamiento ninguno.

Se puede desconfiar de la certeza de este dato, pero en todo caso indica que si recibieron entrenamiento se olvidaron de haberlo recibido o no le atribuyen la importancia que merece lo que indica una calidad insuficiente del mismo. Los contenidos de entrenamiento priorizan los aspectos técnicos del programa, en comparación con los contenidos propios de la educación sanitaria (alimentación del niño con diarrea, prevención); (ver cuadro 12.)

En este aspecto se refleja la relación entre entrenamiento recibido y nivel de conocimiento (tab.6) y entre conocimiento y actividades de educación sanitaria (tab. 1) y disponibilidad de material educativo (tab. 2).

Existe una asociación positiva entre la calidad del entrenamiento recibido y el nivel de conocimiento de las auxiliares; por otro lado a un mejor nivel de conocimiento no corresponde una mayor práctica educativa.

Esta disociación entre el conocimiento y la práctica educativa es un obstáculo para una buena eficacia del programa; de nada sirve administrar SRO en la URO si la madre regresa a la casa sin la conciencia de la importancia de la rehidratación oral y los conocimientos necesarios para aplicarla y evaluar el resultado. Estos elementos juntos con la poca insistencia sobre la necesidad que el niño regrese a la URO en caso de no mejorar (cuadro 21) pueden tener consecuencias graves sobre el éxito del tratamiento.

La mortalidad infantil por diarrea es una de las primeras causas de muerte entre las 10 principales causas

de muerte en la región, este hecho nos indica que el niño que llega al hospital con diarrea lleva grados severos de deshidratación, por lo que se infiere que existe un poco conocimiento de parte de la madre, sobre el manejo y tratamiento de la diarrea.

Estos resultados evidencian la importancia de una revisión de los currículum de formación del personal de las URO con relación a los contenidos relacionados con la educación popular en salud.

Las normas técnicas para el manejo del niño con diarrea son conocidas por la mayoría de las auxiliares (c.13-16) sin embargo, normas esenciales como las que conciernen al cálculo de líquidos, la preparación y el uso del SRO deberían ser conocidas por todo el personal de las URO. No hay estudio sobre la práctica de la rehidratación; como se está realizando en el terreno, ni sobre la eficacia de ésta en la rehidratación de los niños. Se han realizado varias investigaciones sobre las URO, pero en ningún caso se ha evaluado el proceso de atención y su eficacia.

X.- CONCLUSIONES

- 1.- Las URO de la Región III de Salud al momento en que se realiza la investigación (Enero 1985) presentaban dificultades en relación a la disponibilidad de recursos materiales, formación del personal y algunos aspectos de su funcionamiento.
- 2.- A nivel de unidades en la región encontramos que las URO se encuentran mal equipadas y una ubicación inadecuada a lo interno de cada unidad, lo que no permite que se de una aceptación por parte de las madres para que se de una permanencia en las mismas.
- 3.- En cuanto a recursos se evidencian diferencias importantes entre lo que está previsto por las normas y lo que está realmente disponible en las unidades de cada nivel, siendo la situación más grave para las URO situadas en puestos de salud. El déficit incluye todos los items considerados en las normas incluidas los que son esenciales para la ejecución del programa. Hay que considerar la posibilidad que las normas sobre estimen las necesidades reales de algunos items.
- 4.- La formación del personal resulta ser insuficiente y parece más orientado hacia el aprendizaje de normas técnicas que hacia los aspectos de educación sanitaria que son igualmente importantes, la eficacia del programa.
- 5.- El entrenamiento recibido por las auxiliares tienen una buena relación con su nivel de conocimientos, en cuanto a las supervisiones no parecen contribuir a la formación del personal que las recibe. El conocimiento del personal tampoco está relacionado con su antigüedad en el servicio lo que revela la ausencia de

de aprendizaje en el trabajo.

- 6.- *No hay conjugación entre un buen nivel de conocimiento y el cumplimiento de las actividades de educación sanitaria lo que es un obstáculo para la eficacia del programa.*

- 7.- *Que no existe por parte del personal de enfermería, ni el personal de salud, la debida promoción para el uso de las unidades de Rehidratación por la población.*

XI.- RECOMENDACIONES

- 1.- Revisar las normas sobre dotación de recursos para las URO, a fin de establecer la dotación de equipo adecuado.
- 2.- Entregar una copia de las normas a todas las URO que no la poseen, estableciendo un adecuado control para su implementación y uso.
- 3.- Mantener un sistema de información que permita conocer la situación de abastecimiento material en cada URO i
- 4.- Establecer los mecanismos administrativos correspondientes para mejorar el abastecimiento de SRO en las URO.
- 5.- Revisar los planes de estudio del personal de salud para dar más énfasis a los aspectos de educación sanitaria.
- 6.- Realizar actividades de Educación Continua con el personal que está trabajando en las URO para adecuar su formación a las necesidades. Con énfasis en la educación sanitaria.
- 7.- Revisar é implementar un sistema de control y ayuda que permita reforzar la función de adiestramiento y capacitación del personal.
- 8.- Elaborar é implementar nuevas metodologías docentes para que el personal en servicio siga mejorando su nivel de conocimiento durante el desempeño de sus funciones.
- 9.- Evaluar la eficacia de las URO en relación con la rehidratación de los niños y la prevención de complicaciones de la EDA.

XII.- RESUMEN

Las enfermedades diarréicas constituyen uno de los principales problemas de la salud pública en los países subdesarrollados, representando una de las primeras causas de enfermedad y muerte de la población infantil.

Esta enfermedad es la más común en nuestro medio, ignorándose la morbilidad real pues no es una enfermedad de declaración obligatoria por lo que la información más consistente que se posee son los egresos hospitalarios.

La diarrea en Nicaragua constituye uno de los principales causas de muerte y ocupa el primer lugar entre las 10 primeras causas de muerte del país.

La rehidratación dirigida, constituye uno de los grandes éxitos de la terapia moderna, por cuanto ha cambiado radicalmente el pronóstico de una de las complicaciones más graves que puede padecer el niño con diarrea, la Deshidratación.

El programa de rehidratación oral ha hecho posible disminuir sensiblemente la mortalidad por deshidratación.

Consciente de que una atención rápida y efectiva solo puede brindarse cuando se conoce las normas técnicas administrativas, las unidades cuentan con el equipamiento necesario y el nivel de educación sanitaria a los familiares es aceptable, nos planteamos conocer ciertas características de funcionamiento de las unidades de URO, a fin de tener una visión del estado actual de las URO.

Para operativizar el estudio elaboramos instrumentos

para conocer aspectos del funcionamiento de las URO en cuanto a Recursos Humanos, capacitación del mismo, dotación de materiales y equipos, así como educación en salud a familiares de niños diarréicos que acuden en demanda de atención.

Los resultados revelaron:

- 1) Que solamente 42 URO estaban funcionando ubicadas 2 en hospitales, 17 en Centros de Salud y 23 en Puestos de Salud.
- 2) Que de 15 artículos previstos en Normas para cada unidad, solo 3 de estos existen en cantidad suficiente a Nivel de Región, y a Nivel de cada URO, el déficit es mayor, ya que no existe URO que esté totalmente equipada con los artículos que contempla la Norma. El 9.5% de las URO presentaron falta de SRO la dotación de normas apenas alcanza un 26% en Puestos de Salud siendo estos porcentajes más altos a nivel de Centros de Salud y Hospitales.

El 40% de las auxiliares que trabajan en el programa tiene menos de 1 año de laborar recibiendo entrenamiento con duración inferior a una semana con una orientación dirigida a la técnica de administración del suero.

En relación a la Educación Sanitaria, el 97% de las auxiliares declaran dar charlas, siendo la charla individual la más frecuente (45.2) en los Puestos de Salud y colectiva (52.3) a nivel de Centros de Salud.

En cuanto a la relación del nivel de conocimiento de las auxiliares y su comportamiento en cuanto a las charlas, solo el 25% de las auxiliares con buen nivel de conocimiento actúan de forma satisfactoria.

La relación entre el nivel de conocimiento y existencia de material encontramos que existe diferencia significativa así como también no existe diferencia significativa entre las supervisiones recibidas y el nivel de conocimiento del personal.

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento y el equipamiento, existe una relación directa a mejor conocimiento mejor equipamiento.

Las conclusiones están alrededor de: Que las URO de la Región se encuentran mal equipadas y con una ubicación inadecuada en cada unidad de salud. Que la formación del personal resulta ser insuficiente y parece más orientada hacia el aprendizaje de Normas Técnicas que hacia los aspectos de educación sanitaria elementos igualmente importantes para la eficacia del programa. Además encontramos que el entrenamiento que recibe este personal de enfermería tiene relación con su nivel de conocimiento, no así las supervisiones recibidas, las cuales no parecen contribuir a su formación, lo que crea una actitud de displicencia por parte de este personal para realizar actividades de promoción para el uso de la Unidad de Rehidratación Oral.

Las recomendaciones se dan fundamentalmente:

- 1) Revisión de Normas sobre la dotación de recursos a fin de establecer la dotación adecuada.
- 2) Revisión de Planes de estudios y de educación colectiva para adecuar su contenido a las necesidades con énfasis en la educación sanitaria.

- 3) *Revisión o implementación de un sistema de control y ayuda que permita reforzar la función de adiestramiento y capacitación del personal.*

- 4) *Evaluar la eficacia de la URO en relación con la Rehidratación de los niños y la prevención de las complicaciones de las Enfermedades Diarréicas Agudas.*

XIII.- BIBLIOGRAFIA

- Referencia Bibliográfica

- 1.- SORJANO H. MACAYA F. Síndrome Diarréico Agudo. Libro de Pediatría Meneghillo, vol. 11 pág.278 Chile 1970.
- 2.- PUFFER R.R. SORRANO, C.V. Características de la Mortalidad en la niñez. Publicaciones científicas de la OPS No.262 Washington D.C. 1975.
- 3.- NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD Sistema Nacional Unico de Salud, 3 años de Revolución. 1979-1982
- 4.- MARCO TEORICO PARA EL ANALISIS DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD Dr. Francisco Mercado Calderón.
- 5.- EPIDEMIOLOGIA, Colectivo de Autores, Editoriať 06, René Meneses 1983 Cuba.
- 6.- K. MARX "EL CAPITAN" Edición Siglo XXI México 1975 Tomo 1 Pág. 215.
- 7.- NOTAS SOBRE EL ESTADO Y LA SALUD EN VENEZUELA, Pedro Luis Castellanos (C.E.V.E.S.)
- 8.- POLITICAS DE SALUD (P.L.C.)
- 9.- NICARAGUA, Ministerio de Salud Politicas y Limitaciones, 2da. Edición Pag. 21-23 1980
- 10.- NICARAGUA, Ministerio de Salud. División Nacional de Atención Médica, Area Materno Infantil. Estudio sobre enfermedades diarreicas en la Región II y VI 1982

- 11.- NICARAGUA, Ministerio de Salud. El Sistema Nacional Unico de Salud de Tres Años de Revolución 1979-1982. Año de la Unidad Frente a la Agresión.
- 12.- ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1986 OPS/OMS
- 13.- ETOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS (Investigación) División Nacional de Atención Médica, Ministerio de Salud.
- 14.- REHIDRATACION ORAL DE ATENCION PRIMARIA COMO INDICAR LA REHIDRATACION ORAL. Dr. Arturo Romero, Epidemiología OPS/OMS Area 111.
- 15.- CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS, Junio 1985 Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.
- 16.- DOCUMENTO MINSA (Normas Materno-Infantil 1980)
- 17.- DOCUMENTO MINSA, No. 112 Rehidratación Oral, 3 años de experiencia 1983

- Bibliografía Consultada

- 1.- Dr. Carlos Enrique Beteta M, Dr. Ricardo Augusto Blanco y Dr. Jorge Tulio Rodríguez S. Síndrome Diarréico Agudo en la Infancia. Guatemala, C. A. BBR. 1976.
- 2.- Cuba. Revista de Higiene y Epidemiología #19, 281, Julio Septiembre 1981.
- 3.- Nelson, Baughan, McKay, Tratado de Pediatría, Salvat, Tomo I Séptima Edición.
- 4.- Kampe, Silver O' BRIER, Current, Pediatric Diagnosis Treatment, Lange Medical Publications, Los Altos California, 1980.
- 5.- O.P.S. Terapia de Rehidratación Oral: Una bibliografía anotada, publicación científica No. 445, segunda edición, 1983.
- 6.- Revista de Salud e Higiene Pública, años LV mes Nov.-Dic. No. 11-12, 1981
- 7.- CSUCA. Revista Centroamericana de Ciencias de la salud. No. 17, Sept. - Dic., 1980.
- 8.- O.P.S. Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. Publicación Científica, No. 461, 1984.
- 9.- O.M.S. Crónica. Lucha contra las enfermedades diarreicas, Vol. 32, No. 10.

- 10.- *Nicaragua, Ministerio de Salud. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES). Teoría de la Administración Recopilación Bibliográfica, Organización, Capote MIR R. 1983.*
- 11.- *H. SAN MARTIN, SALUD ENFERMEDAD 3ra. Edición, Editorial "La Prensa Médica Mexicana", México 1975.*
- 12.- *ORDWAY, N. Y. Las Enfermedades Diarréicas y su Control, Bol. of San Pan. 50:323-357 1961.*

ANEXO 2

CUADRO No.19

CONTENIDO DE LAS CHARLAS IMPARTIDAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS URO
DE LA REGION III, SEGUN ESTABLECIMIENTO
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	* CONTENIDO DE CHARLAS									
	0	%	1	%	2	%	3	%	TOTAL	%
Hospital	00	0	0	0	1	50	1	50	2	100
Centro de Salud	2	11.7	2	11.8	12	70.6	1	5.9	17	100
Puesto de Salud	2	8.6	5	21.7	12	52	4	17.3	23	100
TOTAL	4	9.5	7	16.7	25	59.5	6	14.3	42	100

* Número de contenidos incluidos en las charlas

CUADRO No. 20

EXPLICACION A FAMILIARES SOBRE PREVENCION DE LA DIARREA SEGUN TIPO DE
ESTABLECIMIENTO REGION III
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	EXPLICACION SOBRE PREVENCION DE DIARREA					
	SI		NO		TOTAL	%
No.	%	No.	%			
Hospital	2	100	-	-	2	100
Centro de Salud	17	100	-	-	17	100
Puesto de Salud	22	95.6	1	4.4	23	100
TOTAL	41	97.6	1	2.4	42	100

CUADRO No. 21

ORIENTACIONES IMPARTIDAS A LA MADRE EN LA URO SOBRE EL MANTENIMIENTO DEL NIÑO EN LA CASA, SEGUN ESTABLECIMIENTO DE LA REGION III
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	O R I E N T A C I O N E S								TOTAL
	CONTINUAR DAN- DO EL SUERO		PREPARACION Y USO DEL SUERO		ALIMENTACION		EN CASO DE NO MEJORAR TRAER A LA URO		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Hospital	2	100	2	-	2	100	1	50	2
Centro de Salud	16	94.1	15	88.2	12	70.5	10	58.8	17
Puesto de Salud	21	91.3	17	73.9	15	65.2	11	47.8	23
TOTAL	39	92.8	34	80.9	29	69	22	52.3	42

-84-

CUADRO No.22

ORIENTACION EN LAS URO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL NUMERO DE ALIMENTOS
 QUE DEBE RECIBIR EL NIÑO DIARREICO REGION III
 ENERO- 1985

ESTABLECIMIENTO	ORIENTACION IMPARTIDA SOBRE ALIMENTACION										TOTAL			
	0		1		2		3		4				5	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hospital	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	2	100
Centro de Salud	1	5.8	1	5.8	5	29.4	5	29.4	2	11.7	3	17.6	17	100
Puesto de Salud	0	0	3	13	8	34.7	8	34.7	2	8.6	2	8.6	23	100
TOTAL	1	2.4	4	9.52	14	33.3	13	31	4	9.5	6	14.2	42	100

CUADRO No. 23

RECEPCION DE SUPERVISION POR ESTABLECIMIENTO DE LA REGION III
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	SUPERVISION					TOTAL		
	No.	SI	%	No.	No	%	No.	%
Hospital	2		100	-		-	2	100
Centro de Salud	13		76.5	4		23.5	17	100
Puesto de Salud	18		78.2	5		21.8	23	100
TOTAL	33		78.6	9		21.4	42	100

CUADRO No. 24

FRECUENCIA DE SUPERVISION DEL NIVEL SUPERIOR A LAS URO POR ESTABLECIMIENTO
DE LA REGION III- ENERO 1985

ESTABLECIMIENTO	CADA SEMANA		CADA 2 SEMANAS		CADA MES		CADA 2 MESES		CADA 3 MESES		2 VECES AL AÑO		1 VES AL AÑO		OTRO		SIN INFORMACION		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Hospital	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100
Centro de Salud	5	29.4	1.	5.9	4	23.5	1	5.9	1	5.9	-	-	-	-	1	5.9	4	23.5	17	100	
Puesto de Salud	1	4.34	2	8.69	5	21.7	2	8.7	3	13.05	3	13.05	2	8.69	-	-	5	21.74	23	100	
TOTAL	8	19.0	3	7.14	9	21.4	3	7.14	4	9.53	3	7.14	2	4.7	1	2.38	9	21.4	42	100	

CUADRO No. 25

PERSONAL QUE SUPERVISA LAS URO SEGUN ESTABLECIMIENTO REGION III
ENERO-1985

ESTABLECIMIENTO	CARGO DE PERSONAL									
	JEFE AREA		ENF. REG.		OTRO		SIN INFORM		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hospitales	2	100	-	-	-	-	-	-	2	100
Centro de Salud	10	58.8	2	11.7	1	5.9	4	23.6	17	100
Puesto de Salud	16	69.5	1	4.3	-	-	6	26	23	100
TOTAL	28	66.6	3	7.1	1	2.3	10	23.8	42	100

XIV.- A N E X O S

A N E X O - 1 -

CUADRO No. 1

NUMERO DE URO EN LA REGION III SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO
Y ESTADO DE ACTIVIDAD
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	No. UNIDADES		TOTAL
	ACTIVAS	INACTIVAS	
Hospitales	2	-	2
Centros de Salud	17	-	17
Puestos de Salud	23	9	32
TOTAL REGION	42	9	51

Fuente: Datos Primarios Recolectados por autores

CUADRO No. 2
EXISTENCIA DE EQUIPO Y MOBILIARIO DE LAS URO ESTUDIADOS
SEGUN NORMAS DEL PROGRAMA, MINSA REGION III
ENERO -1985

ITEM	No. URO CON DOTACION INSUF	No. TOTAL DEL REC. EN LA REG.	No. DEL RECURSO EN LA REG. QUE DEBERIA EXISTIR SEGUN NORMAS	DEFICIT A NIVEL REGIONAL
<u>A) MOBILIARIO</u>				
Cunas	23	53	42	No
Colchones	27	52	42	No
Banca	7	53	42	No
<u>B) EQUIPO</u>				
Cocina	13	30	42	12
Olla 16'	10	36	42	6
Olla 8'	32	46	84	38
Biberón	42	166	2,100	1,934
Vasos plást.	41	67	420	353
Cucharas plast	42	12	420	408
Pires	21	30	42	12
Bañera plast.	27	22	42	20
Balanzas	6	38	42	4
Jeringas	42	27	168	141
Escobilla p/bot	36	31	84	53
Escob. p/mamad	40	38	84	46

- 65 -

CUADRO No. 3

AUSENCIA DE SOBRES DE SALES DE REHIDRATACION ORAL EN URO
SEGUN ESTABLECIMIENTO REG. III

ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	AUSENCIA DE SUERO					
	ALGUNAS VECES		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hospitales	-	-	1	100	2	100
Centro de Salud	1	5.9	16	94.1	17	100
Puesto de Salud	3	130	20	86.9	23	100
TOTAL	4	9.5	38	90.5	42	100

CUADRO No. 4

CANTIDAD DE SOBRES DE SRO PRESENTES EN LAS URO SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO AL MOMENTO DE LA ENCUESTRA REGION III
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	SOBRES DE SALES DE REHIDRATAACION ORAL					%
	0	1 - 25	26-50	51 y +	TOTAL	
Hospitales	0	1 (50)	0	1 (50)	2	100
Centros de Salud	3 (17.6)	7 (41)	6 (35.2)	1 (5.8)	17	100
Puestos de Salud	6 (26)	10 (43.4)	2 (8.6)	5 (21.7)	23	100
TOTAL	9 (21.4)	18 (42.8)	8 (19)	7 (16.6)	42	100

CUADRO No. 5

NUMERO DE S.R.O. PROPORCIONADOS A PACIENTES PARA USO EN CASA
 SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO REGION III
 ENERO -1985

ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE SOBRES PROPORCIONADOS A PACIENTES							
	No.	%	No.	%	No.	%	TOTAL	%
	1		2		3			
Hospitales	1	50%	1	50%	-	-	2	100
Centro de Salud	3	17.6%	12	70.5%	2	11.8	17	100
Puesto de Salud	3	13	17	73.9	3	13	23	100
TOTAL	7	16.6	30	71.4	5	11.9	42	100

CUADRO No. 6
 EXISTENCIA DE UTILES Y FORMULARIOS EN LA URO SEGUN TIPO DE
 ESTABLECIMIENTO REG. III
 ENERO -1985

ESTABLECIMIENT	No. DE URO	PORCENTAJE DEL URO QUE TIENEN EL ITEM				
		ROTAFOL	FOLLETO	FICHAS	NORMAS	CALENDARIO
		%	%	%	%	%
Hospitales	2	100	100	50	100	100
Centro de S.	17	100	58.8	100	82.3	29.4
Puesto de S.	23	52.5	39.1	60.8	26.1	34.8
TOTAL	42	73.8	50	76.2	52.4	35.7

-69-
20

CUADRO No. 7

USO DE FICHAS DE REHIDRATAÇON ORAL SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO
DE LA REGION III
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	USO DE FICHAS DE URO					
	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%		%
Hospital	1	50.0	1	50.0	2	100
Areas de Salud	17	100.0	0	-	17	100
Puestos de Salud	12	52.2	11	47.8	23	100
TOTAL REGIONAL	30	71.4	12	28.5	42	100

CUADRO No. 8

LLENADO DE INFORME MENSUAL EN URO SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO
DE LA REGION III
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	LLENADO DE INFORME					
	SI		NO		TOTAL	%
No.	%	No.	%			
Hospitales	2	100	0	0	2	100
Centro de Salud	17	100	0	0	17	100
Puesto de Salud	19	82.6	4	17.3	23	100
TOTAL REGIONAL	38	90.5	4	9.5	42	100

CUADRO No. 9
PERSONAL EN LAS URO SEGUN ESTABLECIMIENTO Y ANTIGUEDAD REGION III
ENERO -1985

ESTABLECIMIENTO	T I E M P O D E T R A B A J A R													
	<1 MES		<1 AÑO		1 AÑO		2 AÑOS		3 AÑO		4 AÑOS+		TOTAL	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	Nó.				
Hospital	1	50	0	0	0	0	0	0	0	1	50	2	100	
Centro de Salud	2	11.7	8	47.1	3	17.6	4	23.5	0	0	0	17	100	
Puesto de Salud	1	4.3	5	21.7	5	21.7	4	17.4	3	32.7	5	21.7	23	100
TOTAL	4	9.5	13	30.08	8	19.1	8	19.4	3	21.4	6	14.2	42	100

CUADRO No.10

AÑO EN QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA RECIBIO SU ENTRENAMIENTO
 SOBRE MANEJO DE LAS URO SEGUN ESTABLECIMIENTO R-III
 ENERO-1985

ESTABLECIMIENTO	A Ñ O S						NO ENTRENADO	TOTAL
	79	80	81	82	83	84		
Hospital	-	1	0	0	0	1	0	2
Centro de Salud	-	0	2	0	1	7	7	17
Puesto de Salud	2	1	1	5	5	8	1	23
TOTAL	2	2	3	5	6	16	8	42

CUADRO No.11

DURACION DEL ENTRENAMIENTO RECIBIDO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
ASIGNADO A LAS URO, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE LA
REGION III
ENERO-1985

ESTABLECIMIENTO	DURACION DEL ENTRENAMIENTO				TOTAL
	<1 DIA	<1 SEMANA	1 MES	OTROS	
Hospitales	0	0	1	1	2
Centro de Salud	0	11	2	4	17
Puesto de Salud	2	14	4	3	23
TOTAL	2	25	7	8	42

CUADRO No. 12

CONOCIMIENTO RECIBIDOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DURANTE EL
ENTRENAMIENTO REGION III
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	No. DE PERS. DE ENFERME- RIA	% QUE RECIBIO EN ENTRENAMIENTO SOBRE ADMINISTRACION DE S.R.O.	% QUE RECIBIO EN ENTRENAMIENTO SOBRE ALI- MENTACION DEL NIÑO CON DIARREA	% QUE RECIBIO ENTRENAMIENTO SOBRE PREVEN- CION DE DIARREA
Hospital	2	100	100	100
Centro de Salud	17	58.2	52.9	35.2
Puesto de Salud	23	95.6	47.8	60.8
TOTAL	42	80.9	52.3	52.3

CUATRO No. 13

CONOCIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA EL CALCULO
DE PERDIDA DE LIQUIDOS EN NIÑOS DESHIDRATADOS EN LAS URO,
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO REGION III
ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	CONOCIMIENTO PARA CALCULO DE LIQUIDOS					
	SABE	%	NO SABE	%	TOTAL	%
Hospital	2	100	--	-	2	100
Centro de Salud	15	88.3	2	11.7	17	100
Puesto de Salud	14	60.8	9	39.2	23	100
TOTAL	31	74	11	26	42	100

CUADRO No.14

ELEMENTOS CONOCIDOS DEL PROCESO DE PREPARACION Y USO DE SALES ORALES
 POR ENFERMERIA, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO REGION III
 ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE ELEMENTOS							
	1		2-3		4-5		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hospital	-	-	1	50	1	50	2	100
Centro de Salud	1	5.8	6	35.2	10	58.8	17	100
Puesto de Salud	-	-	6	26	17	73.9	23	100
TOTAL	1	2.3	13	30.9	28	66.6	42	100

13
-77-

CUADRO No.15

CRITERIOS USADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA DAR ALTAS DE LAS URO
SEGUN ESTABLECIMIENTO DE LA REGION III

ENERO - 1985

ESTABLECIMIENTO	No. DE PERSONAL DE ENFERMERIA	CRITERIOS UTILIZADOS		
		TOLERANCIA AL SUERO %	ESTADO DE HIDRATACION %	VALORACION MEDICA %
Hospital	2	0	100	50
Centro de Salud	17	58.8	100	52.9
Puesto de Salud	23	78.3	95.7	48.5
TOTAL	42	67.0	97.6	47.6

CUADRO No. 16

PERSONAL DE ENFERMERIA QUE CONOCE LOS SIGNOS DE DESHIDRATAACION,
 REGION III
 ENERO -1985

SIGNOS DE DESHIDRATAACION	#42 C O N O C E (%)
PULSO RAPIDO DEBIL	26.1
RESPIRACION PROFUNDA	26.1
FONTANELA UNDIDA	90.4
PLIEGUE DE LA PIEL	83.3
OJOS UNDIDOS	88.
LAGREMAS AUSENTE	76.1
MUCOSAS SECAS	88
DISMINUCION DE ORINA	59.5
INQUIETUD	54.8
SED	31

CUADRO No.17

TIPO DE CHARLAS IMPARTIDAS POR PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS URO
DE LA REGION III, SEGUN ESTABLECIMIENTO,
ENERO -1985

ESTABLECIMIENTO	CHARLAS IMPARTIDAS				TOTAL	%	
	INDIVIDUAL		COLECTIVA	NO DAN CHARLA			
Hospital	0	-	2	100	-	2	100
Centro de Salud	5	29.4	12	70.6	-	17	100
Puesto de Salud	14	60.9	8	34.8	4.3	23	100
TOTAL	19	45.2	22	52.3	2.4	42	100

CUADRO No.18

FRECUENCIA DE CHARLAS IMPARTIDAS POR PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS URO DE LA REGION III, SEGUN ESTABLECIMIENTO

ENERO-1985

ESTABLECIMIENTO	C H A R L A S											
	2 DIARIO		1 DIARIO		2 VECES X		1 VEZ X		OTRA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hospital	1	50	1	50	-		-		-		2	100
Centro de Salud	2	11.8	10	58.8	-		2	11.8	3	17.6	17	100
Puesto de Salud	1	4.4	11	47.8	4	17.4	2	8.7	5	21.7	23	100
TOTAL	4	9.5	22	52.4	4	9.5	4	9.5	8	19.1	42	100

RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA CON LA
CALIDAD DE CHARLAS IMPARTIDAS EN LAS UROS
REGION III, ENERO 1985

NIVEL DE CONOCIMIENTO	C H A R L A S						TOTAL	%
	SATISFACTORIA		PARCIALMENTE SATISF.		INSATISFACT.			
	No.	%	No.	%	No.	%		
BUENO	4	25	11	68.7	1	6.2	16	100
REGULAR	6	35.2	11	64.7	0	0	17	100
MALO	3	33.3	4	44.4	2	22.2	9	100
T O T A L	13	30.9	26	61.%	3	71	42	100

$\chi^2 = 4.98$ N.S

RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA CON LA
 CALIDAD DE CHARLAS IMPARTIDAS EN LAS UROS
 REGION III, ENERO 1985

NIVEL DE CONOCIMIENTO	C H A R L A S							
	SATISFACTORIA		PARCIALMENTE SATISF.		INSATISFACT.		TOTAL	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
BUENO	4	25	11	68.7	1	6.2	16	100
REGULAR	6	35.2	11	64.7	0	0	17	100
MALO	3	33.3	4	44.4	2	22.2	9	100
T O T A L	13	30.9	26	61.7	3	7.1	42	100

$$\chi^2 = 4.98 \text{ N.S}$$

RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EXISTENCIA DEL MATERIAL
 EDUCATIVO EN URO REGION III
 ENERO - 1985

NIVEL DE CONOCIMIENTO	MATERIAL EDUCATIVO							
	EXISTENCIA TOTAL		EXISTENCIA PARCIAL		NO EXISTE		TOTAL	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
BUENO	7	43.7	4	25	5	31.2	16	100
REGULAR	7	41.1	4	23.5	6	35.2	17	100
MALO	2	22.2	3	33.3	4	44.4	9	100
T O T A L	16	38.1	11	26.2	15	35.7	42	100

$$X^2 = 1.28 \text{ N.S.}$$

RELACION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO CON LA SUPERVISION RECIBIDA
EN LAS URO REGION III
ENERO - 1985

SUPERVISION	NIVEL DE CONOCIMIENTO						
	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	
ACEPTABLE	8	38	7	33	6	28	21
PARCIALMENTE ACEPTABLE	3	43	4	57	-	-	7
NO ACEPTABLE	5	36	6	43	3	21	14
	16	38	17	40	9	21	42

$$\chi^2 = 2.82 \text{ N.S.}$$

RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON REGISTRO DE ACTIVIDADES

EN LAS URO DE LA REGION III

ENERO - 1985

NIVEL DE CONOCIMIENTO	REGISTRO DE ACTIVIDADES						TOTAL	%
	ADECUADO		PARCIALMENTE ADECUADO		INADECUADO			
	No.	%	No.	%	No.	%		
BUENO	9	56.2	5	31.2	2	12.5	16	100
REGULAR	12	70.5	3	17.6	2	11.7	17	100
MALO	5	55.5	-	-	4	44.4	9	100
T O T A L	26	61.9	8	19	8	19	42	100

$$\chi^2 = 7.21 \text{ N.S.}$$

RELACION DE ANTIGUEDAD CON NIVEL DE CONOCIMIENTO
 DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS URO DE LA
 REGION III
 ENERO - 1985

ANTIGUEDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
<1 MES	2	50	2	50	0	-	4	100
1 a 11 MESES	5	38	6	46	2	15	13	100
1 a 2 AÑOS	6	40	5	33	4	27	15	100
3 Y MAS	3	30	4	40	3	30	10	100
T O T A L	16	38	17	40	9	21	42	100

$$X^2 = 2.33 \text{ N.S}$$

RELACION DEL ENTRENAMIENTO RECIBIDO CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL
PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS URO
REGION III
ENERO - 1985

ENTRENAMIENTO	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	%
	BUENO		REGULAR		MALO			
	No.	%	No.	%	No.	%		
ADECUADO	7	47	6	40	2	13	15	100
PARCIALMENTE ADECUADO	6	40	3	20	6	40	15	100
INADECUADO	3	25	8	67	1	8	12	100
T O T A L	16	38	17	40	9	21	42	100

$$\chi^2 = 8.26 \text{ N.S. (P } < 0.1 \text{)}$$

RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, CON EL
EQUIPAMIENTO DE LAS URO REGION III
ENERO - 1987

NIVEL DE CONOCIMIENTO	EQUIPAMIENTO						TOTAL	%
	BIEN EQUIPADO		REGULAR EQUIPADO		MAL EQUIPADO			
	No.	%	No.	%	No.	%		
BUENO	10	62.5	5	31.2	1	6.25	16	100
REGULAR	7	41.1	8	47	2	11.7	17	100
MALO	2	22.2	6	66.6	1	11.1	9	100
T O T A L	19	45.2	19	45.2	4	9.5	42	100

$$X^2 = 4.08 \quad N.S.$$

ANEXO 3

LISTA DE URO CON SUS CODIGOS

<u>CODIGO</u>	<u>NOMBRE DE LA U.R.O.</u>
1	Hospital Fernando Vélez Páiz
2	Hospital Manuel de Jesús Rivera
3	C/S Ciudad Sandino
4	C/S Héroes y Mártires 19 de Julio
5	C/S Sócrates Flores
6	C/S Niños y Mártires de Ayapal
7	C/S Edgar Lang
8	C/S Francisco Buitrago
9	C/S Pedro Altamirano
10	C/S Carlos Rugama
11	C/S Silvia Ferrufino
12	C/S Héroes y Mártires de Nicaragua
13	C/S El Crucero
14	C/S Tipitapa
15	C/S San Francisco Libre
16	C/S Mateare
17	C/S San Rafael del Sur
18	C/S Ingenio Julio Buitrago
19	C/S Villa Carlos Fonseca Amador
20	P/S Bella Cruz
21	P/S Cristo Obrero
22*	P/S San Isidro de la Cruz Verde

23*	P/S Pochocuape
24	P/S Roberto Clemente
25*	Casa Base
26*	Casa Base
27	P/S Sambrana
28	P/S Mártires 19 de Julio
29	P/S Sabana Grande
30	P/S San Benito
31	P/S Las Maderas
32*	P/S Las Banderas
33*	P/S Mesas de Acicayas
34	P/S San Roque
35	P/S Las Lomas
36	P/S Laurel Galán
37*	P/S San Blas
38*	P/S San Ramón
39	P/S San Cristobal
40	P/S San Pablo
41	P/S Gutiérrez Norte
42	P/S Cementera
43	P/S Masachapa
44	P/S San Cayetano
45	P/S Loma Alegre
46	P/S Navarrete
47	P/S Monte Fresco
48	P/S Samaria

49 *	P/S Nandayosi
50	P/S Los Aburtos
51	P/S El Caimito

* *INACTIVAS*

ANEXO 4

RECURSOS MINIMOS PARA UNIDADES DE REHIDRACION ORAL

MATERIAL Y EQUIPO	DOTACION POR MATERNO INFANTIL
	SEGUN NORMA
<u>I.- Recursos Humanos</u>	
1 Auxiliar de Enfermería	
<u>II.- Local</u>	
Preferiblemente en la consulta externa del Hospital. En el Centro y en el Puesto de Salud	
<u>III.- Mobiliario</u>	
- cunas o camiones	1
- Banca	1
- Colchonetas con plástico	1
<u>IV.- Equipo</u>	
- Cocina	1
- Olla para biberón de 16 litros	1
- Olla para hervir agua y preparar suero 8 litros	2
- Biberones 8 onzas	50
- Mamadera repuesto	100
- Vasos plásticos	10
- Cucharas plásticas	10
- Pyrex de 1 litro	1
- Bañera plástica (tina)	1
- Balanza para niños	1
- Jeringas de 10 m.	4
- Escobilla para limpiar biberón	2
- Escobilla para limpiar mamaderas	2
<u>V.- Sales</u>	
- Paquetes de sales rehidratación	De acuerdo a la población, 2000, 1000 ó 500 sobres.
<u>VI.- Utiles y Formularios</u>	
- Rotafolio	1
- Folletos sobre rehidratación	1 x centro

- Fichas de Rehidratación Oral
- Informe mensual
- Calendario

Según Población

Según Población

1

100

ANEXO 5

Encuesta sobre las Unidades de Rehidratacion Oral (URO)
Nicaragua - 1985

ENTREVISTA CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Region de Salud: III

Area _____

Sector _____

Nombre del Centro, Puesto de Salud ó Hospital _____

Número de Identificación _____

Nombre de la persona entrevistada _____

_____ su cargo _____

Fecha: _____

Entrevistador _____

1. a) Cuánto tiempo tiene Ud. de trabajar en Unidades de -
Rehidratación Oral? (Respuesta solamente una vez)

Menos de un mes _____

Menos de un año _____

1 - 2 años _____

2 - 3 años _____

3 - 4 años _____

4 - 5 años _____

1 2

3 4

5

6 7

- Cada semana _____
- Cada 2 semanas _____
- Cada mes _____
- Cada 2 meses _____
- Cada 3 meses _____
- Dos veces al año _____
- Otro _____

39 40

Quién le supervisa? (Cargo de la supervisora)

No. _____

41

5. Me puede mencionar como explica Ud. a las madres el proceso de la preparación y uso del suero? -
(Anote todo que mencione)

- a) Hierva un litro de agua por 20 minutos _____
- b) Cuando el agua está tibia, vacíe un so
bre en el agua _____
- c) Mezcle la solución _____
- d) Dar el suero al niño en una taza o bibe
rón de acuerdo a su grado de deshidrata
ción _____
- e) Usar el suero preparado solo por 24 ho-
ras, botando después el exceso y prepa-
rando otro el día siguiente _____

Observaciones en las fallas de la explicación:

42

6. Se puede agregar azúcar u otra cosa al suero preparado para mejorar el sabor?

Sí _____: Qué se puede agregar? (Especifique el ingrediente)

43

No _____

7. Conoce Ud. los signos de la deshidratación?

Sí _____

No _____

44

8. Me puede mencionar por lo menos cinco de los signos de la deshidratación? (Anote todos que mencione)

a) Pulso rápido y débil Sí _____ No _____

45

b) Respiración profunda Sí _____ No _____

46

c) Fontanela hundida Sí _____ No _____

47

d) Pliegue de la piel Sí _____ No _____

48

e) Ojos hundidos Sí _____ No _____

49

f) Lágrimas ausentes Sí _____ No _____

50

g) Mucosas secas (Boca seca) Sí _____ No _____

51

h) Disminución de eliminación de orina Sí _____ No _____

52

i) Inquieto Sí _____ No _____

53

j) Con sed Sí _____ No _____

54

9. Cómo calcula Ud, la pérdida de líquidos de los niños deshidratados?

a) Multiplicar el peso del niño por un volumen indicado del líquido. _____ ()

b) Otra respuesta (especifique)

c) Si no sabe, preguntele:

Sabe donde conseguir esta información?

Sí _____: Dónde? De las normas _____

_____ Otro lugar(especifique) _____

No _____

55

10. Para calcular la pérdida de líquidos de un niño - con deshidratación leve, cual es la cantidad de - líquido necesario multiplicada por el peso?

a) 50 ml/kg ó 25 ml/lb _____ ()

b) Otra respuesta (especifique) _____

c) No sabe _____

56

11. Sabe Ud. cuántos sobres ordena el médico para llevar a la casa a cada niño que tenga diarrea? (Anotar solamente una respuesta que sea lo más común)

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

Otra respuesta _____

57

14. Cuál es la alimentación que debe recibir un niño con diarrea? (Anote todos que mencione)

- a) Leche materna y/o leche de tarro (lata) _____
- b) Verduras: Papa, quequiste, ayote, platanano _____
- c) Arroz _____
- d) Guineo _____
- e) Tortillas _____
- f) Galletas _____
- g) Frutas: Naranja, limón, banano _____
- h) Jugos: Agua de arroz, cebada _____
- i) Otra _____

15. Da charlas Ud. a los familiares del niño cuando están en la URO?

Sí _____: La mayoría son charlas: Individuales? _____
Colectivas _____

No _____ (Pase a N° 18)

16. Cuántas charlas programadas da?

- Una diaria _____
- Dos diaria _____
- Una vez por semana _____
- 2 veces por semana _____
- Otra respuesta _____

17. Sobre que son las charlas? (Anote todos que aplican)

- La preparación y uso del suero _____
- La alimentación del niño con diarrea _____

60 61

62

63

La prevención de la diarrea _____
Signos de la deshidratación _____
Otra (especifique) _____

64

18. Cómo llega la mayoría de los pacientes a la URO -
lo más frecuentemente? (Anote solamente una)

- a) Espontaneamente _____
- b) Referido por el médico _____
- c) Captado a través de otro programa del
niño _____
- d) Referido por organismo de masa _____
- e) Otro _____

65

19. Qué condiciones debe tener el niño para darse alta
de la URO?

- a) Tolerancia al suero Sí _____ No _____
- b) Que este rehidratado Sí _____ No _____
- c) Valoración del médico Sí _____ No _____

66

67

20. Que orientación se da a la madre sobre el manteni-
miento del niño diarreico en la casa? (Anote todas
que mencione)

- a) Continuar dando el suero _____
- b) Como preparar y usar el suero _____
- c) Que otros alimentos se puede dar _____
- d) Si sigue con diarrea y/o vómitos
frecuentes traerlo a la URO u hospital _____
- e) Otro (especifique) _____

68

69

21. En su opinión, la mayoría de las madres tiene aceptación al suero?

Sí _____

No _____ : porqué?

Al niño no le gusta el sabor del suero Sí _____ No _____

El suero aumenta la diarrea Sí _____ No _____

Alguien le ha dicho que no es efectivo Sí _____ No _____

Otro (especifique) _____

70

71

72

73

22. Observaciones de la entrevista

Encuesta sobre las Unidades de Rehidratación Oral (URO)
Nicaragua 1985

ENTREVISTA CON LA ENCARGADA DE LA FARMACIA

Región de Salud: III

Area _____

Sector _____

Nombre del Centro, Puesto de Salud u Hospital _____

Numero de Identificación _____

Nombre de la persona entrevistada _____

_____ Su cargo _____

Fecha _____

Entrevistador _____

1. Ud. siempre recibe la cantidad solicitada de sobres de suero?

Sí _____

No _____ : Recibe menos que la solicitada _____

Recibe más que la solicitada _____

2. Ha faltado sobres alguna vez desde el inicio de la URO en este Centro, Puesto u Hospital?

Sí _____ : Por cuánto tiempo los faltaron?

Más que un mes _____

Un mes _____

Una semana _____

Menos que una semana _____

Otro _____

No _____

No sabe _____

1 2

3 4

5

6 7

74

75

Encuesta sobre las Unidades de Rehidratación Oral (URO)
Nicaragua 1985

OBSERVACIONES SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LA URO

Región de Salud: III

Area _____

Sector _____

Nombre del Centro, Puesto de Salud u Hospital _____

Número de Identificación _____

Nombre de la persona entrevistada _____

_____ su cargo _____

Fecha _____

Entrevistador _____

1. Dónde está ubicada la URO en el Centro o Puesto de -
Salud?

a) Accesible de la área de atención integral del ni
ño _____

b) Otra ubicación (especifique) _____

c) No hay URO _____ Porqué? _____

(Si no hay URO, termine la entrevista aquí)

2. Solo en el Hospital: Dónde está ubicada la URO?

a) En la consulta externa Sí _____ No _____

b) Otra ubicación (especifique) _____

c) No hay URO _____ Porqué? _____

(Si no hay URO, termine la entrevista aquí)

1 2

3 4

5

6 7

8

3. Cuánto personal de enfermería trabaja en esta URO?

- a) Número de personal de enfermería _____
- b) Si es Puesto de Salud con solamente una auxiliar de enfermería, anotelo aquí () _____

9 10

4. Equipamiento de la URO:

Mobiliario (Anote el número)

- a) Cunas o camones (1) _____
- b) Colchoneta con plástico (1) _____
- c) Banca (1) _____

Equipo (Anote el número)

- a) Cocinilla (1) _____
- b) Olla de 16 litros - para biberón _____
- c) Olla de 8 litros - para hervir agua (2)) _____
- d) Biberones de 8 onzas (50) _____
- e) Vasos plásticos (10) _____
- f) Cucharas plásticas (10) _____
- g) Pyrex de un litro (1) _____
- h) Bañera plástica-tina (1) _____
- i) Balanza para niños (1) _____
- j) Jeringas de 10 ml (4) _____
- k) Escobilla para limpiar biberón (2) _____
- l) Escobilla para limpiar mamaderas (2) _____
- m) Número de sobres de sales de rehidratación oral (actualmente en la URO) _____
- n) Número de botellas de suero de PEDIALYTE R.S. _____

11 12 13

14 15 16

Útiles y Formularios (Anote si hay-o no hay)

- a) Rotafolio educativo Sí _____ No _____

17

9. Le han hecho falta sobres de suero desde el inicio del programa en la URO?

Generalmente

Algunas veces

Nunca

No recuerda

10. Observaciones adicionales sobre la condición o el mantenimiento de la URO
