

EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS-URO
ACTUALIZADAS PARA TRATAR AL NIÑO CON DIARREA,
POR NIVELES DE RIESGO EN
5 AREAS DE SALUD DE LA REGION III;
CONDICIONES MATERNAS Y SU RELACION CON LA
FRECUENCIA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

T
16
I15
1986
Ej. 1

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: LILLIAM ICAZA ESPINOZA

MINISTERIO DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

Managua, Nicaragua

Octubre, 1986



TUTOR

Dr. Fernando Lazcano Espinosa

ASESOR

Dr. Alberto Ascheiro

AGRADECIMIENTO

Investigaciones como éstas con un "rol operativo" pretenden en forma rápida contribuir en alguna manera a solucionar el problema que se plantea: "Evaluación del Tratamiento del niño con diarrea en Nicaragua, y condiciones maternas y su relación con la frecuencia de EDA".

Para poder realizar ésta investigación fue necesario el concurso de instituciones y personas, a las cuales expreso mi agradecimiento: al Viceministerio de Atención Médica, la Escuela de Bibliotecología de la Universidad Centroamericana (UCA). Y a todas las personas que dieron su valioso aporte, para que ésta investigación alcanzara sus objetivos.

I N D I C E

	Página
I. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA	1
II. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA	12
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	13
1. Objetivo General	
2. Objetivos Específicos	
IV. MARCO TEORICO	14
V. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION	26
VI. VARIABLES	
1. Esquema de las relaciones entre variables	27
2. Definición conceptual de variables	28
3. Operacionalización de variables	30
VII. MATERIAL Y METODOS	42
1. Tipo de estudio	
2. Area de estudio	43
3. Universo y muestra	44
4. Unidad de análisis	46
5. Unidad de observación	46
6. Límites temporales	47

	Página
7. Método e Instrumentos de recolección de datos y características de cada instrumento.	48
8. Procedimiento para Tabulación	49
9. Plan de Análisis	51
VIII. RESULTADOS	
1. Tablas	53
2. Comentarios	58
IX. DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	69
X. CONCLUSIONES	78
XI. RECOMENDACIONES	81
XII. RESUMEN	84
XIII. BIBLIOGRAFIA	88
1. Referencias Bibliográficas	
2. Bibliografía consultada	
XIV ANEXOS	
Anexo 1 : Evaluación del conocimiento de las Normas URO-85 y su valor	94
Anexo 2 : Encuesta a la informante auxiliar de la URO-85	95
Anexo 3 : Guía de observación acerca de la práctica educativa brindada a la madre	99
Anexo 4 : Guía de observación para el Dx y Tratamiento realizado por la auxiliar y/o médico	101
Anexo 5 : Encuesta a la informante madre	103

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En muchos países del mundo en desarrollo la enfermedad diarréica aguda constituye el principal impacto en las estadísticas de mortalidad. Según informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la enfermedad diarréica provoca entre 200 y 500 muertos por 100.00 habitantes en el Norte de Africa y Países del Tercer Mundo; contrastando con los países más desarrollados como Europa del Norte o los Estados Unidos de Norteamérica, con una tasa de mortalidad de 10 por 100.000 habitantes.

En otro informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se afirma que alrededor de 17 millones de niños de 0-5 años murieron el año 82, y 13 millones de ellos nunca llegaron a cumplir un año de vida. Las muertes de los niños representan 1/3 de todas las muertes ocurridas en el mundo; en los países subdesarrollados y pobres más de la mitad de las muertes son de niños; debidas en su mayoría a muy pocas causas: la diarrea, la mal nutrición y la neumonía. (2)

El 68% de las muertes en el Norte de Africa corresponden a niños mientras que en Europa del Norte o en los Estados Unidos de Norteamérica ellos representan solamente del 2 al 3%. Tomando en cuenta que un indicador significativo de la si-

tuación de salud de la infancia en América Latina, es la posibilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad, para 13 países de los que había información, esa probabilidad variaba desde 48 por mil hasta 202 por mil. Como término de comparación en los Estados Unidos la cifra era 21 por mil y en Suecia 16 por mil. Para el conjunto de América Latina se ha estimado que en el presente quinquenio se producirán 1.222.000 muertes de niños al año.

Si las tasas de mortalidad por edad fueron análogas a las de Suecia, ese número sería sólo de 111.000 o sea 11 veces menor. (3)

En América Latina y el Caribe el riesgo de muerte de los niños está incrementado por las insuficiencias del desarrollo económico; según análisis sobre 18 países hay una correlación muy fuerte con el ingreso per cápita; para un PIB de 200 dólares el número de muertes estaría por encima de 150, con un PIB de 1.000 dólares bajaría a un poco más de 60. (4)

El riesgo de muerte de los niños, también está vinculado a la postergación de la población rural, al incremento de la población urbano-marginal, así como a las condiciones impe

rantes en las poblaciones indígenas.

En América Latina el mayor aporte en las estadísticas de mortalidad lo constituye la enfermedad diarréica con tasas de Letalidad y mortalidad considerados como altos. Y específicamente en el área Centroamericana, en que alrededor de 1.400.000 niños de 0-2 años padecen de 2 a 3 episodios de diarrea por año. (5) En Nicaragua, según registros hospitalarios, el problema es de gran trascendencia porque está ocasionando el mayor aporte de muertes del país, y precisamente en el grupo máspreciado como es el de los niños de 0-5 años y dentro de éstos el grupo de 28 días a 11 meses, que es el más vulnerable, en función del riesgo, de sufrir enfermedad complicarse o morir.

Institucionalmente se han desarrollado actividades tendientes a disminuir la morbimortalidad por diarrea. A partir de 1979 a escasos días del triunfo revolucionario, se inicia la implementación del Programa Prevención y Tratamiento de la Diarrea y la Deshidratación con gran apoyo de UNICEF, utilizando el Método de la Rehidratación Oral como tecnología apropiada a las necesidades y condiciones imperantes en el país. (6)

En ésta experiencia se destacan dos etapas: la primera eta

pa, durante los años 80-82 con gran desarrollo de la Terapia de Rehidratación Oral y consultas médicas por causa de diarrea, teniendo como base fundamental el aumento de cobertura de Atención Médica. A la par de esto se logró una disminución notable en la Letalidad Hospitalaria, por diarrea para todos los grupos etáreos, con mayor peso en el grupo de menores de un año; que del primer lugar pasó al tercero como causa de muerte.

La segunda etapa durante los años 83-85, producto de condiciones, internas y externas, que el país ha vivido en su proceso de institucionalización, la enfermedad diarréica vuelve a ocupar el primer lugar en los registros de muertes hospitalarias, condición que desemboca en la actitud de -- "alerta" del 28 de julio de 1985 en que la Ministro de Salud dicta una resolución ministerial en que se prioriza la Enfermedad Diarréica Aguda (EDA), formándose un grupo de emergencia con un Programa Nacional a desarrollar en 1986, para resolver la problemática en torno a la enfermedad diarréica, conformado por Materno-Infantil, Higiene y Epidemiología, Educación Popular y con la cooperación de otros sectores como Educación, Disposición de agua potable, Alcantarillado y Bienestar Social, etc.

Como la participación popular es un proceso real en que pro

gresivamente el pueblo consciente se erige en conductor de su propia historia, en 1983 se capacitaron 14.682 brigadistas a través de 612 talleres.

Además como material educativo a la población, se elaboraron 122 cuñas radiales y 40 programas radiales. En el año 1984 se concretiza el perfil del brigadista formándose - - 12.417 de 15-19 años, de los cuales 4073 son varones y 8.344 mujeres, teniendo este dato importancia para nuestro problema, ya que una buena proporción de lo que afecta a los niños es fácilmente solucionable si se logra apoyar a la mujer en materia educativa en el manejo de su hijo y el uso adecuado de la Lactancia Materna.

Dentro del esfuerzo de lucha contra la diarrea, en el mes de agosto de 1985 se inicia campaña de difusión a nivel nacional; en 28 radios con 5 cuñas diarias por 24 días, igualmente en el mes de septiembre para un total de 3.360 cuñas.

Por Televisión se presentaron dos viñetas diarias en cada canal por 24 días, para un total de 96 viñetas. En periódico se han publicado a partir del mes de agosto tiras de 18 pulgadas, para un total de 36 tiras, cuya continuidad se - vió limitada por el alto costo.

Este breve esbozo nos ubica en el problema, cuya solución por ser multifactorial, implica el esfuerzo de la sociedad en su conjunto tomando en cuenta su desarrollo histórico, sus avances y limitaciones pero que en definitiva no permanece inmóvil y resignada, sino que avanza en direcciones - convergentes a solucionarlo.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

De acuerdo al análisis de la bibliografía consultada, documentos seleccionados, consulta a las autoridades y conocimientos y experiencias adquiridas, puntualizamos la siguiente situación: que en el problema diarrea en Nicaragua influyen diferentes variables como son:

Las condiciones materiales de vida que dependen de los factores estructurales de la sociedad históricamente determinada, que influyen la conducta materna de como prevenir y evitar la diarrea de su hijo; así como las acciones de salud, principalmente las normadas en el Programa Unidad de Rehidratación Oral (URO), y dentro de éstas las acciones educativas que sean capaces de modificar la conducta de la madre ante el problema. Siendo la diarrea multicausal, se hace necesario concretizar en los siguientes aspectos o variables del problema:

1. Aplicación de las Normas del Programa URO-85, para enfrentar el problema, tales como:
 - . Aplicación de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), según normas.

. Tratamiento medicamentoso normado para algunos casos - de diarrea aguda.

. Referencia al segundo nivel de atención, según criterios de riesgo.

. Práctica educativa brindada a la madre por las auxiliares del programa.

2. Conducta materna de como prevenir y evitar la diarrea de su hijo que a su vez está siendo influenciada por los - aspectos educativos del programa, como son:

. Conducta preventiva y curativa de la madre ante la EDA.

Observando los datos de los registros hospitalarios en cuanto a Letalidad se refiere: en 1980 el grupo de menores de 1 año presenta una Letalidad del 4% y el grupo de 1-4 años de 3.62%. Podemos observar un descenso hasta llegar obtener en 1982, para menores de 1 año 1.79% y de 1-4 años - - 0.71% de Letalidad. Para los años 83-84 observamos un - nuevo incremento de 2.37%.y 1.10%, para los menores de 1 año y de 1-4 años respectivamente.

En cuanto a Mortalidad general Hospitalaria por diarrea se

refiere, observamos: en 1980-3.6 %; 1981-2.10%; 1982-1.46%; 1983-2.08%; y para 1984-2.04%.

En cuanto a Mortalidad por EDA para toda la República, observamos que para 1979 se registraron 12.532 casos. Para 1980, se registraron 152.820 casos. Para 1981 se registraron 288.960 casos. Para 1982, se registraron 305.838 casos. Para 1983 se registraron 346.569 casos. Y para 1984, se registraron 334.022 casos.

Observando el Resumen estadístico de Rehidratación Oral en contramos que en 1982 fueron ingresados a las URO, 141.144 niños; en el año 1983-172.339 niños; en el año 1984-173.081 y en el primer semestre de 1985-96.844 niños. Los controles subsecuentes a niños con diarrea a través de los años se ha cumplido en un bajo porcentaje.

De la población atendida por las URO en su gran mayoría se trata de niños menores de 1 año, siendo el grupo mayormente afectado.

El comportamiento de la composición porcentual de los ingresos según sea el grado de deshidratación con que llegan a la URO, es mayoritario en aproximadamente el 80% el de me nos de 5%. Además debemos anotar que el porcentaje de ni-

ños que llegan con más del 10% de deshidratación se conserva en 1-2% del total. Desde el punto de vista del lugar - donde se realiza la rehidratación se registra un incremento a través de los años de los rehidratados a domicilio en los cuales las unidades de rehidratación oral no realizan ningún control.

La Región III, con una población estimada de 1.004.784 habitantes; con 14 Zonas, 8 Areas de salud Rurales y 10 Areas de salud Urbanas, cuenta con 51 URO en atención Primaria y 2 URO en Atención Secundaria, en el Hospital Fernando Vélez Paíz y Hospital Manuel de Jesús Rivera. En esta región el problema se presenta con mayor fuerza siendo la más compleja del país; la cobertura real de niños atendidos en las - URO es muy baja, según análisis de 5 años realizado por el Area Materno-Infantil Regional que además arrojó que la demanda es satisfecha para Enfermedad Diarréica aguda por consultas médicas hospitalarias y consultas médicas en áreas - de salud, en un 70%. Las unidades de Rehidratación Oral no son usadas debidamente ya que sólo atienden un 30% de los - niños con diarrea, con horarios de atención cortos. Los - Hospitales Pediátricos se encuentran altamente presionados por la consulta por esta enfermedad, de forma espontánea - sin la adecuada referencia según criterios de riesgo.

La Letalidad Hospitalaria por diarrea se encuentra en niveles considerados altos y esta ocupa el primer lugar entre las 10 primeras causas de muerte. La tasa de Mortalidad - Hospitalaria es la siguiente: 1979-5.77%; 1980-4.35%; - - 1981-5.65%; 1982-2.9%; 1983-2.7%.

Y a esto debemos agregar que la real magnitud del problema en Managua es difícil conocerla, ya que las muertes reportadas por esta causa están muy por debajo de la realidad según estudios realizados en el Hospital Infantil "LA MASCOTA" y muestreo al azar en el Hospital "FERNANDO VELEZ PAIZ" realizado por Materno-Infantil regional. Estos estudios - revelaron que un buen porcentaje de los casos de mortalidad no tienen diagnósticos claros, y muchas veces el diagnóstico final es el de las complicaciones obviándose la causa - básica que es la Enfermedad Diarréica Aguda (EDA).

II. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

El problema Diarrea es de gran trascendencia y magnitud - siendo importante realizar estudios sobre el problema en mención, ya que ocupa el primer lugar en la Mortalidad y esta situación es factible de ser modificada. El Ministerio de Salud ha definido la necesidad de realizar Investigaciones Operativas en la unidades de salud que aporten elementos que contribuyan al desarrollo del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS).

La presente investigación intenta dar un paso adelante al estudiar en primer lugar, el cumplimiento de la Normativa URO-85, en dos aspectos fundamentales: en el proceso admnistrativo y en la calidad de la prestación de servicios de salud al enfrentar el problema diarrea.

En segundo lugar, se estudiará la conducta materna preventiva y curativa ante la diarrea y lograr establecer el nivel de modificación operado principalmente por las acciones educativas del Programa. Es dentro de este marco que se realiza la presente investigación.

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Investigar algunos de los factores que inciden en determinar el problema de Diarrea aguda, relacionados con las acciones Institucionales y la Conducta Materna.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar el cumplimiento de la Normativa, del Programa URQ-85, como son:

. Nivel de conocimiento de Normas. Aplicación de Tratamiento al niño con diarrea: Práctica Educativa a la Madre, Aplicación de la TRO, Referencia y Uso de Antibióticos según criterios de riesgo.

2. Identificar los factores socio-económicos y culturales que están influyendo en la Conducta de la madre, preventiva y curativa ante la diarrea.

. Conducta preventiva. Conducta curativa. Condiciones socio-materiales de vida de la madre: social, económico, educacional, higiénico-ambiental, etc. Tipo de alimentación del niño según edad, Medicamentos utilizados en la Enfermedad diarreica aguda.

IV. MARCO TEORICO

La diarrea, como enfermedad de causa social, tiene que ver con los factores estructurales de la sociedad, ya que las condiciones materiales de vida están determinadas por el grado de desarrollo de las fuerzas productivas y sus relaciones de producción.

La propiedad privada sobre los medios fundamentales de producción, impone la división de la sociedad en clases antagónicas, es decir la distribución desigual de los bienes materiales producidos por la sociedad, incluyendo la salud. Es por eso que predomina la heterogeneidad social de la patología o sea diferentes perfiles de salud-enfermedad en distintos grupos poblacionales, de acuerdo a que posean los medios de producción o únicamente su fuerza de trabajo. Este problema se manifiesta principalmente en la población ubicada en zonas rurales y sectores marginales urbanos con determinadas condiciones materiales de vida: urbanización acelerada con precarias condiciones de vivienda, con mala higiene, falta de espacio, carencia de protección física en las viviendas, etc. En América Latina el proceso tiene características diferentes que en los países desarrollados, tratándose de una "urbanización descapitalizada" (7), con antiguos barrios deteriorados que no tienen capacidad de contener la población de los estratos más bajos, así como

las nuevas urbanizaciones con viviendas autoconstruidas, - con materiales rudimentarios o de desechos. De esta manera se convierte en un medio hostil y peligroso este habitat, sobre todo para los niños que proceden de familias con las mismas características: madres demasiado jóvenes entre 13 y 20 años y sobrecargadas de tareas domésticas y productivas; inestabilidad de las uniones, jefatura femenina, ausencia de la figura masculina o excesivamente cambiante, promiscuidad. Toda esta problemática obliga al trabajo prematuro de los niños para complementar el ingreso familiar y por consiguiente el abandono de la escuela. (8)

En la fundamentación del problema son igualmente importantes los aspectos relacionados con el ingreso económico familiar, caracterizado por: trabajo, ingreso per cápita, alimentación, educación, etc., aumentándose las muertes de los niños por las insuficiencias del desarrollo económico, existiendo grandes desigualdades entre los países y al interior de los mismos.

La mal nutrición, la duración de la Lactancia Materna, los hábitos de higiene personal y de los alimentos, así como - la insuficiencia del peso al nacimiento que en América Latina está vinculado a problemas nutricionales y las pautas culturales impuestas o tradicionales que dificultan la apli

cación de las medidas preventivas y curativas, merecen especial atención como causas de las elevadas tasas de mortalidad por deficiencias nutricionales. Aunque existen otras causas, éstas deficiencias siguen siendo el factor subyacente, constituyéndose en el "Problema más grave para América Latina" (9).

Nicaragua inscrita en este amplio espectro de países subdesarrollados, según estimados del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, contaba para 1979 con una población de 2.644.161 hab. con una superficie de 118.404 km., con una concentración poblacional en el Pacífico y con la mayor extensión territorial en el Atlántico con una escasísima densidad poblacional. El 53% de esta población está ubicada en el Sector urbano y el 47% en el Sector Rural según el Boletín Demográfico No. 5, 1979.

La población de Nicaragua al igual que la de América Latina se caracteriza por su marcada juventud ya que el 48% es menor de 15 años y el 67% es menor de 25 años y la edad promedio nacional es de 15.7 años. En razón de esta estructura joven las cifras de niños son muy elevadas.

Para 1979, Nicaragua tenía una tasa de natalidad de 39 por mil urbano y 47 por mil rural y una baja expectativa de vi

da de 55 años. La tasa de mortalidad general ascendía a 16.4 por mil y la infantil a 121 por mil nacidos vivos, - siendo más alta en el sector rural y en la zona del Atlántico. Se estimaba que el 67% de los niños menores de 6 - años presentan algún grado de desnutrición y se ubicaba a la diarrea como la primera causa de muerte para todas las edades.

El abastecimiento de agua en Nicaragua es deficiente en can- tidad y calidad agudizándose en el área rural y zonas marginales urbanas. Nicaragua tenía para 1979 una población servida con agua potable de 700.000 personas. Esta situación incide directamente en el gran número de enfermedades digestivas ya que estas dependen de condiciones sanitarias ambientales, como la falta de agua potable, la contaminación ambiental y el déficit de disposición de excretas.

Apenas un 30% de la población recibía energía eléctrica. El sistema de alcantarillado sanitario era deficitario, ya que para toda la república existían para 1980, 70423 conexiones de aguas negras, para la Región III, 53816 conexiones; por lo que inferimos que la principal fuente de trans- misión fecal-oral de la diarrea continúa manteniéndose.

Tal situación es lo que da origen a la insurrección vanguardizada por el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN); porque aquí había un modelo económico y social que estaba en crisis. "No tanto chocamos contra terratenientes, ni contra la burguesía nicaraguense, es decir las clases que conforman el sector llamémosle de vanguardia de éste modelo en crisis, sino que chocamos con su expresión política contra la cual tenían acumuladas contradicciones todo el resto de la sociedad incluyendo a estas alturas la propia burguesía". (Cmdte. J. W. R.). La población de Nicaragua al momento del triunfo revolucionario presenta condiciones materiales de vida que son difíciles de transformar; con una herencia de dependencia y desarrollo desigual del país daba como resultado la condición de miseria del pueblo y la riqueza concentrada en una capa de la burguesía local muy atrasada, que en ningún momento se interesó en el desarrollo del país, y que igualmente fue extorsionada por el capitalismo mundial.

"Cuando hablamos de atraso no nos referimos sólo al hecho de que hay una pobreza periférica, sino que dentro del capitalismo tenemos productividades bajísimas con respecto a otros países, incluso Centroamericanos". (Cmdte. J.W.R.).

En la caracterización del problema de la diarrea, influyen además otras variables como son las acciones de salud de -

caracter preventivo, curativo, indirectas que se brindan. Según publicación reciente de UNICEF de 100 niños que nacen cada minuto en los países en desarrollo, 15 mueren antes de cumplir el primer año de vida; de los 85 que sobreviven 75 no tienen acceso a servicios médicos modernos durante la infancia, las probabilidades que tienen de morir son 30 o 40 veces mayores que si hubieran nacido en Europa o Norteamérica. (10).

En los servicios Materno-Infantiles para América Latina la mayor parte de los recursos se concentran en las aglomeraciones urbanas; la preocupación central de hoy es ampliar la cobertura en los servicios primarios de salud de las poblaciones insuficientemente atendidas, mediante el llamado "criterio de riesgo", es decir mediante una distribución flexible de los recursos en proporción de los grados de riesgo. Entre estas categorías tenemos como más importantes: el pertenecer a una familia numerosa, el nacimiento, el analfabetismo de los padres y el saneamiento insuficiente del hogar. (11).

Como una solución realista para extender la cobertura tenemos, la prestación de servicios básicos de salud por personal de preparación elemental, con la participación activa de la comunidad organizada y con el apoyo de los niveles de

Supervisión y Referencia. Destacándose la necesidad de una acción conjunta Estado-Comunidad con especial énfasis en la participación de la Madre y la Familia en la atención integral del niño.

Es importante tomar medidas (legislativas, económicas, sociales) para mejorar la condición de la mujer, como un fin en sí mismo y por el beneficio que esto acarrea al niño y a la familia. (12)

Las políticas del Estado Revolucionario Nicaraguense en el sector social manifiestan la esencia del Programa Histórico del Frente Sandinista de Liberación Nacional y por lo tanto de la Revolución Popular Sandinista, ahí se expresan el carácter democrático y popular de la misma. Es así como nuestro gobierno adopta una política social, teniendo en cuenta al Estado y el propio pueblo. Los siguientes son entre otros, los principios que inspiran las políticas del nuevo Estado en el sector salud:

a. La salud es un derecho del pueblo y una obligación del Estado y del pueblo.

b. Los servicios de salud deben ser accesibles a toda la población.

- c. Los servicios de salud tienen un carácter integral. Es decir que atienden a las personas y al medio.
- d. Las actividades de salud deben ser planificadas.
- e. Garantizar la participación popular en todos los niveles y actividades del sector salud.
- f. La Regionalización del aparato Administrativo.

A escasos días del triunfo revolucionario, el 8 de agosto de 1979 la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional - crea el Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS), instrumento con el cual el Ministerio de Salud (MINSA) como aparato administrativo del Estado va a trabajar para ir superando las graves condiciones de salud heredadas.

Con el decreto No. 35 se da respuesta al desorden administrativo existente y se produce la conformación de una red de servicios de atención organizados por niveles de complejidad. Garantizando la cobertura de los servicios para la infancia, con la estrategia de Atención Primaria con sus programas y con el concurso de la comunidad organizada como fuente de recursos y su participación en los niveles de

ejecución y evaluación de las acciones. Ofreciendo mayor prestación de servicios dados por miembros de la comunidad organizada debidamente capacitados y que hoy llegan a mostrar grandes avances en lo que a materia de salud se refiere: la existencia del Consejo Popular de Salud Nacional, los consejos Regionales y los consejos de Areas de Salud, son una concreción de tal participación, lo mismo que la actividad de miles de brigadistas de salud como formas organizadas de gestión.

En lo particular se inicia la implementación del Programa de Prevención y Tratamiento de la diarrea y la Deshidratación, utilizando el método de la Rehidratación Oral cuya eficacia ha sido demostrada para todas las etiologías de diarrea.

Fórmulas específicas de glucosa y sales representan un método de intervención que si es usado correctamente por un sistema organizado deberá disminuir el número de casos con deshidratación severa y el número de defunciones por EDA, no así la incidencia de diarrea infantil.

Este componente se incorpora al Programa Materno-Infantil, destacándose dos etapas en su desarrollo: la primera etapa con gran desarrollo de la Terapia de Rehidratación Oral

(TRO) y consultas médicas por causa; teniendo como resultado que la diarrea del lro. pasó al 3er lugar como causa de muerte. La segunda etapa en que producto de condiciones internas y externas que el país ha vivido, la enfermedad diarreica vuelve a ocupar de nuevo el 1er. lugar en los registros de muertes hospitalarias. Se acumuló experiencia por cinco años en la aplicación del Método de la Rehidratación Oral; realizándose revisión y mejoramiento de las Normas - del Programa URO que se implementaron en 1985. En dichas - Normas está implícito el alto valor de la TRO, incluyéndose una nueva concepción como es el manejo del niño con criterios de riesgo, el uso racional de Antibióticos y Antiparasitarios según etiología y la introducción de exámenes de - laboratorio en caso necesario.

No menos importantes son las variables Indirectas que influyen en el problema en cuanto a la atención brindada por la Institución. El nivel organizativo de nuestras unidades de salud no está aún bien desarrollado lo que impide la canalización correcta de los casos de riesgo al nivel secundario o estos son rechazados por el hospital, la Contrareferencia en la mayoría de los casos no está bien implementada; hospitales altamente presionados por casos que hubieran podido - ser resueltos en el primer nivel de atención.

Falta la masificación de los electrolitos orales por lo que no son accesibles siempre y en cualquier momento, a las madres. El horario de atención en las unidades del nivel primario es insuficiente.

Otra limitante importante, es la no existencia de un Programa de Diarrea que cohesione a todos los sectores del MINSA en una acción unificada para enfrentar el Problema.

Además influye en el problema la variable Conducta de la Madre que está influenciada por sus propias Condiciones Materiales de vida y las Acciones de Salud que de manera directa o indirecta han dirigido su conducta.

Es importante investigar la Conducta de la Madre Nicaragüense ante la Lactancia natural y ante la asistencia a Control de Crecimiento y desarrollo con su menor de 2 años; la conducta ante la higiene personal y de los alimentos, la ablactación temprana y/o tardía, medidas encaminadas a prevenir la diarrea. La conducta de la madre ante la percepción del problema de su hijo, si inicia la rehidratación oral temprana para evitar la muerte y/o complicaciones de su hijo; si lo lleva a control tempranamente a la unidad de salud o tratamiento por su cuenta o el Farmacéutico.

La conducta de la Madre está directamente afectada por las condiciones heroicas de la mujer nicaraguense: tempranamente inicia la maternidad, con predominio de jefatura femenina, figura masculina esporádica o muy cambiante. Nivel de instrucción bajo, déficit de fábricas para incorporar a las mujeres al sector productivo y a su propia emancipación, empleo mayoritario en el sector informal.

Todo esto repercute en los niños que no son atendidos de la mejor manera, además niños no deseados por falta de planificación familiar y no legislación en el país del aborto. Como podemos ver los derechos de la mujer son impostergables y máxime en la solución de este problema.

V. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

Las Normas-URO se cumplen en forma parcial, y las principales fallas estarían en: la Educación que la madre debe recibir y la inadecuada Referencia a los hospitales.

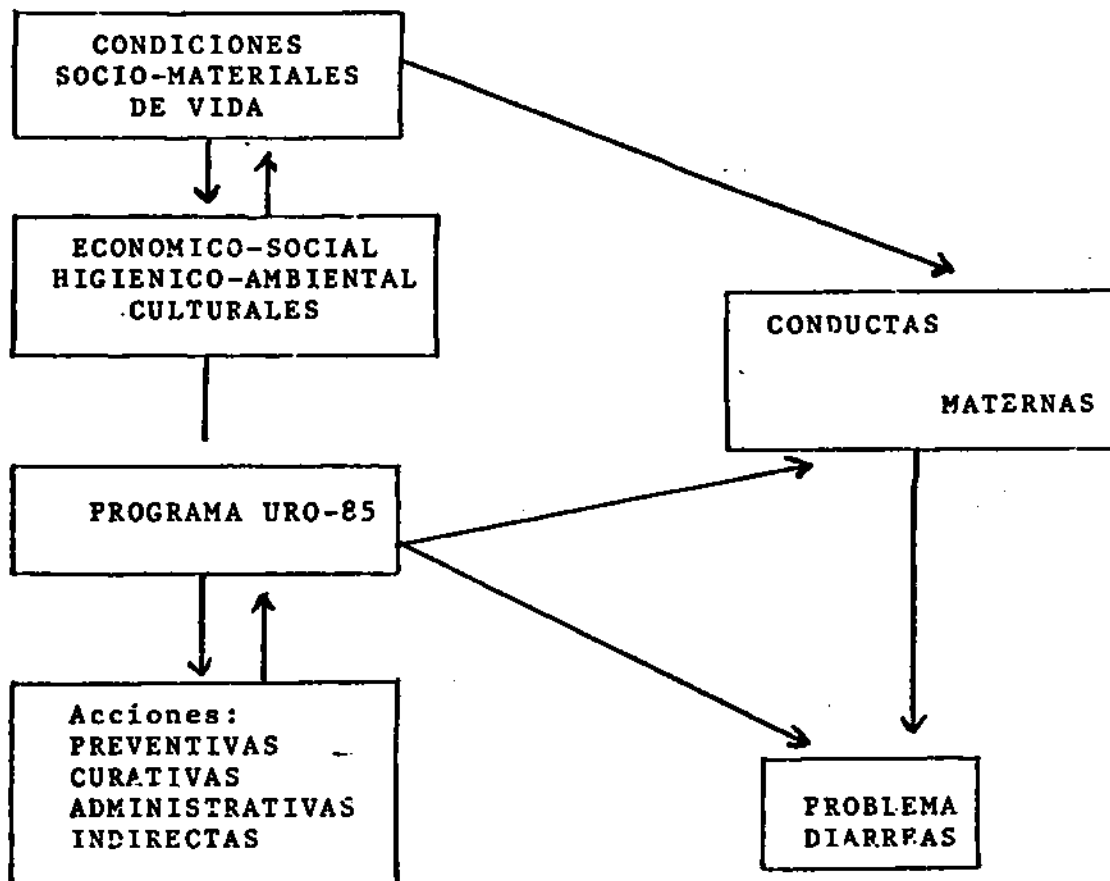
La introducción de uso de Antibióticos para tratar la enfermedad diarréica aguda (EDA), puede conducir a un abuso en su prescripción.

El nivel de las condiciones Socio-económicas y culturales de la madre influyen en su conducta ante el problema de la diarrea, y existe una relación inversamente proporcional entre estos factores y la frecuencia de la enfermedad diarréica aguda (EDA).

VI. VARIABLES

A continuación se presentarán las variables que se sometieron a estudio; su esquema de relaciones, sus definiciones conceptuales, y su operacionalización.

1. ESQUEMA DE LAS RELACIONES ENTRE VARIABLES



2. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

A partir del esquema de las relaciones entre variables del problema de estudio, se determinan y definen las variables principales del estudio:

Aplicación de las Normas del Programa URO-85 (evaluar el grado de conocimiento de las normas del programa URO 1985)

Aplicación de Tratamiento al niño con diarrea, según normas (evaluar el grado de cumplimiento de los aspectos fundamentales de la Normativa: Práctica Educativa brindada a la madre, Aplicación de la TRO, Referencia y Uso de Antibióticos según criterios de riesgo).

Condiciones Socio-materiales de vida la madre (son las condiciones sociales, económicas, higiénico-ambientales, educacionales, de organización del núcleo familiar).

Conducta materna ante la prevención y curación de la EDA (son las acciones que realiza la madre en relación a la prevención y manejo de la diarrea).

Luego, para precisar la observación se procedió a elegir, primero las dimensiones o elementos incluidos en la defini

ción conceptual y segundo, los indicadores de cada dimensión para guiar y especificar la elección de los items de los formularios instrumentales de recabación de la información.

Para la medición de los indicadores se eligió la Escala Crdinal, otorgándole el número mayor al criterio de excelencia y el menor al criterio de deficiencia.

A continuación observéanse los cuadros de operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
CONOCIMIENTO DE NORMAS DE UNIDADES DE REHIDRATACION : ORAL (URO)	Es el conocimiento que poseen las auxiliares del Programa, acerca de los aspectos fundamentales de la nueva Normativa URO (Dx y Tratamiento)	Dx del niño con diárrrea	Cualicuantitativo	Conocimiento de las Normas para Evaluación del niño con diárrrea	0-100 (Indice)
		Tratamiento del niño con diárrrea	Cualicuantitativo	Conocimiento de las Normas para decisión de Plan de tratamiento según Deshidratación Entérica.	0-100 (Indice)
				Conocimiento de las Normas para saber fórmula para calcular líquidos administrar.	0-100 (Indice)

Indice:

80-100 SATISFACTORIO
 60-79 Parcialmente Satisfactorio
 Menos de 60 No Satisfactorio

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
APLICACION DE TRATAMIENTO AL NIÑO CON DIARREA, SEGUN NORMAS	Es la administración de la fórmula recomendada por la OMS: gluocosa y sales, para rehidratación rápida del niño con diárrrea, la aplicación de Referencia y tratamiento Antibiótico según criterios de riesgo; y la educación, acerca de la diárrrea, que se le brinda a la Madre.	Rehidratación	Cualicuantitativa	Cantidad prescrita de líquidos y lugar de rehidratación.	Adecuado Inadecuado
		Referencia	Cualicuantitativa	Referencia al Segundo Nivel de Atención.	Adecuado Inadecuado
		Uso de Antibiótico	Cualicuantitativa	Tratamiento Antibiótico	Adecuado Inadecuado
		Práctica Educativa a la madre	Cualicuantitativa	Aplicación de los 9 Items educativos de las Normas	0-100 (Indice)

Se le dieron los siguientes valores a cada una de las normas educativas

Completa y detallada	3
Completa sin detalle	2
Parcial	1
Nada	0

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
ACTITUD DE LA MADRE EN RELACION A LA TRO	Es la disposición de la madre en relación a la Terapia de Rehidratación Oral (TRO); y en consecuencia el inicio de la rehidratación oral Temprana, Media o Tardíamente.		Cualitativa	Tiempo transcurrido entre el inicio del cuadro diarrefico y la utilización del SRO.	Temprano (Menos 12h) Medio (12-24 h) Tardío (más de 24h)

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
NIVEL DE ACCESIBILIDAD DE LAS SRO	Se trata de la - posibilidad real que tiene la ma- dre de adquirir las sales de re- hidratación oral.		Cualitativa	Disponibilidad de - SRO.	Domicilio Farmacia URO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
COMPORTAMIENTO DE LA MADRE EN RELACION A LA DIARREA	Son las acciones que realiza la - madre en relación a la prevención y manejo de la diá- rrea.	Conducta Preventiva	Cualicuantitativa	<p>Conducta declarada de la madre ante los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nacimiento del niño en el Hospital -Afirmación que la Leche Materna es el mejor alimento para el bebé y ayuda a que no se enferme. -Baño diario al amamantar. -Lavado de manos de la madre después de ir al sanitario, antes de procesar los alimentos. - Lavado de manos al niño antes de comer y después de comer. -Madres que asisten con sus hijos a control de crecimiento y desarrollo en un período menor de 3 meses. 	<p>Adecuada Inadecuado</p> <p>(Indice)</p> <p>4 o más respuestas positivas.</p> <p>3 o menos - respuestas positivas</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
		Conducta Curativa	Cualicunati tativa	<p>Conducta declarada de la madre ante los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento de las SRO y su uso al inicio y durante la diarrea. -Alimentación completa durante el proceso diarreico. -No. de veces que ha llevado al niño a la URO en relación con la presentación de cuadros diarreicos. -Inicio de la rehidratación temprana, media o tardíamente. -Tratamiento a base de SO y asistencia a la URO más cercana. Le ofrece SO a su niño con diarrea y los tiene en domicilio. 	<p>Adecuado Inadecuado (Indice)</p> <p>4 o más respuestas positivas.</p> <p>3 o menos respuestas positivas</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
S O C I A L	Son las circunstancias de organización del núcleo familiar (madre-hijos)	-Edad de la madre	Cualicuantitativa	-Edad cumplida en años	-Madres menores, de 15-24 años. -Madres 25-29 años -Madres de 30 años y +
		-Estado civil de la madre	Cualitativa	-Estado civil declarado de la madre	-Madres con Compañero Estable -Madres con compañeros no estable -Madres solas
		-No. de hijos	Cualicuantitativa	-No. de hijos declarado por la madre	-Madres con 1 hijo -Madres con 2 hijos -Madres con más de 2 hijos.

CONDICIONES SOCIO-MATERIALES DE VIDA DE LA MADRE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
ECONOMICO	Es el ingreso monetario del grupo familiar y la ocupación de la mujer.	-Ingreso de la familia	Cualicuant <u>i</u> tativa	-Ingreso familiar mensual declarado	Bajo (menos de 10-30.000) -Medio (31-50.000) -Alto (51-más de 60.000)
		-Ocupación de la mujer	Cualicuant <u>i</u> tativa	-Ocupación actual declarada	-Ama de casa -Doméstica -Trabajo de servicios -Obrera -Trabajo familiar arte <u>s</u> anal.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE	Se refiere a la - circunstancia de saber leer y es- cribir y al nivel educativo, alcan- zado por la madre.		Cualitativa	Nivel de escolari- dad aprobado	-Menos de - Primaria -Primaria completa Secundaria Incompleta -Secundaria completa o más.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
SITUACION HIGIENICO AMBIENTAL	Se refiere a la manera de obtener el agua potable, al tipo de suelo de la vivienda y al sistema de disposición de excretas de la familia.	-Disponibilidad de agua potable.	Cualitativo	-Tipo de fuente	-Viviendas - con llave propia Otras fuentes.
		-Condición de la vivienda	Cualitativo	-Tipo de piso	-Viviendas - con piso de tierra piso cemento piso de ladrillo
		-Condición de disposición de excretas	Cualitativo	-Tipo de disposición de excretas	-Viviendas - con letrina Inodoro

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
TIPO DE ALIMENTACION	Es la adecuación y calidad de la ali- mentación que reci- ben los niños meno- res de 1 año.		Cualicuantitativa	-Tipo de alimenta- ción que recibe el niño antes del ini- cio de la diarrea	<ul style="list-style-type: none"> -Lactancia Materna exclusiva. -Lactancia Mixta -Pecho y Comida Sólida -Leche y comida sólida -Sólo Lache artificial

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIACION	INDICADOR	ESCALA
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	Son los medicamentos más frecuentemente utilizados en la EDA; que pueden ser recetados en la URO, <u>autoadministrados</u> . Así como recetados por el <u>Farmacéutico</u> , Médico Privado o Médico del Centro de Salud u Hospital.	Tipo de Fármaco	Cualicuantitativa	-Niños que recibieron determinado tipo de fármaco.	-Nada -SO -Antibiótico -Purgantes -Remedios <u>caseros</u> -Antidiarréico.
		-Persona o <u>institución</u> que lo recomienda		-Persona o institución que recomendó cada uno de los fármacos utilizados para tratar el episodio de diarrea actual.	-Autoadministrados. -URO -Farmacéutico -Médico Privado -Médico del <u>c/s</u> u <u>Hospital</u> .

VII. MATERIAL Y METODOS

A continuación se explicará cada uno de los elementos que se consideraron para definir los métodos y técnicas utilizados: Tipo y área de estudio, Universo y muestra, Unidad de análisis y observación, Límites temporales, Método e instrumentos de recolección de datos, Procedimientos para tabulación y Plan de análisis.

1. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo al problema y los alcances de la investigación planteados en los objetivos (ver página 13), el estudio es "Operacional Evaluativo" (H de Canales Francisca. Metodología de la Investigación, página 116); porque pretende evaluar las formas reales de aplicación de la Norma - URO 1985.

Se clasifica como prospectivo, porque la recabación de la información no indaga sobre el problema antes de iniciado este estudio, sino a partir del inicio del mismo.

Aplicando las técnicas de Observación y Encuesta, en los instrumentos se investiga por las variables y sus dimensiones simultáneamente, y en un momento determinado (cuando el encuestado observa o llena el formulario) por lo que

este estudio es de tipo transversal.

Además se trata de un estudio analítico porque pretende - estudiar si el cumplimiento o no cumplimiento de las Normas URO-85, tienen mayor o menor influencia en la conducta materna frente al problema de diarreas.

2. AREA DE ESTUDIO

Para elegir el área de estudio se consideraron en primer lugar las distintas condiciones objetivas de atención en las zonas urbanas y rurales y las diferencias socio-económicas y culturales de la población de cada una de ellas; también se analizó que la capital reunía el mayor número de controles estadísticos de ingresos a la URO; también se consideró que la capital reunía mejores condiciones tanto de atención como socio-económicas y culturales y por lo tanto la representatividad del estudio tendría menores -- riesgos de error al ejecutarse en la Región III en 17 URO de áreas de salud y 5 URO para los respectivos objetivos específicos. Unidades de atención del casco urbano y rural, ubicados en las subregiones geográficas oriental y occidental y en zonas mixtas.

3. UNIVERSO Y MUESTRA

Serán las auxiliares de 17 URO de centros de salud para evaluar el "conocimiento de las Normas URO". Para los siguientes objetivos y lograr representatividad del universo de estudio se eligió una muestra intencionada de 5 URO, basada en los siguientes criterios: 1) centros con más controles estadísticos de ingresos a la URO (MINSA. Estadística y Registros médicos regionales 1985. Managua); centros de salud con acceso a distintos niveles de atención, 3) recomendaciones de autoridades regionales y nacionales y 4) accesibilidad de los encuestadores al lugar de la investigación.

En el caso de la población que llevan los niños a la URO se eligió una muestra al azar de las primeras 10 madres que asistieran cada día a la consulta de URO. Por los objetivos del estudio, se descartaron la parte de la población que no eran las madres de los niños.

Los centros de elegidos fueron:

45

NOMBRE DEL CENTRO	POBLACION	REGION III	SUB- REGION	C A S C O			REFERENCIA
		Zonificación		URBANO	RURAL	MIXTO	
Edgard Lang	89.000	Zona 6	Occidental			X	H. F. Vélez Paíz
C. Roberto Clemente	100.400	Zona 7	Oriental	X			Hospital Infantil
Silvia Ferrufino	145.000	Zona 9	Oriental			X	Hospital Infantil
Villa Venezuela	150.000	Zona 10	Oriental			X	Hospital Infantil
Tipitapa	71.000	Zona 12			X		H. F. Vélez Paíz

En cada URO se eligió un informante calificado: auxiliares de enfermería que han recibido el curso de capacitación de Normas URO, y las madres que llevan a su hijo con diarrea a la unidad.

4. UNIDAD DE ANALISIS

Auxiliares de la URO.

Madres que asisten con sus hijos con diarrea a la URO.

5. UNIDAD DE OBSERVACION

Para el objetivo específico 1:

Proceso administrativo en cuanto al conocimiento de la Normativa URÓ-85 y aplicabilidad de dicho conocimiento.

Para el objetivo específico 2:

Conducta manifiesta preventiva y curativa de la madre ante la enfermedad diarréica y su asociación con sus propias condiciones materiales de vida.

6. LIMITES TEMPORALES

La investigación se efectuó en el mes de mayo porque epidemiológicamente ha sido el mes de mayor incidencia de diarrea; debido a que a la situación higiénico-ambiental deficitaria de la mayoría de los hogares nicaraguenses, se le agregan los factores provocados por las condiciones climatológicas.

Se eligió este mes de mayor incidencia diarréica porque, como la muestra era al azar, con ello se pretendió lograr aplicar la encuesta al número máximo de unidades de observación establecido (hasta 10 madres diario).

7. METODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

A partir de los Indicadores y Dimensiones de las variables se utilizaron tres tipos de instrumentos de recolección de la información: Encuesta a auxiliares, Guía de Observación para auxiliares, Encuesta a la Madre.

CARACTERISTICAS DE CADA INSTRUMENTO

A. Encuesta a la auxiliar de la URO consiste en una encuesta estructurada con preguntas abiertas y cerradas, ela

borada con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos de la auxiliar acerca de las Normas.

B. Guía de observación para la auxiliar, acerca de la Práctica Educativa que debe brindársele a las madres: se elaboraron cuadros con observaciones estructurados basadas en los ítems educativos comprendidos en la Norma; que se evalúan con las cualidades completa y detallada, completa sin detalle, parcial, nada; a las que se les asignó los valores de 3, 2, 1, 0, respectivamente. El instrumento se aplicó durante 4 veces para cada auxiliar de las URO, observándose a un promedio de 200 madres a las que se les brindó educación.

C. Guía de Observación para el Dx y Tratamiento realizado por la auxiliar y/o médico: Se aplicaron cuadros elaborados con observaciones estructuradas en la Normativa según "criterios de riesgo" para la referencia a un nivel más complejo de atención y el uso de antibióticos cuya prescripción es exclusiva del cuerpo médico; evaluándolas con las cualidades (no necesita referencia y no fue referido, necesita referencia y fue referido, no necesita referencia y fue referido, necesita referencia y no fue referido), brindándonos al final un total de tratamiento adecuado e inadecuado. El instrumento fue aplicado por encuestadores entrenados,

para un total de 300 niños.

D. Encuesta a la informante madre: estructurada con preguntas cerradas que se expresan en lenguaje natural, pero se basan en principios metodológicos y nos orientan hacia las preguntas que se refieren a la conducta preventiva y curativa de la madre ante la diarrea. Dicha conducta es adecuada para 4 o más respuestas positivas, inadecuada 3 o menos respuestas positivas.

8. PROCEDIMIENTOS PARA TABULACION

Para el objetivo: "Conocimiento de las Normas URO-85", en 17 unidades de salud, se agrupó la información a partir de las dimensiones de las variables destacadas en las categorías principales: 1) Evaluación del niño con diarrea, en base a 8 normas a cada una de las cuales se les asignó un valor de 3; 2) Plan de tratamiento según deshidratación entérica y 3) Fórmula para calcular líquidos, con dos normas cada una, asignándoles un valor de 3 a cada norma. Cada unidad y cada una de las normas obtuvo un puntaje total y su respectivo porcentaje.

Luego se definió un Índice de 80-100%: satisfactorio; - 60-79: parcialmente satisfactorio; menos de 60: no sa-

tisfactorio. Con estos índices se clasificó a cada una de las 17 URO visitadas y el rendimiento de cada norma evaluada. (Ver Anexo I).

Para el objetivo: "Aplicación de tratamiento al niño con diarrea, según normas: TRO, referencia, uso de antibióticos, práctica educativa a la madre", en 5 URO ubicadas en áreas de salud. En la aplicación de la TRO se agruparon los niños que recibieron el tratamiento adecuada o inadecuadamente.

Se agruparon a los niños que tuvieron referencia y prescripción de antibióticos adecuada o inadecuadamente. Igualmente se agrupó a los que no tuvieron referencia y no se les prescribió antibióticos, con las mismas cualidades: adecuada o inadecuadamente.

En la tabulación de los 9 ítems educativos de la Norma, para analizar la práctica educativa, aplicando los valores asignados, se obtuvo al final un puntaje y su respectivo porcentaje para cada URO y para cada norma.

Para el objetivo: "Identificar los factores socio-económicos y culturales que están influyendo en la conducta preventiva y curativa de la madre, ante la enfermedad diarréica

aguda"; se utilizó la "técnica de la tarjeta". Se determinó primero la conducta declarada de la madre preventiva y curativa ante la EDA, a través de seis aspectos diferentes contenidos en el instrumento a la madre (ver operacionalización de variables, páginas 34-35). Se incluyó en la tarjeta hasta 12 dimensiones acerca de las condiciones socio-materiales de vida de la madre (edad, escolaridad, tipo de trabajo, situación higiénico-ambiental, etc.).

Luego se separaron las tarjetas de conducta preventiva positiva y negativa; para así poder efectuar la tabulación de la información.

9. PLAN DE ANALISIS

Para lograr el objetivo específico 1 y para probar las hipótesis; se relacionó la variable independiente Normas del Programa URO 1985, con el nivel de conocimiento adquirido por las auxiliares acerca de evaluación del niño con diarrea aguda, plan de tratamiento a seguir según grado de deshidratación y fórmula para calcular los líquidos a administrar.

Se relacionó la variable independiente Normas del Programa URO con el grado de aplicabilidad de dichas normas por

la auxiliar de las URO; otorgándole el criterio de adecuado, inadecuado a la observación directa acerca de la cantidad prescrita de líquidos y lugar de rehidratación; referencia y uso de antibióticos según "criterios de riesgo". Y siendo los aspectos educativos que deben transmitirse a la madre fundamentales dentro de un programa, se incluyó - en la guía de observación cada uno de los 9 ítems educativos para poder evaluar si son transmitidos de forma completa y detallada.

En el caso del objetivo específico 2: Se relacionó la variable independiente conducta materna con los indicadores edad de la madre, esta civil, escolaridad etc. de la variable independiente "condiciones sociales"; para demostrar - como influyen en la conducta materna ante la EDA.

Se relacionó la variable independiente conducta materna con las condiciones socio-económicas de la madre: ingreso, tipo de trabajo, condiciones higiénico-ambientales etc., para demostrar como estos factores influyen en orientar la conducta preventiva y curativa ante el problema diarrea.

VIII. RESULTADOS

Los conocimientos acerca de los criterios de evaluación del niño con diarrea y la aplicación adecuada de tratamiento, según Normas, según se aprecia en la Tabla I, fue satisfactorio en un 64.7% del personal de las URO involucradas (11 personas) y con rendimiento deficiente el 35.2% del personal entrevistado y observado (6 personas). Sin embargo el conocimiento sobre la fórmula para cálculo de líquidos a administrar para la rehidratación oral del niño es desconocida y no aplicada para el 88.2% del personal (15 personas).

Las normas orientan a dar educación a la madre durante el proceso de rehidratación en las URO. La evaluación de esta práctica por el personal que presta servicios en las URO de 5 centros de salud a más de 200 madres que pasaron por el servicio, nos muestra un rendimiento promedio de 57%. Destacamos que el centro de salud de Tipitapa cumple con dar educación a las madres en un 100% y en la Clínica Roberto Clemente en un 76.8%. Los otros 3 centros no llegan al 40% de cumplimiento (Tabla II-A),

De los contenidos educativos más relevantes a explicar a la madre el que menos se cumple es el dar orientaciones sobre los criterios de riesgo que pueden empeorar o prolongar la diarrea. Sobre la no suspensión de la Lactancia materna, -

TABLA I

SITUACION DEL CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS
DE ATENCION AL NIÑO CON DIARREA EN 17 URO DE LA
REGION III, MAYO DE 1986

CATEGORIAS DE ANALISIS	D E F I C I E N T E				S A T I S F A C T O R I O	T O T A L	
	N O S A T I S F A C T O R I O		P A R C I A L M E N T E S A T I S F A C T O R I O				
	No. total	%	No. total	%	No. total	%	
	Aux.		Aux.		Aux.		
EVALUACION DEL NIÑO CON DIARREA	3	17.6%	3	17.6%	11	64.7	17 100%
PLAN DE TRATAMIENTO SEGUN GRADO DE DESHIDRATA CION ENTERI CA.	4	23.5%	3	17.6%	10	58.5%	17 100%
FORMULA PARA CALCULAR LI- QUIDOS ADMINISTRAR	15	88.2%			2	11.7%	17 100%

TABLA II-A

PRACTICA EDUCATIVA SEGUN NORMAS BRINDADAS A LA
MADRE POR LAS AUXILIARES DE 5 UNIDADES DE
REHIDRATACION ORAL,
REGION III, MAYO 1986

AUXILIAR C/S URO	TOTAL DE CUMPLIMIENTO DE TRANSMISION DE LAS NORMAS EDUCATIVAS	% DE CUMPLIMIENTO DE TRANSMISION DE LAS NORMAS
Edgard Lang Sacasa	42	38.8 %
Clinica Roberto Clemente	83	76.8 %
Silvia Ferrufino	34	31.4 %
Villa Venezuela	41	37.9 %
Tipitapa	108	100 %
T O T A L	308	57 %

NOTA: Se visitó cada centro de salud por 4 veces en el mes. Observándose las Orientaciones Educativas a un promedio de 10 madres por URO. Evaluándose cada uno de los ítems de la Norma dándole el siguiente valor:

Completa y detallada	3
Completa sin detalle	2
Parcial	1
Nada	0

sólo se orientó en el 60% de las madres, igual sobre la no administración de laxantes, purgantes o medicamentos. La práctica que se cumple en el 100% es la entrega de 3 sobres de sales orales, pero sólo un 68.3% explica como prepararlos en casa. (Tabla II-B).

Si relacionamos el Conocimiento de las Normas de atención a niños con EDA y la Práctica Educativa, observamos que los centros con menos rendimientos en conocimiento, tienen mayor rendimiento educativo y aquellos centros cuyo personal maneja bien la Norma, realiza poca educación a las madres. El extremo se encuentra en el Centro de Salud Silvia Ferrufino quien con un 94% de conocimiento de normas tiene una práctica educativa de 31,4% de rendimiento. (Tabla III)

Se efectuaron 11 REFERENCIAS por condiciones de riesgo a un nivel más complejo de atención, siendo todas adecuadas de acuerdo a normas. De los niños que no fueron referidos según normas, únicamente en el 10% se realizó de manera Inadecuada, ya que estos niños requerían ser enviados a un segundo nivel de atención. (Ver Tabla IV).

El USO de ANTIBIOTICOS de acuerdo a las Normas, fue más frecuentemente Inadecuado (70%), principalmente en los Centros de Salud de Tipitapa (95.6%), Silvia Ferrufino (81.4%) y -

TABLA II-B

FRACTICA EDUCATIVA SEGUN NORMAS BRINDADA A LA
MADRE POR LAS AUXILIARES EN 5 UNIDADES DE
REHIDRATACION ORAL,

REGION III, Mayo 1986

ITEMS DE NORMA EDUCATIVA	No. DE AUXILIARES QUE BRINDAN EDUCACION				PUNTAJE TOTAL	% CUMPLIMIENTO
	COMPLETA Y DETALLADA	COMPLETA SIN DETALLE	PARCIAL	NADA		
<u>Evaluación y manejo del niño:</u>						
Explica a la madre:						
- Los signos de deshidratación	8	1	2	9	28	46.6 %
-Que no debe administrar medica- mentos, ni laxantes, ni purgantes	11			9	33	55 %
-No suspender la Lactancia Materna	12			8	36	60 %
-Ofrecer comida de acuerdo a la edad del niño	9	4	3	4	38	63.3 %
<u>Orientaciones acerca del tratamien- to a base de SO:</u>						
-Enseña la preparación de las SRO	11	3	2	4	41	68.3 %
-Explica que si vomita, esperar 10 minutos y luego continuar las SRO	8			12	24	40 %
-Le da tres sobres de sales y le in- dica que regrese a control	20				60	100 %
<u>Orientaciones a la madre acerca de "criterios de riesgo" del niño con EDA: le dice que si la diarrea em- peora o se prolonga, regresar a la URO</u>						
6	2	2	10	24	40 %	
-Que si tiene fiebre alta, sangre en heces, abdomen distendido, re- currir a URO u Hospital	8			12	24	40 %
T O T A L	93	10	9	68	308	57 %

TABLA III

CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCION AL NIÑO CON
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) DE LAS
AUXILIARES DE 5 URO, Y APLICACION DE LA
PRACTICA EDUCATIVA EN LA
REGION III, MAYO 1986

CENTROS DE SALUD	CONOCIMIENTO DE NORMAS		PRACTICA EDUCATIVA
Tipitapa	73.5 %	PS	100 %
Clínica Roberto Clemente	73.5 %	PS	76.8 %
Villa Venezuela	82.3 %	S	37.9 %
Edgard Lang	85.2 %	S	38.8 %
Silvia Ferrufino	94 %	S	31.4 %

Análisis de Regresión y Coeficiente de Correlación $\sqrt{r} = -0.8675$

$P < 0.05$

TABLA IV

ADECUACION DE LA REFERENCIA SEGUN NORMAS DE
395 NIÑOS ATENDIDOS EN 5 URO DE LA
REGION III, MAYO 1986

URO C/S	REFERENCIA				No. REFERENCIA				TOTAL No.	
	ADECUADA		INADECUADA		ADECUADA		INADECUADA			
	No.	%	No.	%	No.	No.	%			
C/S Edgard Lang	2	2,3 %	0		80	95,2%	2	2,3%	84	100 %
C/S Clinica Roberto Clemente	0		0		102	95,3%	5	4,67%	107	100 %
C/S Silvia Ferrufino	3	4,8 %	0		56	90,3%	3	4,8 %	62	100 %
C/S Villa Venezuela	6	8,1 %	0		48	64,8%	20	27,0%	74	100 %
C/S Tipitapa	0		0		58	85,2%	10	14,7%	68	100 %
T O T A L	11	2,7 %	0		344	87 %	40	10,1%	395	100 %

$$\chi^2 = 38,8$$

$$P < 0,001$$

Edgard Lang (80%). Unicamente en el 30% de los casos la prescripción fue Adecuada. (Ver Tabla V)

En cuanto a la cantidad prescrita de líquidos y adecuación de indicaciones para Rehidratación a Domicilio; la cantidad prescrita de líquidos fue adecuada en el 70%, e inadecuada en el 30%. La indicación de Rehidratación a domicilio fue más frecuentemente Inadecuada 60% y Adecuada en el 40%. (Tabla VI)

De 395 niños atendidos en 5 URO de la Región III, el 20% fue rehidratado a Domicilio, el 73% rehidratado en URO, el 3% ameritaban Referencia al segundo nivel de atención y se observaron Contrareferencias en un 4% (Tabla VII)

Llama fuertemente la atención que de 395 madres estudiadas, 126 no conocían la existencia de las sales de rehidratación oral (SRO). Del resto, 269 madres, la mayoría iniciaron la rehidratación oral tardíamente (62,4%). Unicamente el 20,4% de las madres iniciaron en forma temprana la TRO. Y de las 269 madres, sólo el 11,1% inició la TRO en domicilio. En cuanto al lugar de adquisición de SRO el 59% lo adquirieron en la URO del propio centro de salud y casi el 30% en las Farmacias. (Tabla VIII)



TABLA V

USO DE ANTIBIOTICOS SEGUN NORMAS EN 5 URO,
REGION III, MAYO 1986

URO C/S	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	No.	...	No.	...Z...	No.	Z
C/S Edgard Lang	2	20 Z	8	80	10	100 Z
C/S C. Roberto Clemente	18	43.9 Z	23	56.0 Z	41	100 Z
C/S Silyia Ferrufino	5	18.5 Z	22	81.4 Z	27	100 Z
C/S Villa Venezuela	8	72.7 Z	3	27.2 Z	11	100 Z
C/S Tipitapa	1	4.3 Z	22	95.6 Z	23	100 Z
T O T A L	34	30.5 Z	78	69.6 Z	112	100 Z

$$\chi^2 = 22.5 \quad P < 0.01$$

TABLA VI

CANTIDAD PRESCRITA DE LIQUIDOS A NIÑOS REHIDRATADOS
 EN LA URO. E INDICACIONES PARA REHIDRATACION A
 DOMICILIO, SEGUN NORMAS EN 5 URO DE LA
 REGION III, MAYO 1986

LUGAR DE REHIDRATACION	CANTIDAD PRESCRITA DE LIQUIDOS		ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	No. de Niños	%	No.	%	No.	%	No.	%
U R O	208	71.4 %	83	28.5 %	291	100 %		
Domicilio	34	43 %	45	56.9 %	79	100 %		
T O T A L	242	65.4 %	128	34.5 %	370	100 %		

TABLA VII
NUMERO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA),
ATENDIDOS EN 5 URO,
REGION III, MAYO 1986

URO C/S	REHIDRATADOS A DOMICILIO		REHIDRATADOS EN URO		REFERIDOS AL HOSPITAL		CONTRAREFERIDOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Edgard Lang	17	20.2	62	73.8 %	2	2.3 %	3	3.5 %	84	100
C. Roberto Clemente	0		107	100 %	0		0		107	100
Silvia Ferrufino	0		52	85.2 %	3	4.9 %	6	9.8	61	100
Villa Venezuela	14	18.9	49	66.2 %	6	8.1 %	5	6.7	74	100
Tipitapa	48	69.5	21	30.4 %	0		0		69	100
T O T A L	79	20 %	291	73.6 %	11	2.7 %	14	3.5	395	100

TABLA VIII

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LA EDA E INICIO DE UTILIZACION
DE SRO POR LA MADRE, SEGUN SEA SU CONOCIMIENTO, Y
LUGAR DE ATENCION, EN 5 URO
REGION III, MAYO 1986**

EVOLUCION DE EDA	INICIO DE TRO	SRO EN DOMICILIO		SRO ENTREGADAS EN LA URO		SRO COMPRADAS EN FARMACIA		TOTAL	
		No. DE MADRES	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 12 hs	Temprana 20,4 %	7	12,7 %	42	76,3 %	6	10,9 %	55	100 %
12-24 hrs.	Media 17,1 %	7	15,2 %	23	50 %	16	34,7 %	46	100 %
Más de 24 hrs.	Tardía 62,4 %	16	9,5 %	94	55,9 %	58	34,5 %	168	100 %
T O T A L		30	11,1 %	159	59,1 %	80	29,7 %	269	100 %

En la Tabla IX, se evidencia con mayor frecuencia una conducta Preventiva Adecuada (63.2%; a expensas de los grupos con mayor grado de Escolaridad. La diferencia entre los grupos tienen significancia estadística a la Prueba de $\chi^2 = 10.33$ con dos grados de libertad, $P < 0.01$.

La situación Higiénico-ambiental de los hogares de madres y su asociación con la conducta de la madre ante la EDA, nos revela que se observa con mayor frecuencia una conducta preventiva adecuada en los grupos cuyos hogares poseen mejores condiciones ambientales (llave propia 68.4%, inodoro 70.5%, Piso de ladrillo 69.5%). La diferencia entre los grupos posee significancia estadística a la Prueba de Xi-cuadrado. (Ver Tabla X).

En la utilización de Medicamentos en la EDA observamos que los niños más frecuentemente recibieron: SRO 46.8%, indicadas por la URO del centro de salud u Hospital. Luego en orden de frecuencia, Antibióticos siendo más frecuentemente los recetados por médicos privados 83.3% o Institucionales 100%; lo cual llama poderosamente la atención, un 26.4% son autoadministrados.

Porcentajes considerables de los niños recibieron Remedios caseros, Antidiarréicos, y Purgantes, siendo más frecuentemente autoadministrados. (Ver Tabla XI).

TABLA IX

CONDUCTA PREVENTIVA DE LA MADRE ANTE LA EDA,
Y SU ASOCIACION CON LA ESCOLARIDAD;
EN 5 URO DE LA
REGION III, MAYO 1986

CONDUCTA PREVENTIVA ESCOLARIDAD DE LA MADRE	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N	%	N	%		
Menos de Primaria	90	54.8 %	74	45.1 %	164	100 %
Primaria Completa Secundaria Incompleta	112	66.6 %	56	33.3 %	168	100 %
Secundaria completa o más	48	76.1 %	15	23.8 %	63	100 %
T O T A L	250	63.2 %	145	36.7 %	395	100 %

$$\chi^2 = 10.33 \quad P < 0.01$$

TABLA X

SITUACION HIGIENICO-AMBIENTAL DE 395 HOGARES DE MADRES QUE LLEGARON A 5 URO DE LA REGION III, EN EL MES DE MAYO 86 Y SU ASOCIACION CON LA CONDUCTA PREVENTIVA DE LA MADRE ANTE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

CONDUCTA PREVENTIVA DISPOSICION DE AGUA POTABLE	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL		Xi-CUADRADO
	N	%	N	%	N	%	
	Llave propia	204	68.4 %	94	31.5 %	298	
Otras fuentes	45	46.3 %	52	53.6 %	97	100 %	
TOTAL	249	63.0	146	36.9 %	393	100 %	

CONDUCTA PREVENTIVA DISPOSICION DE EXCRETAS	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL		Xi- CUADRADO
	N	%	N	%	N	%	
	Inodoro	151	70.5 %	63	29.4 %	214	
Letrina	103	56.9 %	78	43.0 %	181	100 %	
TOTAL	254	64.3	141	35.6	395	100 %	

CONDUCTA PREVENTIVA PISO DE LA VIVIENDA	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL		Xi-CUADRADO
	N	%	N	%	N	%	
	Ladrillo	135	69.5	59	30.4 %	194	
Cemento	41	63.0	24	36.9 %	65	100 %	
Tierra	77	56.6	59	43.3 %	136	100 %	
TOTAL	253	64 %	142	35.9 %	395	100 %	

TABLA XI
 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA EDA
 Y LUGAR DE PRESCRIPCION EN 395 NIÑOS
 QUE ACUDIERON A 5 URO DE LA
 REGION III, MAYO 1986

PERSONA O INSTITUCION QUE LO RECOMIENDA	NADA	S R O	ANTIBIOTICO	PURGANTES	REMEDIOS CASEROS	ANTIDIARREICO	TOTAL
Autoadministrado	57	43	59	48	11	5	223 100%
U R O C/S Hospital		117					117 100%
Farmacéutico		25	7	3		3	38 100%
Médico Privado			5			1	6 100%
Médico C/S u hospital			11				11 100%
T O T A L	57	185	82	51	11	9	395 100%

IX. DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el problema diarrea influyen diferentes variables, como son entre otras las Acciones Institucionales que en esta investigación tratamos de medir a través del cumplimiento del Programa URO-85. Existe un 40% del personal con conocimiento de Normas, parcialmente satisfactorio y No satisfactorio.

La fórmula para calcular líquidos a administrar según Plan B, en la mayoría de las unidades es desconocida; administrándose los líquidos de forma empírica a libre albedrío, o una cantidad determinada sin tomar en cuenta Plan de tratamiento, grado de deshidratación, edad ni peso; para los niños rehidratados en la URO. La situación se agrava más con los niños rehidratados a domicilio, en que las madres reciben poca información de cómo ofrecer líquidos al niño con diarrea y - la URO no ejerce ningún control sobre ellos.

Siendo el Pilar fundamental de la Normativa URO-85, la Educación en salud que debe brindársele a la madre, para conseguir a más corto plazo una disminución en la mortalidad por diarrea. Observamos en nuestra investigación que el cumplimiento es - bajo; siendo una de las fallas planteadas en el cumplimiento de la Normativa, según hipótesis de esta investigación.

Normas tan importantes como evaluación y manejo del niño con diarrea; enseñar a la madre los signos de deshidratación, la no suspensión de la Lactancia Materna y alimentación adecuada del niño con diarrea, no son cumplidas.

Las orientaciones a la madre acerca de los "criterios de riesgo" del niño con EDA y qué hacer ante estos casos, el personal no lo orienta o lo hace en forma deficitaria. O no se le dice nada a la madre o se le brinda la información que se desea y algunas veces de forma no actualizada.

La única práctica que es cumplida en el 100% es la de entregar a la madre los sobres de SRO y sin la enseñanza adecuada y completa de la preparación de dichas sales y su uso temprano en la evolución de la enfermedad diarreica aguda.

Es importante anotar que no sólo hay que conocer las Normas para dar una buena atención comunitaria, sino que el transferir conocimientos a las madres es lo que en definitiva incidirá positivamente en el problema diarrea en estudio.

La Referencia, según Hipótesis de la Investigación, se plantea como una de las fallas en el cumplimiento de las Normas URO-85. Lo cual no lo podemos demostrar con nuestros resultados; ya que esta está siendo mejor manejada por el

personal de la URO. Siendo importante decir que los "criterios de riesgo" no son aún lo suficientemente conocidos y -
manejados por dicho personal, ya que un 10% de los niños -
ameritaban referencia y no la tuvieron; con mayor frecuencia
en los centros de salud Villa Venezuela y Tipitapa. Inferimos por tanto que estos niños son los que posiblemente lleguen al hospital con complicaciones.

Según lo planteado en hipótesis de estudio que la introducción en la Normativa del Uso de Antibióticos puede conducir a un abuso en su prescripción, lo confirmamos ya que del 100% de prescripciones, el 70% fue inadecuada y que siendo la prescripción antibiótica exclusiva del cuerpo médico, -
nuestros resultados nos confirman una desactualización de -
los médicos acerca del tratamiento de la diarrea. Así como un desconocimiento de la Normativa URO por este personal. El 100% de los niños que fueron atendidos por médicos privados o institucionales recibieron antibiótico.

Los resultados de la Tabla VI no concuerdan en la cantidad prescrita de líquidos y el conocimiento de la fórmula para administrar líquidos por el personal; debido principalmente a que las auxiliares manejan los líquidos de una forma empírica y en alguna manera el conocimiento de la anterior nor-

ma influye en que esta prescripción de líquidos sea más frecuentemente adecuada.

Por otro lado, la mayor población de niños atendidos por las unidades de rehidratación oral son con deshidratación inicial, en Plan A de tratamiento, y la norma contempla que se les puede prescribir a estos niños líquidos de la siguiente forma: 1/2 taza a 1 taza de suero, no siendo necesario aplicar fórmula. Y de esta manera la indicación es más sencilla para ser manejada por el personal auxiliar.

La indicación del Domicilio como lugar de rehidratación fue más frecuentemente Inadecuada en el 60%; ya que niños con Plan B de deshidratación no deben ser enviados a rehidratarse a su hogar y algunas veces con mala indicación de la cantidad de líquidos a administrar; sucediendo esto por falta de conocimiento y afinamiento práctico en el manejo de la normativa. Además no se les enseña a las madres a preparar las SRQ.

La Tabla VII, nos evidencia que la URO es el lugar preferencial de rehidratación de niños con diarrea representando la mayoría de los casos. Existen fallas en el manejo estadístico de las unidades de rehidratación oral, como son; la tarjeta amarilla de registro de cada niño con día

rea, según investigación hecha a cada una de las URO en estudio no fueron llenadas en su mayoría; respondiendo a disposición anárquicas de las unidades que es sólo a algunos niños que se les hace la tarjeta de registro o sea que no existe un control interno en las unidades, de los niños con diarrea que llegan a ellas. De los 291 niños que se rehidrataron en las URO, únicamente al 50% se les asentó en las tarjetas amarillas.

Es importante anotar, que como en la mayoría de las unidades, la URO es centro distribuidor de electrolitos orales a ella llegan personas de los barrios, adultos principalmente a solicitar SRO; anotándoseles como rehidratados a Domicilio. Insistimos los sobres de SRO se entregan pero no se enseña a usarlos,

En el sistema de registro estadístico vigente no hay lugar para reportar la Contrareferencia.

Según lo observado en la Tabla VIII, la rehidratación oral es más frecuentemente iniciada tardíamente (62.4%), debido principalmente a la falta de contenidos educativos sobre la importancia de iniciar la rehidratación oral tempranamente y también a que la accesibilidad a los electrolitos orales es aún deficiente; el lugar de mayor accesibilidad

es la propia URO de las unidades de salud (59%). Únicamente el 11% de las madres tenían accesibilidad a las SRO en su domicilio. Se inicia la adquisición de SRO en Farmacias, pero en algunas farmacias y a veces, no en forma consistente y continua.

La asociación existente entre edad, estado civil, número de hijos, tipo de trabajo de la madre e ingreso familiar y su relación con la conducta preventiva y curativa de la madre frente a la diarrea; en esta investigación no fue significativa estadísticamente, posiblemente por ser la muestra muy pequeña.

Es del conocimiento en salud que las "condiciones de riesgo" de sufrir enfermedad o morir, aumentan en los niños provenientes de familias donde la madre es muy joven (menor de 20 años), uniones inestables y con alto número de hijos. Siendo importante destacar que en nuestro estudio la conducta preventiva frente a la diarrea, ofreció ser con más frecuencia adecuada en las madres de 15-24 años con compañero estable y con un hijo.

Al observar la asociación entre conducta Preventiva de la madre y escolaridad (ver Tabla IX), determinamos que la Instrucción es un aspecto importante a tomarse en cuenta

sobre todo en lo que se refiere a la madre y el manejo de su hijo menor. Es suficientemente conocido que existe mayor riesgo de padecer enfermedad y hasta morir en los niños cuyas madres no tienen ninguna o poca instrucción lo que puede deberse principalmente a los conocimientos y educación en salud adquiridos por la madre. En nuestro estudio evidenciamos que existe una conducta Preventiva ante la diarrea, más frecuentemente adecuada cuando hay mayor grado de escolaridad.

Referente a la situación Higiénico-Ambiental de los hogares de madres y su asociación frente a la diarrea (ver Tabla X). Analizamos que en los hogares con peores condiciones materiales de vida, los hijos tienen mayores probabilidades de enfermar o morir y los que lograr sobrevivir están expuestos a una realidad física y social deficitaria con hacinamiento; donde las condiciones sanitarias e higiénicas son inexistentes o precarias sin conexiones de agua, luz o alcantarillado. Por lo que las madres pertenecientes a hogares con estas condiciones higiénico-ambientales es improbable que puedan presentar una mejor adecuación de su conducta preventiva ante la enfermedad diarréica aguda. En nuestro estudio las madres que tienen una conducta más frecuentemente adecuada ante la diarrea, son aquellas con hogares que tienen mejores condiciones.

Nuestros resultados son reforzados por lo ya conocido en materia de salud de que las enfermedades digestivas dependen fundamentalmente de condiciones higiénico-ambientales como son la falta de agua potable, la no adecuada disposición de excretas con la consecuente contaminación de origen humano, así como la falta de ciertas condiciones que deben existir en la preparación y conservación de los alimentos.

Los medicamentos más frecuentemente utilizados en la enfermedad diarréica aguda son las SRO, indicados más frecuentemente por la URO; claro está que es necesario esta función llenarla de contenido, dando orientaciones educativas, transmitiendo los items educativos de la Norma, a las madres.

Existe un abuso en la prescripción de Antibióticos siendo más frecuentemente autoadministrados o recetados por los médicos como ya quedó demostrado. . Frecuentemente esta prescripción es Inadecuada.

El uso de Purgantes sigue siendo del manejo popular en su mayoría autoadministrado o recetado por el Farmacéutico.

El total de niños menores de 1 año de este estudio son 286, representando el 72.4% de nuestro universo de estudio.

El tipo de alimentación en estos niños nos revela lo siguiente: únicamente el 6.2% recibe Lactancia Materna, el 23.4% recibe Lactancia Mixta. Pecho y comida sólida el 13.9%; leche y comida sólida el 53.1% siendo la mayor frecuencia encontrada.

El Tipo de Alimentación en los menores de 1 año dista mucho de ser adecuada. La promoción de la Lactancia Materna es prácticamente nula; aumentándose de esta manera los riesgos de mortalidad infantil. La Lactancia Mixta, Leche de vaca y comida sólida son introducidos desde antes de los tres primeros meses.

X. CONCLUSIONES

El Programa URO-85 posee unas Normas adecuadas: son sencillas y claras de fácil comprensión por el personal auxiliar que las maneja. Lo que acontece es que no son estudiadas, son conocidas empíricamente, casi instintivamente. Fallando la enseñanza y aprendizaje correcta de dichas normas y los niveles administrativos de Supervisión y Control, por lo que se hace necesario modificar esta situación de forma rápida.

Es importante hacer notar que en el mes de asistencia a los centros no hubo ninguna supervisión de ningún nivel, ni control interno del centro.

Entonces donde queda el Plan de Lucha contra la diarrea?

¿acaso las prioridades se quedan en el nivel central de atención a nivel de formulación.

La URO sin una Práctica Educativa lo suficientemente desarrollada es muy difícil que pueda estar incidiendo directamente en ayudar a resolver el problema diarrea; por lo que esta situación debiera ser revertida en un corto plazo. Tomando en consideración que el nivel de conocimiento de Normas no es suficiente para que se realice una aceptable práctica educativa por el personal de salud que atiende al niño con diarrea.

Es necesario el mejoramiento del Sistema de Referencia. Ya que los niños referidos adecuados no sabemos si llegan a su lugar de destino, y la Contrareferencia no tiene soporte estadístico o no se cumple en la mayoría de los casos. Siendo importante hacer notar que esta referencia es sólo para los niños rehidratados en la URO y para los niños rehidratados a domicilio no contamos con ningún control y verdaderamente no sabemos que acontece con ellos.

La prescripción Antibiótica es exclusiva del cuerpo médico y existe abuso en dicha prescripción, por desactualización en el manejo de la enfermedad diarreica y desconocimiento de la Normativa URO.

Llama fuertemente la atención el hecho de que exista un número importante de madres que no conozcan las SRO y además de que conozcan o no las sales de rehidratación oral, esta es iniciada tardíamente.

La Escolaridad es un aspecto a tomarse en cuenta como base importante para conseguir una respuesta más apropiada en la conducta de la madre ante la diarrea.

Los medicamentos utilizados en la EDA, nos revela que la -
conducta curativa, continua teniendo un lugar prioritario en
el manejo de la diarrea, principalmente el uso y abuso de An
tibióticos. Los contenidos de Educación a la población no
son transmitidos suficientemente a las madres.

XI. RECOMENDACIONES

La enseñanza correcta de las Normas, garantizando la retroalimentación docente, contribuirá en un alto porcentaje para el mejor manejo de los niños con diarrea que llegan a Atención Primaria. Por lo que es necesario una verdadera actualización al personal sobre ellas, permanente y continua, reforzando su papel de educador en salud a la población.

La realización de una buena Práctica Educativa no depende únicamente de un buen conocimiento de Normas. Siendo necesario realizar otro tipo de acciones con el personal auxiliar y el equipo de salud en su conjunto; como es sensibilizarlos acerca de la importancia de la transmisión de conocimientos que deben brindarle a las madres en relación a la enfermedad diarréica aguda. Así como enseñarles técnicas educativas y mejoramiento de los niveles administrativos de Supervisión y Control.

Si pretendemos resolver el problema e impedir la máxima mortalidad de diarrea por deshidratación, es necesario darle mayor educación en salud a la madre, que responde positivamente cuando se trata de realizar actividades en pro de sus hijos; los riesgos de morir por deshidratación en los niños con diarrea se pueden disminuir enseñando a la madre la Te-

rapia de rehidratación oral, mejorando la accesibilidad y masificando el uso de sales orales.

Es necesario realizar campañas masivas de Educación Popular de manera continua acerca de la diarrea, el manejo de ella con SRO tempranamente y qué hacer ante las condiciones de riesgo que presente el niño con diarrea.

Si realmente la resolución de la situación Higiénico-ambiental es producto del desarrollo del país; mientras esto se da, podemos conseguir buenos resultados enseñando reglas sencillas de higiene como: lavado de manos, aseo personal y de los alimentos etc., contrarestando así lo que no podemos resolver si no en el largo plazo.

Sería conveniente otro tipo de tratamiento para los rehidratados a domicilio; transmitirle a cada una de estas madres de niños con diarrea, los 9 ítems educativos de la norma y observarlos en el servicio por lo menos 1 hora para poder confirmar si su estado es realmente satisfactorio y así evitar que después lleguen al hospital con complicaciones o a morir, y evitando aumentar la desconfianza de las madres en la terapia de rehidratación oral. Así como otro tipo de registro estadístico para suprimir las ideas falsas de la realidad.

Mejoramiento a todos los niveles del Sistema de referencia por "condiciones de riesgo" del niño diarréico y la Contra-referencia respectiva.

Existiendo abuso en la prescripción de Antibióticos se hace necesario realizar talleres para todos los médicos del sistema y especialmente los que atienden niños, acerca de la Norma URQ-85. Así como actualización a través de conferencias en el tratamiento y manejo de la enfermedad diarréica aguda.

XII. RESUMEN

Planteamiento del Problema: en el problema diarrea en Nicaragua influyen diferentes variables: las condiciones materiales de vida que dependen de los factores estructurales de la sociedad y que influyen la conducta de la madre de como prevenir y evitar la diarrea de su hijo. Igualmente, las acciones de salud que en esta investigación son evaluadas a través del cumplimiento de las Normas del Programa URO actualizadas, con un mayor peso en las acciones educativas que sean capaces de modificar la conducta de la madre ante el problema.

Objetivos e hipótesis de la investigación: en este estudio se persiguió evaluar el cumplimiento de la Normativa del Programa URO-85, en sus aspectos fundamentales: nivel de conocimiento de Normas, aplicación de la TRO, referencia y uso de antibióticos según "criterios de riesgo"; e identificar los factores socio-económicos y culturales que están influyendo la conducta de la madre ante la EDA. Se plantearon Hipótesis, como que el cumplimiento de la normativa era parcial considerando como la principal falla la educación que la madre debe recibir, la inadecuada referencia a los hospitales y el abuso en la prescripción antibiótica. Así como que las condiciones socio-económicas de la madre influyen en orientar su conducta frente al problema diarrea.

Métodos y técnicas: el estudio es "Operacional Evaluativo" prospectivo y de tipo transversal. Se definió como área de estudio la Región III, en 17 URO ubicadas en áreas de salud y 5 URQ para dar respuesta a los distintos objetivos específicos. Siendo la unidad de análisis: auxiliares de la URO y madres que asisten a la unidad con sus hijos con diarreas, en las que se observó el proceso administrativo en cuanto - al conocimiento de las normas y aplicabilidad de dicho conocimiento. Así como la conducta declarada de la madre preventiva y curativa y su asociación con sus propias condiciones socio-económicas. Se aplicaron 4 diferentes tipos de Instrumentos para alcanzar los objetivos de la investigación: Encuesta a la auxiliar de la URO, para evaluar el conocimiento de esta acerca de las normas, en 17 áreas de salud. Definiéndose un Índice: de 80-100% satisfactori; 60-79% parcialmente satisfactorio; y menos de 60% no satisfactorio y con estos índices se clasificó cada una de las 17 URO visitadas.

Gua de observación para la auxiliar de 5 URO para evaluar los 9 items educativos que deben brindársele a la madre; - asignándole las cualidades de Completa y detallada con un valor de 3, completa sin detalle 2, parcial 1, nada 0.

Gua de observación para el diagnóstico y tratamiento realizado por la auxiliar y/o médico y valorar si este es ade

cuado o no. Encuesta a la madre: utilizándose la "técnica de la tarjeta" se determinó primero la conducta declarada - preventiva y curativa de la madre ante el problema y luego se incluyeron en la tarjeta hasta 12 dimensiones acerca de las condiciones socio-materiales de vida de la madre y separándose las conductas preventivas y curativas positivas de las negativas.

Resultados y conclusiones: el conocimiento de Normas es satisfactorio para 64.7% del personal de las URO involucradas, siendo el conocimiento sobre la fórmula para calcular líquidos administrar, negativo para el 88.2% del personal. Se hace necesario una verdadera actualización del personal sobre ellas permanente y continua, reforzando su papel de educador en salud a la población.

La educación que debe brindársele a las madres en 5 URO tuvo un rendimiento promedio de 57%. Sería importante sensibilizar al personal acerca de la importancia de la transmisión de conocimientos que deben brindarle a las madres acerca de la EDA.

De los niños no referidos sólo el 10% fue de manera inadecuada, ya que requerían ser enviados a un segundo nivel de atención y posiblemente son los que llegan con complicacio-

nes al hospital.

Existe un abuso en la prescripción de Antibióticos de acuerdo a normas en el 70% de los médicos, por desactualización en el manejo de la enfermedad diarreica y desconocimiento de la Norma,

De las madres estudiadas el 32% no conocían la existencia de SRO, iniciando la mayoría de las madres la rehidratación tardíamente, sólo un 10% inicia la TRO en domicilio; los riesgos de morir por deshidratación se puede disminuir enseñando a la madre la TRO y su aplicación temprana en el manejo de la diarrea, mejorando la accesibilidad y masificación de sales orales.

XIII. BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. "Mortality pueto Dia rrehal disseas in the world" Citado en H de Canales, Francisca, et. al. Metodología de la Investigación, Pág. 218.

2. RQHDE, John E. "Ciencia y Política de la Mortalidad Infantil en el Tercer Mundo". Conferencia en la Universidad de Birmingham, Inglaterra, 1982. En: OPS/OMS y UNICEF, - edit. Diarrea y Rehidratación Oral: Aplicando soluciones. Guatemala: s.e., s.f., pág. 4.

3. TERRA, Juan Pablo, "La situación de la Salud". En: UNICEF, El niño en América Latina y el Caribe: Informe sobre la Reunión Especial México 16-18 de mayo de 1979. Santiago de Chile, Editorial Antártica S. A., pág. 44.

4. UNICEF. El niño en América Latina y el Caribe: Informe sobre la Reunión Especial México 16-18 de mayo 1979. Santiago de Chile, Editorial Antártica S. A., pág. 52.

5. CALHEIROS, Lelio, et. al. "Presentación". En: OPS/OMS y UNICEF., edit. Diarrea y rehidratación oral: Aplicando soluciones. Guatemala: s.e., s.f., pág. 1.

6. LAZCANO ESPINOZA, Fernando. Rehidratación Oral, tres años de experiencia, 1979-80-81, Folleto.

7. TERRA, Juna Pablo. "Las condiciones de la vivienda y el hábitat",. En: UNICEF. El niño en América Latina y el Caribe: informe sobre la Reunión Especial México 16-18 de mayo de 1979, Santiago de Chile, Editorial Antártica S.A., 1979. pág. 45.

8. UNICEF. "Principales problemas de los niños". El niño en América Latina y el Caribe: Informe sobre la reunión especial México 16-18 de mayo de 1979. Santiago de Chile, - Editorial Antártica S. A., 1979. pág. 56.

9. Ibid. pág. 54.

10. LABOUISSSE, Sr. Henry R. "Declaración del Sr. Henry R. Labouisse". En: UNICEF. El niño en América Latina y el Caribe: Informe sobre la Reunión Especial México 16-18 de mayo de 1979. Santiago de Chile, Editorial Antártica S. A. 1979. pág. 96.

11. "Las Políticas y los servicios de salud". En: UNICEF.
El niño en América Latina y el Caribe. pág. 61.

12. "Papel del Estado en la solución del Problema". En:
UNICEF;. El niño en América Latina y el Caribe. pág. 22.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BETETA M., et. al. Síndrome diarréico agudo en la infancia: consideraciones epidemiológicas, fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas. Guatemala: Editorial BBR, 1976. 136 pág.

DAVID GARCIA, Felipe et. al. "Situación epidemiológica del país". Boletín Nicaraguense de Higiene y Epidemiología. Managua, enero-marzo 1984, Volumen I.

GORDILLO-PANIAGUA, Gustavo. Electrolitos en pediatría: Fisiología y clínica. 2a. ed. México: Asociación de Médicos, 1975. 263 pág.

H. de CANALES, Francisca, et. al. Metodología de la investigación: Manual para facilitar su aplicación en el desarrollo de personal de salud. Sin datos de edición. 273 pág.

ICAZA ESPINOSA, Lilliam, et. al. "Evaluación del componente prevención y tratamiento de la diarrea, años 1979-84. Registro III. 15 pág.

KUMATE, Jesús y Gonzalo GUTIERREZ. Manual de infectología. 7a. edic. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil

de México "Federico Gómez", 1980. 468 pág.

LAZCANO ESPINOSA, Fernando. Rehidratación oral, tres años de experiencia, 1979-80-81,. Folleto. Managua. 30 pág.

MARX, Carlos y Federico ENGELS. Obras escogidas. Última edición en ruso de las obras escogidas de C. Marx y Federico Engels. 3 tomos. URSS; Editorial Progreso, 1981. Tomo I, 544 pág.

MORENO OLEAS, Francisco. Plan integral de actividades de áreas de salud (PIAAS), efecto de su implantación en el proceso administrativo y en la prestación de servicios en dos áreas de salud en la Región III, Tesis de Grado para optar al título de Maestría, Managua: 1985. 174 pág.

NICARAGUA, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario estadístico de Nicaragua, 1979. s.e.: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 1980. 213 pág.

MINISTERIO DE SALUD. Enfoque de riesgo en la atención integral de la madre y el niño en Nicaragua: Informe de Avance. Managua: 1985. 52 pág.

OPS/OMS y UNICEF., edit. Diarrea y rehidratación oral: -
Aplicando soluciones. Guatemala: s.e., s.f. 99 pág.

PEÑA GONZALEZ, Angela Rosa y Xavier LUNA MENA. Funciona-
miento y desarrollo de las Unidades de Rehidratación Oral.
Protocolo de Tesis. Región III, Managua: 1985.

RIVERA ROCHA, Raúl, et. al. Análisis de la mortalidad hos-
pitalaria en el bienio 1980-81. Informe no publicado. Ma-
nagua: 1983.

SIBRIAN, Ricardo. Manual de técnicas estadísticas, simpli-
ficadas. Guatemala: s.e., 1984. 265 pág.

UNICEF. El niño en América Latina y el Caribe: Informe so-
bre la Reunión Especial. México 16-18 de mayo, 1979. San-
tiago de Chile: Editorial Antártica S. A., 1979. 128 pág.

P. GRANT, James. Estado mundial de la infancia; Informe.
Nueva York: Unicef, División de Información y Comunicación,
s.f. 78 pág.

WHEELLOCK TOMAN, Jaime. Entre la crisis y la agresión: La
reforma agraria sandinista. Managua: 1985. 150 pág.

VALOR OBTENIDO EN LA EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DE LAS 12 NORMAS URO-85,
DE CADA AUXILIAR DE 17 CENTROS DE SALUD,
REGION IIT, MAYO, 1986

AUXILIAR EVALUADA	No de cada norma y su valor: No/valor												V A L O R	
	1/3	2/3	3/3	4/3	5/3	6/2	7/3	8/2	9/3	10/3	11/3	12/3	Puntaje Total	Total %
Edgard Lang z6	1	3	3	1	3	1	3	2	3	3	3	3	29	85.2 S
C. Roberto Clemente z7	3	2	3	3	3	1	3	2	2	3	0	0	25	73.5 PS
Silvia Ferrufino z9	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	3	32	94 S
Villa Venezuela z10	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	0	0	28	82.3 S
Tipitapa z 12.1	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	0	0	25	73.5 PS
Ciudad Sandino z1	2	2	3	1	3	2	3	2	3	3	0	0	24	70.5 PS
S. Flores Vivas z 3.1	3	1	3	2	2	1	2	2	2	2	0	0	20	58.8 NS
Morazan z 3.2	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	0	3	25	73.5 PS
Altagracia z 4	2	3	3	3	3	-	3	2	2	3	0	3	27	79.4 S
Francisco Buitrago z 7	3	3	3	2	3	2	3	2	3	1	0	0	25	73.5 PS
Pedro Altamirano z 8.1	3	3	3	1	3	1	3	2	3	3	0	3	28	82.3 S
C. Rugama z 8.2	1	3	3	1	3	1	3	2	3	2	0	0	22	64.7 PS
El Crucero z 11.1	2	1	3	1	1	2	1	2	2	2	0	0	17	50.0 NS
Mateare z 13	3	1	3	2	3	2	3	1	3	3	0	3	27	79.4 S
Ing. J. Buitrago z 14.1	3	3	3	3	2	1	1	2	1	2	0	0	21	61.7 PS
San Rafael del Sur z 14.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Villa C. Fonseca z 14.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T O T A L	38	37	45	32	40	19	38	29	37	36	6	18		
%	74.5	72.5	88.2	62.7	78.4	56	74.5	85.2	72.5	70.5	12	35.2		

ANEXO 2

ENCUESTA A LA INFORMANTE AUXILIAR DE LA URO

1.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Nombre del Centro de Salud _____
- 1.2 Ubicación _____
- 1.3 Nombre del entrevistador _____
- 1.4 Nombre del entrevistado _____
- 1.5 Fecha de la entrevista _____

2. CUANDO UD. ATIENDE A UN NIÑO EN LA URO, PARA HACER EL DIAGNOSTICO Y APLICAR EL TRATAMIENTO, CONSULTA EL DOCUMENTO DE LAS NORMAS URO-85?

- 1.- Sí _____ 2.- No _____

En caso negativo, no las usa porqué:

- 2.1 No las tiene _____
- 2.2 No necesita usarlas _____
- 2.3 La consulta es tan rápida, que no puede consultarlas _____
- 2.4 Personalmente prefiere no consultarlas _____

3. EN LOS CUADROS 3.1, 3.2, 3.3 marque con una X, el Plan QUE CORRESPONDA: ? PARA EVALUAR AL NIÑO CON DIARREA.

3.1	Características de la sed	P L A N		
		A	B	C
3.1.1	La sed es normal			
3.1.2	No puede beber			
3.1.3	La sed es más de lo normal			

3.2

Características de la micción	P L A N		
	A	B	C
3.2.1 La orina es normal			
3.2.2 No orinó durante 6 horas			
3.3.3 La orina es poca			

3.3

Características del estado general del niño	PLAN		
	A	B	C
3.3.1 Somnoliento, inconsciente, hipotónico, convulsiones			
3.3.2 Estado general bueno, alerta			
3.3.3 Somnoliento o irritable			
3.3.4 Presencia de lágrimas en los ojos			
3.3.5 Ausencia de lágrimas y ojos hundidos			
3.3.6 Ausencia de lágrimas, ojos muy secos y hundidos			
3.3.7 Mucosas orales húmedas y respiración normal			
3.3.8 Mucosas orales muy secas, respiración más rápida			
3.3.9 Mucosas orales muy secas, respiración rápida profunda			
3.3.10 Recuperación muy lenta del pliegue			
3.3.11 Recuperación rápida del pliegue			
3.3.12 Pérdida de 50-100 grs. por kilo de peso según edad			
3.3.13 Sin pérdida de peso			
3.3.14 Pérdida de más de 100 grs. por kilo de peso, según edad			
3.3.15 Temperatura normal			
3.3.16 TEMPERATURA mayor de 39 grados centígrados			

4. QUE TIPO DE PLAN DE TRATAMIENTO UTILIZARIA UD. PARA UN NIÑO QUE SE PRESENTA CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS?

4.1 Estado general muy somnoliento con convulsiones; mucosas orales muy secas, respiración rápida y profunda. Temperatura de 38 grados

_____ PLAN _____

4.2 Estado general bueno, aleta mucosas orales húmedas y respiración normal

_____ PLAN _____

4.3 Ausencia de lágrimas en los ojos, oliguria, la sed es más de lo normal y pérdida de 50-100 grs. por kilo de peso del niño, según edad

_____ PLAN _____

5. ANOTE EN LOS ESPACIOS A LA DERECHA LAS CATEGORIAS DEL TIPO DE PLAN QUE UD. APLICARIA A UN NIÑO CON LOS SIGUIENTES SIGNOS:?

5.1 No tiene signos clínicos de deshidratación _____

5.2 Tres o más signos de deshidratación moderada _____

5.3 Tres o más signos de deshidratación grave _____

6. LA FORMULA PARA CALCULAR EL VOLUMEN DE LIQUIDOS, SEGUN PLAN B DE LA NORMATIVA URO-85 ES: (marque solo la verdadera)

6.1 100 ml. 4-6 horas, cada kg. de peso SI _____

6.2 100 ml. por kg. de peso, cada 4-6 horas SI _____

6.3 Kg. de peso por 100 ml. cada 4-6 horas SI _____

7. UN NIÑO DE 6 kg. DE PESO, UBICADO EN EL PLAN B, EL CUAL TIENE QUE PERMANECER 4 HORAS EN LA URO, DEBE RECIBIR EL SIGUIENTE VOLUMEN DE LIQUIDOS CADA HORA:?

7.1 10 onzas SI _____

7.2 6 onzas SI _____

7.3 5 onzas SI _____

8. CUAL ES EL HORARIO DE SERVICIOS DE LA URO, ESTABLECIDO

9. HA SABIDO UD. DE MADRES QUE HAN VENIDO A LA URO, CUANDO ESTA SE ENCUENTRA CERRADA?

SI _____ NO _____

10. CONSIDERARIA UD. NECESARIO, HACER DOS TURNOS PARA AMPLIAR EL HORARIO?

SI _____ NO _____

En caso afirmativo sería conveniente ampliarlo hasta:

6:00 pm. _____ 8:00 pm. _____

9:00 pm. _____ 10:00 pm. _____

11. SIRVASE ANOTAR A CONTINUACION OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS RELACIONADAS CON EL FUNCIONAMIENTO DE LA URO

ANEXO 4

GUIA DE OBSERVACION PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO REALIZADO POR
LA AUXILIAR

DIAGNOSTICO

ATENDIDO POR _____
 EDAD _____ PESO _____ SEXO _____
 GRADO DE DESHIDRATACION: PLAN A _____ PLAN B _____ PLAN C _____
 COMPLICACIONES: (Marcar con "X" a cada una de las complicaciones presentes).

Vómitos _____
 Fiebre _____
 Oliguria _____
 Anuria _____
 Diarrea Crónica _____
 Sangre presente en heces con mucosidades _____
 Exámen de Laboratorio:
 Biometría hemática completa _____
 Citología fecal _____
 Coprocultivo _____
 General de heces _____

TRATAMIENTO

Rehidrato a domicilio _____ Rehidratado en URO _____
 Referido al hospital _____ Contrareferencia _____
 Uso de Antibiótico: Genérico _____ Dosis en Mg _____
 CADA _____ horas
 Vía de administración: Oral _____ im _____
 Sales de rehidratación oral; Preparación: Adecuada _____
 Inadecuada _____
 Cantidad prescrita: ml por kg por hora _____

R E F E R E N C I A

A	B	C	D	T O T A L E S	
No necesita referencia y no fue referido	Necesita referencia y fue referido	No necesita referencia y fue referido	Necesita referencia y no referido	Trat. adecuado	Trat. adecuado

A	<u>A N T I B I O T I C O</u>			Trat. adecuado	T O T A L E S
	B	C	D		
No necesita antibiótico y no recibe	Necesita antibiótico y recibe	No necesita antibiótico y recibe	Necesita antibiótico y no recibe		Trat. inadecuado

ANEXO 5

ENCUESTA A LA INFORMANTE MADRE

RESIDENCIA _____

EDAD DEL NIÑO _____

Sexo _____

MODULO A:

DATOS GENERALES

1. Qué edad tiene Ud.?

Menos de 15 años _____

De 15 - 24 años _____

De 25 - 29 años _____

De 30 años y más _____

2. Estado Civil

Compañero estable _____

Compañero no estable _____

Sola _____

3. Cuantos hijos tiene Ud.?

UNO _____

DOS _____

Más de 2 _____

4. ESCOLARIDAD DE LA INFORMANTE

Alfabeta _____
 Analfabeta _____
 Primaria completa _____ Incompleta _____
 Secundaria completa _____ Incompleta _____
 Carrera técnica _____
 Otros especificar _____

MODULO B: SOCIO - ECONOMICO _____

5. EN QUE TRABAJA USTED?

Ama de casa _____
 Doméstica _____
 Obrera _____
 Trabajo familiar artesanal _____
 Trabajo de Servicios _____
 Otros Otros especificar _____

6. CUAL ES EL INGRESO FAMILIAR?

Menos de 10.000.00 _____
 Hasta 10.000.00 _____
 11-20.000.00 _____
 21-30.000.00 _____
 31-40.000.00 _____
 41-50.000.00 _____
 51-60.000.00 _____
 Más de 60.000.00 _____

7. NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN EN LAS VIVIENDAS _____

8. CUANTOS CUARTOS O DORMITORIOS TIENE LA VIENDA? _____

9. LA VIVIENDA TIENE PISO DE;

a) Tierra _____
 b) Ladrillo _____
 c) Cemento _____

10. MODO DE OBTENER USUALMENTE EL AGUA.

PROPIA:

- a) De la llave _____
- b) De pozo _____

DE UN VECINO:

- a) De la llave _____
- b) De un pozo _____

PUBLICA:

- a) De la llave _____
- b) De un pozo _____
- c) De pipa _____
- d) Del tanque de la Aguadora _____
- e) De río o quebrada _____

Otros _____

11. DONDE HACE SUS NECESIDADES?

- a) Letrina _____
- b) Inodoro _____
- c) Al aire libre _____
- d) En el caso de tener inodoro o letrina, los niños la usan para defecar _____

Siempre	_____	Algunas veces	_____
Nunca	_____	No sabe	_____
Usan bacínilla	_____		

MODULO C. C. PREVENTIVA Y CURATIVA

12. A SU JUICIO LOS NIÑOS MENORES SE ENFERMAN DE DIARREA, PORQUE?

12.1 Les hace daño:

- a) La leche _____
- b) El pecho _____
- c) El huevo _____
- d) Los frijoles _____

12.2 Porqué no le lavamos las manos?

- a) Antes de comer _____
- b) Después de comer _____

12.3 Hay muchas moscas en el lugar _____

12.4 Tienen la barriga grande _____

12.5 Rechinan los dientes _____

12.6 Por descuido _____

13. DÓNDE NACIO SU NIÑO?

13.1 En el hospital _____

13.2 En la casa _____

14. QUE PIENSA UD. DE LA LECHE MATERNA?

14.1 Es el mejor alimento para su niño SI _____ NO _____

14.2 Ayuda a que no se enferme SI _____ NO _____

14.3 No sirve para nada SI _____ NO _____

14.4 Es mu rala SI _____ NO _____

14.5 Es mejor la leche de vaca o la leche en polvo SI _____ NO _____

15. CUANDO ESTA DANDO DE MAMAR, SE BAÑA DIARIO: SI _____ NO _____

16. INDIQUE QUE TIPO DE ALIMENTACION HA RECIBIDO SU NIÑO, DE ACUERDO A SU EDAD:

EDAD DEL NIÑO	SOLO PECHO	PECHO Y LECHE POLVO	PECHO Y CO MIDA SOLIDA	LECHE Y COMIDA SOLIDA
0-28 días				
1-3 meses				
4-6 meses				
7-9 meses				
10-12 meses				
13-24 meses				

17. REFERENTE A LA ALIMENTACION, QUE HIZO UD. CUANDO SU NIÑO COMENZO LA DIARREA?

17.1 Suspendió los alimentos:

- a) por 4 horas _____
- b) hasta 12 horas _____
- c) más de 12 horas _____

17.2 Continúe alimentación, durante el proceso:

- a) Sólo líquidos _____
- b) Sólo sólidos _____
- c) Ambos _____

18. CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE LLEVO A SU HIJO A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO? (NIÑO SANO)

- a) Menos de 3 meses _____
- b) De 3 a 6 meses _____
- c) De 6 a 12 meses _____
- d) Nunca _____

19. EXPLIQUE CUANDO UD. LAVA LAS FRUTAS Y LAS VERDURAS PARA SU NIÑO?

20. DESPUES DE LIMPIAR A SU NIÑO QUE MEDIDAS DE HIGIENE UTILIZA USTED?

21. EXPLIQUE USTED CUANDO SE LAVA LAS MANOS?

22. HA USADO USTED EL SUERO? SI _____ NO _____

23. EN CASO AFIRMATIVO SI USTED PUDIERA ADQUIRIR FACILMENTE LAS SALES DE REHIDRATACION ORAL SE LAS DARIA A SU NIÑO?

Al inicio de la diarrea _____

Durante la diarrea _____

Sólo si se las receta el médico _____

Si se las receta la enfermera _____

Si se las indica el brigadista de salud _____

Si se las recomienda otra persona _____

24. CUANTAS VECES HA TENIDO DIARREA SU NIÑO?

1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____

4 veces _____ 5 veces _____ 6 veces _____

más de 6 veces _____

25. A SU NIÑO CON DIARREA, LO HA TRAIIDO A LA URO? _____

1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____

más de 3 veces _____

26. CUANTO TIEMPO PASO DESDE QUE LE COMENZO LA DIARREA Y LO TRAJO A CONSULTA? _____

Menos de 3 horas _____

de 4 a 6 horas _____

de 7 a 12 horas _____

de 12 a 24 horas _____

Más de 24 horas _____

27. QUE TRATAMIENTO RECIBIO SU NIÑO DURANTE ESTE EPISODIO DIARREICO?

Ud. administró antibióticos que tenía en su casa? _____

Laxantes _____

Purgantes _____

Suero Oral _____

Remedios caseros _____

Lo trajo al ver que no se curaba _____

Lo trajo inmediatamente a la URO, más cercana _____

Lo llevó donde médico privado _____

Recibió medicación por el farmacéutico _____

28. CONSIDERA UD. NECESARIO AMPLIAR EL HORARIO DE LA URO HASTA:

6:00 pm. _____

8:00 pm. _____

9:00 pm. _____

No es necesario _____

29. CUANDO UD. LE DA SUERO A SU NIÑO CON DIARREA, ES PORQUE?

Lo tiene en casa _____

Se lo dan en el Centro de Salud _____

Se lo dan en el Hospital _____

Lo compra en la Farmacia _____