



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD, ACERCA DE
LA NORMA TECNICA DE APLICACIÓN A NIÑOS SEVERAMENTE
DESNUTRIDOS SAN MIGUEL-EL SALVADOR. ENERO-JUNIO DE 2009 “**

AUTOR: Juan René Alfaro Machuca M.D.
TUTOR: José Eliseo Orellana Orellana. M.D.
MSc. Epidemiología

San Miguel, El Salvador

Mayo, 2010.

INDICE.

CONTENIDO	PAGINA.
<i>DEDICATORIA</i>	<i>i</i>
<i>AGRADECIMIENTO</i>	<i>ii</i>
<i>RESUMEN EJECUTIVO</i>	<i>iii</i>
I. INTRODUCCION	4-5
II. ANTECEDENTES.....	6-11
III. JUSTIFICACION.....	12
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
V. OBJETIVOS.....	14
VI. MARCO TEORICO.....	15
6.1. Antecedentes históricos del problema.	15
6.2. Definición.	16
6.3. Clasificación de la desnutrición.	17
6.4. Aspectos de la Guía Clínica de Atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario.	18
6.5. Definición de términos básicos.	20-21
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	22
VIII. RESULTADOS.....	39-42
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	43-53
X. CONCLUSIONES.....	54
XI. RECOMENDACIONE	55-57
XII. ANEXOS.....	58
• Anexo1: Operacionalización de las variables.	
• Anexo 2: Instrumento para recolección de la información.	
• Anexo 3 - 30: Frecuencia y porcentaje de las respuestas a los ítem del cuestionario en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe-San Miguel El Salvador, julio-agosto de 2009.	
• Anexo 31: Tabla de frecuencias sobre el tipo de actitud sobre la desnutrición severa, encontrada en el personal de salud del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.	
• Anexo 32: Tabla comparativa y de frecuencias sobre el cruce entre el nivel de conocimiento subjetivo y el nivel de conocimiento objetivo, en base a puntaje obtenido y al ítem 26. En Hospital Nacional de Nueva Guadalupe-San Miguel- El Salvador, julio-agosto de 2009.	
• Anexo 33: cuadro comparativo entre el nivel de conocimiento obtenido y el tipo de actitud identificado en el personal de salud del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.-San Miguel- El Salvador, julio-agosto de 2009.	
BIBLIOGRAFIA	93

DEDICATORIA.

Primordialmente, dedico este logro a **DIOS TODOPODEROSO**, quien ha sido mi guía y fortaleza en todo este largo camino. A Él quien ha sido el único en darme las fuerzas que no tenía en los momentos más difíciles, a él, que es quien **guía mí destino**.

A mis padres, **Juan René Alfaro Medrano y Ana Miriam Machuca Serpas**, quienes me apoyaron en todo momento ya sea económica, emocional y físicamente, gracias por darme fortaleza, sin ustedes nada sería posible. A mi hermano: **Francisco Elías**, por su comprensión en ciertos momentos difíciles y colaborar a sobrellevar las responsabilidades familiares. A mi hermana: **Yaneth Ana María** porque siempre fue comprensiva, con quienes comparto esta alegría.

Con infinito respeto, admiración y agradecimiento a todos mis **maestros, tutores y asesores de tesis**, por haberme involucrado disciplina, instruirme y forjar todos mis conocimientos.

Con agradecimiento a todo **el personal del Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe**, por brindarme su confianza y su amistad sincera, y haber colaborado con la realización de esta investigación; **a su directora**, quien autorizo en dicho hospital la ejecución de esta investigación y que enriquecieron todos mis conocimientos médicos.

A toda **mi familia, primos, tíos, abuelos y amigos** por brindarme apoyo moral y espiritual en todo momento.

A mis compañeros de promoción, por su amistad y cooperación para lograr este momento.

JUAN RENÉ ALFARO MACHUCA.

AGRADECIMIENTOS

Todo tiene un principio y todo tiene un final; han sido muchos años de experiencia, de duro trabajo y de ilusiones compartidas; junto aquellos que nos rodean, hemos hecho todo lo posible para intentar hacer un poco más fáciles las cosas, quizás lo hemos logrado, siempre gracias a Dios, que nos dio aliento cuando más lo necesitábamos, a nuestros padres y familiares; a nuestros maestros que nos enseñaron y se dedicaron a ampliar nuestro conocimiento, hicimos lo inimaginable para seguir en pie, para continuar con este objetivo, que hoy culmina con este triunfo logrado.

Muchos de ustedes comprenderán éstas palabras y sabrán que tarde o temprano ese ilusionante principio del que les hablo, se convertiría en este feliz final; en el cual todo estudiante tiene puestas sus ilusiones. No sobran palabras para agradecerles a todos el apoyo prestado y echaré de menos muchos buenos momentos y sobre todo a muchos amigos.

Muchísimas gracias a todos por brindarme años inolvidables y por mostrarme vuestra fidelidad y abnegación, fortaleciéndome para lograr nuestro objetivo. Llega a su fin, una etapa de nuestra vida y de nuestro conocimiento, pero se abren mas caminos porque el saber no tiene fin y la carrera es un mar de conocimientos que para alcanzarlos navegarlos requieren años de sacrificio, esfuerzo e ilusiones; todo con un propósito ayudar al prójimo, quien más necesita...

Atte.:

JUAN RENE ALFARO MACHUCA.

RESUMEN EJECUTIVO:

La presente investigación constituye la primera vez en que se realiza sobre la desnutrición severa, su conocimiento y la actitud del personal de salud, en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel, en Enero a Junio de 2009; al mismo tiempo se caracterizo al personal de salud responsable de la atención del niño y niña con desnutrición severa. Conjuntamente se conocieron las barreras para identificar y dar atención en salud según normativas técnicas a los pacientes infantiles con desnutrición severa. La investigación fue descriptiva y transversal, el universo de 86 personas y una muestra de 30 participantes, de los cuales solo 27 cumplían con los criterios de inclusión. Para conocer los datos se utilizo la técnica de la encuesta, empleando un cuestionario de preguntas cerradas y utilizando una escala de liker. Para saber si existe *una actitud favorable o desfavorable* se creó un *INDICE ACTITUDINAL*, se tomo como punto de corte la media del puntaje de la actitud, siendo 16.3 la media, y el índice quedo de la siguiente manera: Una **actitud desfavorable, negativa o de rechazo**: si se obtienen una puntuación ubicada con un puntaje menor o igual a 16. Una **actitud favorable, positiva o de aceptación**: si se obtienen una puntuación ubicada con un puntaje mayor o igual a 17. Para identificar el conocimiento, en los grupos se clasificaban el conocimiento como bajo, medio y alto. Los resultados obtenidos fueron: los recursos que aplican el manual son del sexo femenino en su mayoría, con una edad promedio de 39.89 años, nivel universitario, con más de 7 años de laborar y en su mayoría universitario. Un poco más de la mitad ha recibido alguna capacitación sobre aplicación de la guía clínica de manejo al desnutrido severo. Menos de la mitad de los trabajadores de salud poseen conocimientos altos sobre la guía clínica, y un poco menos de la cuarta parte posee un bajo grado de conocimiento. Las barreras para identificar al desnutrido y dar atención en salud según normativa son la poca capacidad sobre el tema, aunado a esto la falta de interés por parte del personal de salud y la falta de referencia de otras instituciones.

I.- INTRODUCCION.

Desde que el hombre aparece sobre la faz de la tierra, luchó por su alimentación y a medida que fue mejorando en aportes de nutrientes y minerales, fue adquiriendo un mayor cerebro y por ende una rápida y efectiva evolución en su especie y desarrollo; pero no fue hasta el siglo XVIII, que los científicos comenzaron a estudiar el efecto que ejerce la alimentación en el organismo.¹; ya en el siglo XIX los científicos se percataron de la importancia de los minerales como el hierro, calcio y potasio en la alimentación,¹; y ya en la actualidad se conocen las vitaminas y sus funciones. Sin embargo, en la actualidad la humanidad enfrenta grandes problemas en la producción de alimentos, lo cual, aunado a la sobrepoblación mundial y la inequidad en la distribución de los recursos alimentarios en el planeta, generan altos índices de desnutrición, principalmente en los países emergentes. Paradójicamente, mientras grandes porcentajes de la población de estos países emergentes sufren de desnutrición en diferentes grados, la población de los países desarrollados se sobrealimenta, provocando trastornos como la obesidad, anorexia y bulimia. Los problemas nutricionales en la población infantil de El Salvador abarcan grandes dimensiones con impacto importante en el desarrollo físico y mental, y limitando así el potencial de desarrollo humano y de la nación, y solamente mejorando las condiciones de nutrición de la población se podrá mejorar la salud. En El Salvador los principales problemas nutricionales son las deficiencias de energía y proteínas, hierro, yodo y vitamina A, los cuales afectan principalmente a los niños menores de 5 años; estas deficiencias se han identificado como problemas de la salud pública y a pesar de los avances en los últimos años, han persistido altas tasas de desnutrición calórica-proteica y de anemia nutricional, sin que se hayan identificado por completo las deficiencias de yodo y de vitamina A, la deficiencia de yodo a sido la que ha mostrado mejoramiento significativo, ya que los niveles de yodo en orina de escolares tiene un déficit del 5.8% en 1998.

1 Ministerio de Educación y Proyecto Protección del Medio Ambiente. GUIA DIDACTICA III DE EDUCACION AMBIENTAL: EL MEDIO AMBIENTE Y LA COMUNIDAD. Primera edición, Diciembre de 1997. San Salvador, El Salvador. Pág.374-375.

También el gobierno de El Salvador ha adquirido compromisos internacionales enfocados con los objetivos del milenio, por eso en el MSPAS se ha creado la norma técnica: “Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario”, y de la cual se realiza esta investigación.² En *el primer capítulo* se plantea el problema, el cual incluye, los antecedentes del fenómeno objeto de estudio, aquí se plasma la relevancia de la mujer en la sociedad a nivel mundial y las implicaciones de los gobiernos y organismos internacionales en la labor por el bienestar de los niños y niñas, se dan los detalles de la implementación de la estrategia en el ámbito latinoamericano, hasta llegar al ámbito nacional y luego a nivel local, haciendo ver los datos estadísticos y haciendo análisis de los resultados obtenidos en otros países; también se incluye el enunciado del problema que determina la problemática que se estudió; por último queda incluida la justificación del estudio, en la que se explica la importancia de haber realizado esta investigación. Como *segundo capítulo* tenemos los objetivos, los cuales constan de un objetivo general y cuatro específicos, aquí se plantea lo que se pretendía a través de la investigación y que mediante sus logros se obtendría la información para resolver o replantear las limitantes o virtudes de la estrategia en estudio. *El capítulo tercero* incluye el marco referencial, aquí se describe la norma técnica: “Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario” En el cual se establecen y se explican todos los hechos descritos hasta el momento sobre la estrategia, además se incluye la información recogida sobre lo que otros autores han escrito sobre este tópico; al final de este apartado se define una lista de terminología básica que orienta al lector para una mejor comprensión de este documento. A continuación, *el cuarto capítulo* comprende el diseño metodológico aquí se describe detalladamente los pasos que se desarrollaron para la ejecución de la investigación: tipo de investigación aplicada, el universo, la muestra, los criterios para determinar la muestra como los criterios de inclusión y exclusión y

² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. *Manual Básico Para La Suplementación De Micronutrientes*. Segunda edición, abril de 2002. 30 páginas

el tipo de muestreo, las técnicas que se utilizaron para la recolección de información a través de los instrumentos y el procedimiento de cómo se llevo a cabo el proceso de investigación. Como *Quinto capítulo*, se presentan el análisis de los resultados, donde se hace se utilizan métodos estadísticos para lograr explicar y dar respuesta a los objetivos planteados anteriormente. Finalmente, también se presenta la bibliografía, la que sirvió de apoyo para elaborar los aspectos teóricos del documento. Y finalmente se encuentran los anexos, aquí se ilustran hechos y aspectos que hacen más fácil la comprensión de ciertos aspectos de este documento, un cronograma de actividades, en el que se plasman la programación de los tiempos en se desarrollo esta investigación.

II.- ANTECEDENTES DEL FENÓMENO.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizaron la conferencia Internacional de Nutrición (CIN) en la ciudad de Roma, Italia (1992), al reunirse 159 estados se estableció la Declaración Mundial Sobre Nutrición, donde se revisó la situación de la nutrición en el mundo y se sentó las bases para lograr una resolución significativa del hambre y reducir todas las formas de malnutrición.³ En 1995 la FAO actualizó los datos de la población subnutrida del mundo y la OMS en 1998 actualizó las estimas de carencia de yodo, vitamina A y de hierro. La región más afectada por la subnutrición es el África subsahariana y el mundo en desarrollo; en las carencias de yodo y de vitamina A, el sudeste asiático es la zona más afectada. A pesar de todo, se ha notado una mejoría, en Asia, América Latina y El Caribe hubo una reducción significativa (37.7 millones) de niños malnutridos. Pero en el África subsahariana se ha dado un deterioro global, ya que los niños malnutridos aumentaron en un 70% (de 22.5 millones a 38.3 millones de niños).³ Entre los aspectos más dramáticos de la nutrición son la magnitud de las carencias de alimentos, el hambre, la inanición; y su ocurrencia se atribuye a las sequías, los desastres naturales, la guerra, los disturbios civiles y la inestabilidad política.

En América Latina se han realizado, durante los últimos cincuenta años, numerosas encuestas para determinar el estado nutricional de las poblaciones en desarrollo, encontrándose (repetidamente), que la mala nutrición se asocia estrechamente con la pobreza; siendo más afectados los grupos en edades extremas. En 1993, la OMS llevó a cabo un examen exhaustivo de las aplicaciones y la interpretación de los patrones antropométricos. Este examen llegó a la conclusión de que el patrón de crecimiento del *National Center for Health Statistics* (NCHS), que había sido recomendado para su uso internacional desde finales de los años setenta, no representa adecuadamente

³ Dr. C. Latham, Michael. NUTRICION HUMANA EN EL MUNDO EN DESARROLLO. Colección FAO: Alimentación y Nutrición. No. 29. Primera edición 2000.

el crecimiento en la primera infancia y se necesitaban nuevas curvas de crecimiento. La Asamblea Mundial de la Salud apoyó esta recomendación en 1994. En consecuencia, la OMS llevó a cabo el estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento, entre 1997 y 2003, a fin de generar nuevas curvas para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños en todo el mundo. El estudio lo inició la OMS con el fin de desarrollar nuevos criterios internacionales de evaluación del crecimiento físico, el estado nutricional y el desarrollo motor de todos los niños, desde el nacimiento hasta los cinco años. Combinó controles longitudinales desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad; y un estudio transversal de los niños de entre 18 y 71 meses. Se recogieron datos primarios sobre crecimiento e información conexa de ocho mil 440 lactantes y niños menores de cinco años saludables alimentados con leche materna con antecedentes étnicos y entornos culturales muy diversos: Brasil, Ghana, la India, Noruega, Omán y los Estados Unidos de América.⁴ El estudio tiene la peculiaridad de que fue concebido específicamente para elaborar un patrón seleccionando a niños saludables que vivieran en condiciones favorables para alcanzar plenamente su potencial genético de crecimiento. Además, las madres de las y los niños seleccionados para la construcción de los patrones realizaban prácticas fundamentales de promoción de la salud, especialmente alimentar a los hijos e hijas con leche materna y no fumar. El nuevo patrón se basa en el niño alimentado con leche materna, como norma esencial para el crecimiento y el desarrollo. Esto asegura, por vez primera, la coherencia entre los instrumentos utilizados para evaluar el crecimiento, y las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil que recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los⁵ primeros seis meses y continuada con alimentos complementarios como fuente óptima de nutrición. De esta manera se podrán evaluar, valorar y medir con precisión los resultados de la

⁴ Iván Beghin, et al. *Guía Para Evaluar El Estado De Nutrición*. Edición original en inglés: *A guide to Nutritional assesment*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica número 515, 1989.

⁵ Mercedes Onis, et al. *The Who Multicentre Growth Reference Study: Planning, Study Desings, And Methodology*, *Food And Nutrition Bulletin*, 2004, volumen 25, No. 1(suplementos 15-s16.)

lactancia materna y la alimentación complementaria optima. El derecho a la salud y alimentación está establecido en todas las constituciones de las repúblicas centroamericanas y han sido ratificados en los compromisos adquiridos en cumbres mundiales y foros regionales, entre ellos: La Cumbre Mundial de la Alimentación en Roma 1996; la Resolución 38 de la XV Reunión Cumbre en 1994, así como las diversas resoluciones del Consejo Directivo del INCAP; además en la Resolución 20 de la XIV Reunión Cumbre de Presidentes de la Región Centroamericana (Guatemala, octubre de 1993) dice: “Acogemos la iniciativa para la Seguridad Alimentaria Nutricional en los países de Centroamérica, impulsada por los Ministros de Salud, con el apoyo técnico del INCAP y la Secretaria General del SICA.” .⁶ A iniciativa de la FAO, desde 1999 se ejecutan los PESA (PROGRAMA ESPECIAL PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA) en los países de Guatemala, Honduras, Nicaragua; y en 2006, inicia El Salvador. El proyecto se concentra en los países de bajos ingresos con déficit de alimentos (PBIDA) y en aquellos que lo soliciten.⁷ En el 2001, a Guatemala se le presento una crisis nutricional debido a la eficiencia de alimentos en la región, afectados por sequías y tormentas tropicales; por tal motivo en el 2002, elaboraron 3 protocolos para la atención del niño con desnutrición aguda, para los niveles hospitalarios, centro de recuperación nutricional y comunidad. Estos protocolos fueron revisados y actualizados en el año 2004, para que en diciembre de 2005 se publicara la 2da. Edición del protocolo para el nivel hospitalario, que también sirvió de base para desarrollar el protocolo de El Salvador.⁸ A nivel nacional, a finales de los 80's se observo que la gran mayoría de las familias, tanto en el área rural como urbana, consumían inadecuadas cantidades de vitamina A, en ese tiempo se encontró que el 36% de los niños menores de 5 años tenía deficiencia de vitamina A, por tal razón se creó el programa de fortificación del

⁶Gabinete Social de la República de Honduras y Secretaria de Salud. *Política Nacional De Nutrición*. 1ª. Edición, 2006.26 páginas.

⁷PESA/FAO. *Versión electrónica de la presentación: Programa Especial De Seguridad Alimentaria*. 2006. Presentado en la Unidad de Salud de Estanzuelas en marzo de 2007.30 diapositivas.

⁸ Ministerio de Salud de Guatemala. *Protocolo para el tratamiento a nivel hospitalario de la desnutrición aguda severa*. 2ª. Edición 2006. Guatemala. 50 páginas.

azúcar con vitamina A, sin embargo el problema aun no está bajo control, ya que aun se reportan casos de xeroftalmia en menores de 2 años en los hospitales nacionales del país, no se tiene información sobre la incidencia de esta deficiencia en niños menores de 2 años.² En cuanto al hierro, en 1998, el 19 % de los niños menores de 5 años (alrededor de unos 200 mil) se encontraron con anemia.² En 1998, en El Salvador 25 de cada 100 niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica; en el área rural la desnutrición crónica es del 29.7% y es el doble de lo que se encuentra en el área urbana (14.8%).⁹ En cambio, en 2003, según la encuesta FESAL la desnutrición crónica total en niños menores de 5 años es del 18.9%; en el área rural es del 25.6 % y en el área urbana del 11.0 %.⁹ El 6 de enero de 1993, se logró la elaboración del manual de normas y procedimientos del programa de Prevención y control del SIDA, el que fue actualizado con una segunda edición en 1995 y en el que se incluían las normas de atención nutricional, las cuales recomiendan la atención de los pacientes, sobre la base de las necesidades y requerimientos de energía, proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua, caracterizando dietas según signos y síntomas que presenta el paciente y el tipo de problemas como no deglución, náuseas, vómitos y reflujo gástrico; también en la nueva edición del 2002 se incorpora dicho protocolo.¹⁰

A raíz de los problemas identificados, las ONGs, tomaron el tema, y en el año 2004 surge la estrategia de LIBRAS DE AMOR, de FUSAL, en dicho programa se atiende a niños menores de 2 años con desnutrición, con el objetivo de erradicar la desnutrición y contribuir así a superar la pobreza; la estrategia inicio en la zona occidental del país, ya que es la zona que tiene mayor incidencia de desnutrición, actualmente está trabajando en Apaneca, Ataco, Guaymango, San Julián, Tonacatepeque, y en el Volcán de Santa Ana.

11

² Ya citado.

⁹ Asociación Demográfica Salvadoreña, ADS. *Informe De La Encuesta De Salud Familiar, FESAL 1998*. San Salvador, El Salvador.

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social & Programa Nacional ITS-VIH/SIDA. *Guía De Nutrición Para El Manejo De Personas Viviendo Con VIH/SIDA*. Cuarta edición, Septiembre de 2005. San Salvador, El Salvador. Pág. 14-15.)

¹¹ Disponible en www.librasdeamor.org, consultada el 30 de septiembre de 2008.

En el 2005, el MSPAS conformo un grupo de expertos, con el cual hizo reuniones y elaboraron los lineamientos para formar la guía clínica, la cual fue ratificada y difundida en el 2007. ¹² La situación nutricional de la nutrición en el país es la siguiente: el perfil de enfermedades nutricionales para el año 2007 es: ¹² Bajo peso al nacer, desnutrición proteica energética en niños menores de 5 años, Anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 5 años, Anemia en mujeres gestantes, Baja prevalencia de lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses, Introducción temprana e inadecuada de alimentos en los niños y niñas menores de 6 meses, Obesidad en niños y adultos (mujeres), Enfermedades crónicas no transmisibles en adultos. En nuestro país, a partir del 2006, se desarrolla el PESA/FAO, el programa tiene componentes y a su vez estos en actividades, de los cuales el componente 3 es de salud y nutrición, el cual es desarrollado en coordinación y ejecución directa por promotores de salud, personal de unidades de salud, región oriental de salud y departamentales de Morazán y Usulután y las ONGs INTERVIDA y Visión Mundial. ⁷ También por parte del Ministerio de Educación se van desarrollando 2 censos de talla y peso en los niños de 1er. grado para identificar el grado de desnutrición crónica, el primero se realizó en el año 2000 y el 2º. en el año 2007.

Dentro de la ciudad de Nueva Guadalupe se cuenta con el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, quien tiene en su área geográfica de influencia lo constituye lo fue llamado el SIBASI DE NUEVA GUADALUPE, está compuesto por los municipios de la micro región del Valle de la Esperanza (San Buenaventura, Lolotique, Jucuapa, Chinameca y Nueva Guadalupe) y los municipios de Quelepa, Moncagua, haciendo una población blanco de 86738. ¹³ (actualmente pertenecen al SIBASI DE SAN MIGUEL).

⁷ Ya citada.

¹² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Versión Electrónica: Presentación No. 1...Antecedentes, Guía clínica de Atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario.2007.* 18 diapositivas.

¹³ Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). *Monografía Sobre Desarrollo Humano Y Objetivos De Desarrollo Del milenio, Micro región Valle La Esperanza, Departamentos De Usulután Y San Miguel.* 1ª. Edición, julio de 2006. San Salvador, El Salvador.84 páginas.

III.- JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud y Asistencia Social de El Salvador promueve el programa de atención integral a la niñez con un componente dedicado exclusivamente a la valoración del crecimiento y desarrollo del niño, sin embargo todos los indicadores para valorar el estado nutricional para valorar el crecimiento del niño menor de cinco años han sido superadas por el estudio multicéntrico realizado por la OMS, el cual se ha iniciado a utilizar en todos los establecimientos de salud salvadoreños. De ahí el propósito de realizar un estudio que permita conocer cómo el Ministerio de Salud y Asistencia Social a través de esta implementación está actualizada, y ya que es necesario conocer si están siendo pertinentes en su aplicación, si se es conocida de forma adecuada, cual es la actitud, si tienen la eficacia y la efectividad deseada, e indagar si esto es debido al poco conocimiento del personal responsable y plantear un posible impacto.

Para mantener y mejorar las capacidades de los infantes es fundamental mejorar sus condiciones nutricionales, de aquí la importancia de que todos los trabajadores sanitarios implicados en desarrollar la norma de la guía clínica la conozcan adecuadamente, ya que al conocerla estarán salvando vidas de personas inocentes. Por eso surge la necesidad de realizar una evaluación de los conocimientos, para que de ser posible, se pueda orientar al personal operativo y a la vez dar los avances que tiene la estrategia y así el Ministerio de Salud podrá evaluar el impacto que tiene en la población infantil y al mismo tiempo le servirá de pauta para realizar modificaciones o reorientarla. Además con los resultados obtenidos en la investigación se está beneficiando a la población estudiantil, la población civil, y todos los posibles estudiantes y trabajadores de la salud, ya que constituye la primera ocasión que se realiza un estudio de esta magnitud en nuestro medio, por lo tanto sirve de base teórica para otras investigaciones con el fin de desarrollar acciones específicas y evaluar el efecto de las intervenciones del Ministerio de Salud. Por todo lo antes expuesto se considera de vital importancia realizar esta investigación en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A partir de la problemática antes expuesta se deriva el siguiente problema de investigación el cual se enuncia de la siguiente manera:

¿Existe una actitud y conocimiento sobre la desnutrición severa por parte del personal de salud del Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe desde junio a julio de 2009?

V.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

5.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la actitud y el conocimiento del personal de salud en la atención del niño y niña con desnutrición severa en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel, en Junio a Julio de 2009.

5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar al personal de salud responsable de la atención del niño y niña con desnutrición severa.
2. Determinar el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud sobre la norma técnica para el manejo de la desnutrición severa a nivel hospitalario.
3. Identificar el tipo de actitud del personal de salud responsable de la atención hacia la atención del niño y niña con desnutrición severa.
4. Describir las barreras para identificar y dar atención en salud según normativas técnicas a los pacientes infantes con desnutrición severa.

VI. MARCO TEORICO.

61. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL PROBLEMA.³

Los datos del mundo entero demuestran que las causas subyacentes, en la mayoría de los problemas de nutrición, no se han modificado sustancialmente en los últimos 50 años (La pobreza, la ignorancia y la enfermedad, junto con el suministro inadecuado de alimentos, ambientes insalubres, estrés social y la discriminación). todavía persisten como factores que interactúan y se combinan para crear condiciones en las que florece la malnutrición. Sin embargo, lo que cambia de modo fundamental es el enfoque para tratar la malnutrición. Cada década atestigua un nuevo marco de referencia dominante, capaz de reducir sustancialmente el problema de la malnutrición antes que pasen los diez años.³ Durante las décadas de 1950-1960, la carencia de proteína y el kwashiorkor se consideraron como los principales problemas. Las rápidas soluciones que incluyeron los concentrados de proteína de pescado, las proteínas unicelulares o la fortificación con aminoácidos y una mayor producción de alimentos ricos en proteína de origen animal, fueron las estrategias propuestas para el control de la malnutrición en los trópicos y subtrópicos A finales de la década de 1960 y durante la de 1970, el término «malnutrición proteico-energética» se incorporó a la literatura. El aumento del consumo de proteína y energía para los niños era la solución y los Centros de Recuperación Nutricional y los Programas Integrados de Nutrición Aplicada se ofrecieron como estrategias seguras para atacar este problema. A consecuencia de la CIN, los economistas empezaron a reemplazar a nutricionistas y pediatras como arquitectos de las nuevas políticas, con mucho énfasis en la seguridad alimentaria nacional, y agencias como el Banco Mundial enfatizaron los proyectos para generar ingresos.

³ Dr. C. Latham, Michael. NUTRICION HUMANA EN EL MUNDO EN DESARROLLO. Colección

En 1985, el Fondo Monetario Internacional (FMI) empezó a promover ajustes estructurales en los países y la OMS y el UNICEF reinventaron los Programas Integrados de Nutrición Aplicada, con el nombre de «Programa Conjunto de Apoyo a la Nutrición». A principios de la década de 1990, el tema de los micronutrientes puso a la MPE en un segundo plano, a medida que los nutricionistas, las agencias internacionales y las universidades trataron de obtener soluciones rápidas para controlar la carencia de vitamina A, la anemia y los Trastornos por carencia de yodo. En el año 2000 se establecen los Objetivos Desarrollo del Milenio y en el 2002, la FAO, a raíz de la Conferencia Internacional de Nutrición, crea el libro *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*, en el que enfatiza que las estrategias con base en los alimentos son el único medio sostenible de mejorar el estado nutricional de toda la población.

6.2. DEFINICION:

1- Según Carlos Montalbán Carrasco, DESNUTRICION es un trastorno del equilibrio entre la ingesta de alimentos y las necesidades individuales provocado por una absorción alterada de nutrientes, una disminución de la ingesta, una pérdida elevada de nitrógeno u otros nutrientes o una situación clínica de hipermetabolismo, si este desequilibrio se prolonga se produce un trastorno de la composición corporal caracterizado por un exceso de agua extracelular, déficit de potasio, masa muscular, tejido graso e hipoproteinemia que interfieren con la respuesta normal del individuo ante la enfermedad y su tratamiento. ¹⁴

2- De acuerdo a la guía clínica, **la desnutrición** es una condición patológica ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes derivados de un desequilibrio provocado por un aporte insuficiente o un gasto excesivo, o la combinación de ambos. ¹⁵

¹⁴ García, Juan Carlos; García, Mónico; Calvo Alen, Jaime. *MANUAL DEL MEDICO DE GUARDIA 2006-2007*. Editor Amazon. Ediciones Díaz de Santos. 2007. Págs. 502.

¹⁵ MSPAS. *Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario*. 1ª. Edición, junio de 2007. San Salvador, El Salvador. 75 páginas.

3- La Guía de Atención Integral en Salud a Niños y Niñas Menores de 5 años, clasifica a los niños en **desnutrición severa**, así: si el peso *para la edad* en el niño (a) de 0-24 meses se ubica abajo de menos tres desviaciones estándar, o si el *peso para la talla* en el niño(a) de 2 a menor de 5 años cae debajo de menos 3 desviaciones estándar. ¹⁶

6.3. CLASIFICACION DE LA DESNUTRICION.

Existen al menos cuatro parámetros para clasificar la desnutrición, estos son:

1.-De acuerdo a su origen:

Desnutrición de **origen primario**, cuando resulta de la ingesta inadecuada de alimentos. Desnutrición de **origen secundario**, cuando es consecuencia de otras enfermedades que se acompañan de una ingesta baja de alimentos, absorción o utilización inadecuada de los nutrientes, aumento de los requerimientos nutricionales y/o aumento de las pérdidas de nutrientes.¹⁵

2.-La Clasificación de Gómez:

Categoriza a los niños como **normales; o desnutridos**, en **primero, segundo y tercer grado** según si presentan un déficit ponderal del 10-24 por ciento, 25-39 por ciento y mayor o igual del 40 por ciento, respectivamente, de la mediana de referencia. ¹⁵

3.- Según síndromes clínicos:

El término Desnutrición Proteico Energética incluye los síndromes clínicos severos de: ¹⁷ **Kwashiorkor** (edema y predominio deficiencia de proteínas). **Marasmo** (sin edema y predominio de la deficiencia de energía). **Kwashiorkor Marasmático**.

¹⁵ Ya citado.

¹⁶ MSPAS. *Guía de Atención Integral a Niños y Niñas Menores de 5 Años*. 1ª. Edición, Octubre de 2007. San Salvador, El Salvador. Capítulo I: Crecimiento y Desarrollo, pág. No. 9.

¹⁷ Varios autores. *Tratado de Pediatría de Nelson*. 1 tomo. 18ª. Edición, 2007. Editorial McGraw Hill. México.

4.- Según los patrones de referencia del crecimiento infantil: ¹⁸

- Referencias del NCHS/OMS: Normal; desnutrición leve, moderada o severa.
- Referencias d Puntuación Z o Desviación Estándar de la OMS: la clasifica como normal; desnutrido, desnutrido severo.
- Según el Índice de masa corporal. (No hay referencias).

6.4. ASPECTOS DE LA GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON DESNUTRICIÓN SEVERA A NIVEL HOSPITALARIO. ¹⁵

El objetivo de la Guía Técnica es proporcionar al personal de salud los lineamientos técnicos para ser aplicados en la atención integral de los niños y niñas con desnutrición severa a nivel hospitalario. Y al mismo tiempo, al dar tratamiento se pretende: Disminuir la morbi-mortalidad de los niños y niñas con desnutrición severa. Promover el manejo integral de los niños y niñas desnutridas a fin de disminuir la estancia hospitalaria. Brindar Educación Alimentaria Nutricional a la madre, padre y/o encargado del niño(a) en la adaptación de la dieta del hogar para prevenir la reincidencia de la desnutrición. ¹⁵ La guía establece que todo menor de 5 años con desnutrición severa debe ser considerado como una emergencia médica y por tanto debe ser ingresado en el servicio de pediatría en el área de nutrición (cada hospital debe tener un área específica); al momento del ingreso al paciente se le realizara una valoración médica y una nutricional. En la valoración médica se le toman los signos vitales, se buscan signos y síntomas, exámenes de laboratorio (de acuerdo a la capacidad de cada hospital), medidas antropométricas; la valoración nutricional se debe de

realizar en las primeras 24-48 horas del ingreso, y se basara en los indicadores clínicos, bioquímicos, antropométricos y dietéticos; debe tener el formulario número 1 de la guía técnica. _____

¹⁵Ya citada.

¹⁸ OPS/OMS. *PROMOCION DE LOS NUEVOS ESTANDARES DE LA OMS PARA EL CRECIMIENTO DEL NIÑO*. Unidad de nutrición/Área de salud de la familia y la comunidad. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. 9-10 e diciembre de 2004. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/UN/MEX04_informe_final.pdf.

Una vez establecida ambas valoraciones, se iniciara el tratamiento, el cual esta dividido en 4 fases:

- I. **TRATAMIENTO INICIAL O FASE DE URGENCIA:** Dura un promedio de 3-7 días, y se resolverán las complicaciones que amenazan la vida (alteraciones hidroelectrolíticas; hemodinámicas: Insuficiencia cardíaca, anemia severa; térmicas: hipotermia; y metabólicas: hipoglucemia; deficiencia severa de vitamina A; o infecciones).
- II. **INICIO DE LA RECUPERACION NUTRICIONAL:** Esta etapa comienza a partir del 3-7 día o se inicia en las primeras 24 horas, si el paciente no presenta complicaciones se inicia la implementación de los micronutrientes, según edad. En esta etapa el encargado del paciente debe estar junto a él las 24 horas del día y la institución le proporcionara la alimentación, para la alimentación del niño se utilizaran esquemas normados en la guía (indicado por medio de un esquema que irá con letras mayúsculas-A, B, C, D-de acuerdo a los días de estancia hospitalaria y una subnumeración de acuerdo al peso real en kilogramos: A = Primeros 3 días de Tratamiento Nutricional;
B = Del 4to. a 6to. día de Tratamiento Nutricional; C = Del 7mo. al 9no. día de Tratamiento Nutricional; D = A partir del 10mo. día. El paciente debe ser evaluado por lo menos una vez al semana por el equipo interdisciplinario (médico, nutricionista, enfermera, fisioterapista, trabajo social y psicólogo), debe tener el formulario 2 y 3 de la norma técnica. (Ver anexos).
- III. **CONSOLIDACION DE LA RECUPERACION NUTRICIONAL:** Se inicia al establecer una franca mejoría, generalmente a los 8-10días, se debe

continuar la rehabilitación nutricional (incorporación de alimentos, estimulación emocional y física, instituir un plan de medidas preventivas).

- IV. ADAPTACION A LA DIETA DEL HOGAR: Inicia unos 2-3 días antes de dar el alta, se debe hacer más énfasis en la educación alimentaria nutricional al encargado del paciente.

También la guía establece que se dará el alta al paciente cuando alcance un peso para la talla arriba del 80% de adecuación ó Desnutrición Moderada (arriba de -2 Desviación Estándar y cuando la ganancia de peso se mantiene constante); cuando la patología de ingreso haya sido resuelta. Cuando la madre, padre o encargado del niño(a) haya sido capacitado(a) para el manejo ambulatorio en la adaptación de la dieta a la de su hogar. Cuando el apetito del niño(a) se ha restablecido o la tolerancia sea del 80% ó más del requerimiento. Además deberá ser referido al nivel de atención que le corresponde.

3.1.5.- DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

Conocimiento: Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Escenario comunitario: todo espacio donde se llevan acciones grupales y esta por fuera del espacio familiar.

Escenario Familiar: Se considera aquel espacio privado con su entorno inmediato donde viven los grupos humanos.

Establecimiento de salud: instalación física dotada con las herramientas establecidas de acuerdo a su clasificación para ofertar servicios de salud a una población de responsabilidad programática.¹⁹

Estrategia: Es la combinación integrada de acciones para el logro de un determinado objetivo.

Norma técnica: Documento de grupo técnico para todas las instituciones que proveen atención en salud en la población, donde se reúnen los lineamientos y

bases necesarias para ofrecer una atención integral con miras a actuar en un problema de salud pública²⁰

Personal sanitario o Personal de salud²⁰: Toda persona cuyos servicios profesionales o actividades laborales tengan como finalidad directa conservar o restablecer la salud de los seres humanos, ya sea que los presten de manera permanente u ocasionalmente en una institución de carácter público o privado.

Riesgo: es la mayor posibilidad de padecer un daño. Es probabilístico y no determinista.

Servicio de salud²⁰: Conjunto de intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación que se brindan a los usuarios en un establecimiento de salud.

¹⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Guía para el sistema de Información para la Profilaxis por Exposición al VIH, SIPPE**. Tercera edición, julio de 2005. San Salvador, El Salvador. 28 Páginas.

²⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Norma Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis**. Tercera edición. Febrero de 2007. San Salvador, El Salvador. 125 páginas

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Con la presente investigación se determino la actitud y el conocimiento de la norma técnica: **“Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario”** creada en la unidad de nutrición de la gerencia de atención integral en salud a la niñez del MSPAS; en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe; mediante un estudio descriptivo y transversal. Es descriptivo porque mediante los instrumentos se hace mención de las variables de los implicados en la ejecución de la guía clínica, y se detallan los hallazgos de la investigación en forma de descripción. Y transversal porque se realizo un corte en el tiempo, es decir se toman datos de un periodo determinado, ya mencionado, y no se realiza algo de seguimiento. Tuvo un enfoque mixto, porque no solo evaluó la opinión, o expresiones de los participantes en la investigación, sino también ponderó el nivel de conocimiento de la guía.

7.2. UNIVERSO O POBLACIÓN.

El personal que labora en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe es de 86 personas, entre personal médico, paramédico y administrativo. De estos hay 20 médicos, 34 enfermeras, un nutricionista, 2 fisioterapeutas y demás personal administrativo.

7.3. MUESTRA.

El personal de salud que tiene bajo su responsabilidad la ejecución de la guía clínica se toma en base al censo de empleados de recursos humanos del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, según cargo, en total 30 empleados, los que se distribuyen en las siguientes áreas: 1 nutricionista.1 trabajadora social. 2

fisioterapeutas. 1 psicóloga. 3 pediatras (2 del servicio de pediatra y 1 de la consulta externa). 1 jefe de residentes. 8 medico residentes. 1 jefe de enfermeras. 6 enfermeras de pediatra (de planta en este servicio). 6 cocineras. Por lo que se tomo un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se tomaron a todos los responsables de la ejecución de la guía, para que los resultados sean estadísticamente significativos.

7.4. CRITERIOS DE INCLUSION.

Las personas que participaron en este estudio cumplían con los siguientes criterios:

- Que tengan más de 3 meses de laborar en el hospital.
- Medico general, jefe de residentes y especialistas responsables del manejo de niños y niñas menores de 5 años.
- Personal de enfermería designada de planta en el servicio de pediatría y que cubran al menos en turnos rotativos el área de pediatría.
- Psicólogo en año social o de planta que tenga más de 3 meses de laborar en el centro hospitalario.
- Personal de cocina con tiempo laboral mayor a tres meses en dicho hospital.

7.5. CRITETIOS DE EXCLUSION.

Los individuos que no participaron en esta investigación cumplian con los siguientes criterios:

- Médicos, enfermeras, o fisioterapeutas en año social.
- El médico director, médico epidemiólogo, el cirujano, gineco-obstetra, e internista.
- Personal que tenga menos de tres meses de laborar en el hospital.
- Personal de enfermería que no cubre en ningún momento el área de pediatría.

7.6. TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Dentro de las técnicas que se utilizaron están:

- A. **Documental bibliográfica:** a través de la cual se consultaron libros, revistas, artículos, sitio electrónicos.
- B. **Técnicas de trabajo de campo:** con las cuales se recopiló la información primaria proveniente de los cuestionarios.

La Encuesta: Esta técnica permitirá obtener información de la población, tomando en cuenta al personal de salud, mediante la auto aplicación de un **cuestionario** con preguntas de opción múltiple

7.7. INSTRUMENTOS.

Para la investigación bibliográfica se utilizaron fichas bibliográficas. La investigación de campo se realizó a través de la aplicación de un cuestionario, dicho cuestionario está dividido en 5 partes, en la primera parte se describe el objetivo de la investigación y se dan las indicaciones generales para su llenado. En la segunda parte, se detallan los datos generales del personal de salud. En la parte tres, se formulan preguntas para conocer la actitud del personal y están dirigidas al fisioterapeuta, psicólogo, trabajadora social, cocineras, enfermeras, nutricionistas y médicos; tiene 18 preguntas, establecen un apartado para responder lo que la persona crea conveniente. En la parte 4, se evalúa el conocimiento de los fisioterapeutas, psicólogo, trabajadora social, cocineras, enfermeras, médicos y nutricionistas, consta de 12 preguntas de selección múltiple; las preguntas 22.-, 25.-, 30.-, permitían responder abiertamente en caso de ser necesario; de la pregunta 20 a la 32 evalúan conocimiento somero. La quinta parte, exclusiva para los médicos, enfermeras y nutricionista, y solo se evaluó el conocimiento de aspectos técnicos de la mencionada guía; esta parte consta de 7 preguntas de selección múltiple y 1 de pareo, a las que se les ha asignado también, un puntaje de acuerdo al grado de complejidad o numero de posibles respuestas correctas. Para conocer el contenido de los instrumentos, remitirse al anexo 2.

7.8. PROCEDIMIENTO

La investigación se desarrolló en dos fases:

La planificación. En esta etapa se elaboró el protocolo que inicio la tercera semana de marzo y finalizando la primera semana de julio, del corriente. Se pueden enumerar los siguientes pasos: Selección del tema. Determinación del área de trabajo. Elaboración del protocolo de investigación. Obtención de población. Solicitud de autorización al director del Hospital en estudio.

La ejecución. Esta segunda etapa se llevó a cabo durante un periodo de 5 semanas la cual se divide a su vez en 3 fases:

1. **Validación del instrumento:** esto se realizó a través de la ejecución de una prueba piloto la cual se llevo a cabo en la primera semana de agosto del año 2009, tratando de valorar si las preguntas están mal formuladas, resultan incomprensibles o incómodas o reordenarlas si es necesario. Esta prueba se realizó con el personal del hospital que no está involucrado con la atención del paciente desnutrido severo; se le pasara a los médicos Internistas y Cirujanos, junto a enfermeras de sala de operaciones.
 - a. **Recolección de datos:** Se realizó a través de la administración del cuestionario a partir de la primera semana de agosto.
 - b. **Plan de análisis: Tabulación, Análisis e Interpretación de Datos:**

Una vez recolectada la información a través de los instrumentos antes descritos se procedió a la tabulación de los datos haciendo un análisis a profundidad de estos, por lograr interpretar de una manera correcta los datos plasmados. Para un mejor análisis, al personal y las preguntas se las dividió por grupos según el aspecto a evaluar, de la siguiente manera:

PREGUNTAS	DIRIGIDO A	ASPECTO A ESTUDIAR.
1-18	Fisioterapeuta. Psicólogo.	Actitud.
19	Trabajadora social. Cocineras. Enfermeras. Médicos. Nutricionistas.	Barreras.
20-32.	Fisioterapeuta. Psicólogo. Trabajadora social. Cocineras. Enfermeras. Médicos. Nutricionistas.	Conocimientos. (Conocimiento somero)
33-40	Enfermeras. Médicos. Nutricionistas.	Conocimientos. (Conocimientos técnicos)

Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario de investigación.

La actitud se evaluó mediante la implementación de la escala aditiva tipo Likert, con cinco opciones de respuestas, y con un número de 18 ítems. A cada punto u opción de respuesta se le asignó un valor numérico, que va desde el -2 hasta el +2, obteniendo así una puntuación respecto a la afirmación planteada como interrogante; se podía obtener un puntaje mínimo de -36 y un máximo de +36. Al final para obtener la puntuación total se sumaron las puntuaciones obtenidas por el sujeto. En este caso para saber si existe *una actitud favorable o desfavorable* se creó un *INDICE ACTITUDINAL*, es decir se creó un indicador cuantitativo para poder medir o clasificar la actitud, se tomó como punto de corte la media del puntaje de la actitud, siendo 16.3 la media, y el índice quedó de la siguiente manera:

- Una **actitud desfavorable, negativa o de rechazo**: si se obtienen una puntuación ubicada con un puntaje menor o igual a 16.
- Una **actitud favorable, positiva o de aceptación**: si se obtienen una puntuación ubicada con un puntaje mayor o igual a 17.

Para valorar el nivel de conocimiento, se hará en dos grupos, según la parte IV y la parte V, y se le darán puntajes a los ítems que evalúan conocimiento, así:

PREGUNTA	VALOR DEL ITEMS.	PERSONAJE EVALUADO.	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE OBTENIDO
20-26 28-30 32.	1 punto.	Fisioterapeuta. Psicólogo. Trabajadora social.	(GRUPO a) 29	60 puntos. (Enfermeras. Médicos. Nutricionistas.) (GRUPO c= la suma de los puntajes de las preguntas del grupo a y del grupo b)
27	6 puntos	Cocineras.		
31	3 puntos	Enfermeras. Médicos. Nutricionistas. (GRUPO a)		
33	3	Enfermeras. Médicos. Nutricionistas. (GRUPO b)	31	
34-35	4			
36	11			
37-38	1			
39	2			
40	5			

Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario de investigación.

Partiendo del puntaje obtenido, se establecieron tres niveles de conocimiento, de la siguiente manera:

PUNTAJE.	NIVEL	GRUPO
0-9 puntos.	Bajo.	Grupo a.
10-18 puntos.	Medio.	
19-29 puntos.	Alto.	
0-19 puntos.	Bajo.	Grupo c.
20-39 puntos.	Medio.	
40-60 puntos.	Alto.	

Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario de investigación.

Luego se procedió a realizar el cruce de variables, relacionando los resultados de la actitud y el conocimiento con las características del personal de salud y con los factores o barreras que se relaciona con este punto. La información de los cuestionarios fue procesada en el programa Epi Info versión 3.5.1 año 2008. Gráficamente se representa de la siguiente manera:

	La actitud.	El conocimiento.
Características del personal de salud.	X	X
Factores y barreras relacionadas.	X	X

7.9. CONTROL DE SEGOS.

Debido a que los datos fueron procesados en el programa Epi Info, este programa ya realiza automáticamente dichos controles.

7.10. CONSIDERACIONES ETICAS.

Se solicitó la autorización a nivel de la Dirección del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe. Se guardó la privacidad en la recolección de los datos y en la confidencialidad de la información generada. En ningún momento se trató con pacientes, sino que solo con personal de salud.

VIII.- RESULTADOS.

Para la recolección de los datos se empleo un cuestionario, el cual fue respondido por 27 personas del sector salud del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, para esto se utilizó un muestreo probabilístico con muestra por conveniencia. Una vez ejecutada la investigación se procedió a la digitación de los datos en una vista de Epi Info, en el archivo:

PROYECTO:

C:/Epi_Info/Tesis_Actitud_y_desnutrición_DrAlfaro..MDB

FORMATO DE DATOS:

Epi Info 2000.

VISTAS:

viewwProtocoloDrAlfaro

viewRESUMENDEDATOS

Obtenidos en los resultados en la investigación son los siguientes:

DESCRIPCION DE RESULTADOS.

De los 27 encuestados 10 de ellos (37.00%) fueron de la dependencia medica; 7 de ellos del personal de enfermería (25.9%); y 6 de ellos (22.22%) fueron del personal de cocina; y 2 de estos pertenecían al área de tecnología médica y 2 a otras dependencia (7.4% cada una). *(Para más detalles ver los anexos)*. Del total de participantes el 37.0% (10) son médicos, el 25.9% (7) son enfermeras, el 22.22% (6) son cocineras, y solo una es nutricionista y una fisioterapeuta. *(Ver los anexos)*. En cuanto al tiempo de trabajo, el 51.9% (14) del personal encuestado tiene más de 7 años laborales; el 29.6% tiene entre 5-6 años de trabajo y representan a 8 encuestados; el 11.1% tiene solo de 3-4 años de trabajar en el sector salud; de 1-2 años laborales solo el 3.7% y solo 1 empleado

tiene menos de un año de laborar pero más de 3 meses. (Ver anexo). En relación al nivel de estudios del personal se obtuvo que el 55.6% (15 personas) tienen estudios universitarios, estos son médicos enfermeras, nutricionistas y fisioterapeutas; mientras que estudios de básica y estudios técnicos los presentan 6 personas respectivamente y equivalen a 22.2% para cada uno de los tipos de educación antes mencionados. (Ver anexos). El 81.5% (22 personas) son del sexo femenino, y tan solo el 18.5% son del masculino, que solo representan 5 individuos. (Ver anexos). La edad promedio de los participantes es de 39.89 años (40 años aproximadamente), con una desviación típica de 9.14 años. La edad mínima es de 27 años y la máxima de 65 años, la edad que más se repite es de 27 años. (Ver anexos).

Las siguientes 18 aseveraciones evalúan el tipo de actitud, formuladas utilizando una escala tipo Lickert, escala aditiva individual para cada participante, se obtiene que para la aseveración *“la desnutrición severa es un problema relevante con implicaciones en el país”*, solo hubieron dos opciones de respuesta, la *“totalmente de acuerdo”* que da un puntaje de 2 y lo respondió el 74.1% (20) de los participantes; mientras que el 25.9% (7) opinan estar *“de acuerdo”* con la aseveración planteada. La próxima aseveración plantea *“En mi vida cotidiana y práctica diaria no busco la manera de identificar a niños(as) con desnutrición severa”*, encontrando que el 22.2% (6) de los participantes opinan en su vida cotidiana y práctica diaria no buscan la manera de identificar niños (as) con desnutrición severa; mientras que el 44.4% (12) están de acuerdo con la afirmación y solo el 33.3% está totalmente de acuerdo con lo antes mencionado. La tercera aseveración: *“Cada vez que atiendo a un niño(a) le pregunto sobre su alimentación y apetito”*, verificando que 15 de los participantes (57.7%) están de acuerdo con la aseveración de que cada vez que atienden a un niño o niña le preguntan sobre su alimentación y apetito, además que solo 5 de estos están totalmente de acuerdo con tal aseveración; mientras que solo el 23.1% (6 personas) lo hacen en grado de desacuerdo; y una persona que no respondió la

interrogante. Al interrogar sobre *“Cuando tengo la oportunidad oriento, a los padres o responsables del cuidado del infante, sobre su alimentación”*, el 3.7% (1) está totalmente en desacuerdo en que al tener la oportunidad orientar a los padres o responsables del cuidado del infante; y el 18.5% está en desacuerdo con la interrogante anterior; el 51.9% muestra una actitud *“de acuerdo”*, y un 25.9% tiene una respuesta de *“totalmente de acuerdo”* ante la interrogante anterior. La quinta afirmación menciona *“En toda mi vida, por lo menos he identificado a un niño(a) con desnutrición severa”* con dos opciones de respuestas, observando que el 88.9% (24 personas) están totalmente de acuerdo con la aseveración de que en toda su vida han identificado a un niño con desnutrición severa, mientras que tan solo el 11.1% (3 encuestados) afirma no haberlo hecho. Como sexta aseveración se menciona *“Nunca ha atendido a un paciente con desnutrición severa”*, derivando que el 77.8%, 21 personas, presentan una respuesta de *“totalmente de acuerdo”*; mientras que el 22.2%, 6 individuos, están *“totalmente en desacuerdo”*. Ante la siguiente pregunta *“Cuando tengo conocimiento de un paciente con desnutrición severa siento rechazo hacia él”*, se evidencian dos respuestas, la de *“totalmente de acuerdo”* con un 85.2% de opinión, que equivale a 23 personas; y la otra de *“de acuerdo”* con un 14.8%, que representa a 4 individuos. La 8 plantea: *“Cuando estoy con un niño con desnutrición severa siento que los padres son los culpables”*, y se observa que el 3.7% (1) está de acuerdo con la aseveración anterior; y el 18.5% (5) está totalmente de acuerdo con la misma; sin embargo el 51.9% (14 personas) están en desacuerdo, y solo el 25.9% están en totalmente en desacuerdo. La novena aseveración versa *“Cuando yo conozco un caso de desnutrición severa me siento incompetente e incapaz de poder ayudar”*, ante lo que el 11.1% no se siente incompetente e incapaz de poder ayudar; mientras que el 48.1% (13 personas) están de acuerdo con la aseveración anterior, y un 40.7% (que equivale a 11 individuos), opinan está totalmente de acuerdo con la aseveración antes mencionada.

Las respuestas al ítem 10 (*“El responsable del tratamiento de un infante con esta patología debe solicitar ayuda cuando no puede solventar una complicación o situación”*) demuestran que el 92.6%, que son 25 participantes, están totalmente de acuerdo con que los responsables del tratamiento de un infante con desnutrición severa deben solicitar ayuda cuando no pueden solventar una complicación o situación; mientras que solo el 7.4% (2) opinan estar de acuerdo con la aseveración. El 48.1% (13), opina estar de acuerdo con la aseveración planteada en el ítem 11 (*“La guía clínica de atención al niño desnutrido está acorde con la realidad del país”*) y el 14.8% (4) están totalmente de acuerdo; mientras que el 33.3% responde estar “en desacuerdo”, y solo 1 persona opina que le es “indiferente”. La doceava aseveración versa: *“La aplicación de la guía clínica en mención no ha sido pertinente”*; ante la aseveración anterior se puede observar que el 25.9% están en oposición a esta, el 3.7 % de este *en totalmente desacuerdo* y un 22.2% *en desacuerdo*; mientras que un total del 66.7% acepta como verídica tal aseveración, dividido este en un 14.8% con la opinión de *totalmente de acuerdo*, y otro 51.9% con la opinión de *“de acuerdo”*; mientras que solo al 7.4% le es indiferente. El 4.2% (1), opina estar *en totalmente desacuerdo*; y que el 20.8% (5) opina estar *en desacuerdo*, también, se observa que el 37.5% (9) están *de acuerdo* y otro 37.5% está *en totalmente de acuerdo*; para un total de 24 respuestas obtenidas de la aseveración 13 (*“Siempre se deja evidencia u de otro tipo en los expedientes clínicos sobre la atención o el aporte hecho al paciente”*). El ítem 14 plantea que *“Solos los médicos y nutricionistas son los más indicados para identificar y manejar a los desnutridos severos”* obteniendo que el 40.7% están en oposición ante la aseveración mencionada, haciendo el desglose, se tiene que el 25.9% está solamente *“en desacuerdo”* y que el 14.8% está en *“totalmente en des acuerdo”*. Mientras que el 33.3% respondió *“de acuerdo”*; y el 25.9% respondió *“totalmente de acuerdo”*. “El personal de salud se siente comprometido en manejar bien y según lo establecido en la guía clínica de atención a todos los niños con desnutrición severa”, que plantea la pregunta 15, la cual fue contestada por 15 participantes, se obtuvo que el 48.0% respondieron “de

acuerdo”; y un 36% respondió estar “totalmente de acuerdo”; mientras que el 4.0% está “totalmente en desacuerdo”, y el 12.0% esta “en desacuerdo”. La 16 dice: *“El personal de salud se siente satisfecho con el nivel de conocimiento que tiene sobre la guía clínica”* y se evidencia un total de 25 respuestas, de las cuales 11 corresponden a “en de acuerdo” y representa un 44.0%; también 8 de estas corresponden a “de acuerdo” y equivale a 32.0%, mientras que 6 (24%) opinan “totalmente de acuerdo”. La pregunta 17 plantea 4 opciones de respuesta ante la interrogante “Durante los tres últimos meses, cuantos casos de desnutrición severa en menores de 5 años ha identificado”, obteniendo que 11 de estas, equivalen a 40.7%, responden uno; 8 responden ninguna; y el 25.9% responde dos a tres; y solo 1 respondió más de 4. *“Después que ha identificado un caso de desnutrición severa, ¿qué ha hecho?”*, así versa el ítem 18, observando que el 2.86% (1 participante) responde que “no sabe qué hacer en este tipo de casos”. Mientras que ante las respuestas: “los refiere a profesionales médicos” y “conserva a los pacientes tratando de ayudarles”, respondieron 12 respectivamente, que representa el 34.28% para cada una; y el 28.57% (10 respuestas) respondió que “le otorga tratamiento médico”.

Mediante el ítem 19 (De los aspectos que a continuación se mencionan, ¿Cuál o cuáles son las barreras que usted considera que influyen para identificar y dar atención en salud según la normativa de la guía clínica) se trata de identificar las barreras ante la problemática planteada, podían dar varias opciones de respuesta, obteniendo un total de 71 respuestas, de las cuales 20 (equivale al 28.17%) respondieron *“poca capacitación sobre el tema”*; 14 de ellas (19.71%) corresponden a *“falta de interés por el personal de salud”*; otras 9 respuestas (que es el 12.67%) corresponden a *“falta de referencia de las otras instituciones”*. Otras 7 opiniones, escogieron la opción *“pocos especialistas disponibles”*, que representan el 9.86%. Ante la opción: *“falta de apoyo por los padres de familia”*, solo hay 6 respuestas, que son el 8.45%. También a la opción de *“falta de apoyo institucional”*, *“otro, mencione”*, hay 4 para cada una, y es el 5.63% para cada una

de las opciones. Mientras que solo hay 3 respuestas para “*falta de tiempo en la consulta*”. Y solo hay 2 respuestas para “*falta de conocimientos sobre el tema*” y “*no responde*”, lo que para cada una de ellas es el 2.82%.

La siguiente sección comprendida entre las pregunta 20 a la 32 va dirigidas a fisioterapeuta, psicólogo (a), trabajadora social, cocineras, enfermeras, médicos, nutricionistas y evalúan conocimiento somero o generales. Ante la interrogante: “¿Alguna vez ha leído las guías clínicas de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario?”, se obtiene que de un total de 27 repuestas se deriva que 16 fueron “sí”, lo que equivale al 59.3%, mientras que 11 fueron para “no”, y esto corresponde a 40.7%. la pregunta 21 dice: “Teniendo en cuenta que “conocer” implica “haber aprendido una cosa”, y partiendo de esto; ¿Conoce usted las guías clínicas en mención?” verificando que el 66.7%, equivalente a 18 personas, respondieron en forma afirmativa; mientras que el 33.3% (9 opiniones) de forma negativa. el ítem 22 plantea “Dado que usted conoce la guía clínica, ¿Puede mencionar desde hace cuanto tiempo las conoce?” obteniendo que 9 no las conocen, es el 33.3%, y son las que respondieron “no” en la interrogante anterior. También se observa que 14 de estas, conocen la guía clínica desde hace más de 1 año, representan el 51.85%. Mientras que el 14.81%, son 4 respuestas, las conocen hace 6 meses. El ítem 23: “¿Ha recibido alguna capacitación u orientación técnica sobre la aplicación de la guía clínicas de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario?”, se observa un total de 27 opiniones, y de las cuales 15 respondieron “sí” y equivalen a 55.6%; mientras que 12 opinan “no” y esto representa el 44.4%. Ante la interrogante “Si le han capacitado, ¿Cuántas capacitaciones ha recibido sobre el tema en cuestión?”, se observa que 14 (51.86%) de estas han recibido una capacitación, y solo una persona ha recibido más de 4 capacitaciones y equivale al 3.70%, mientras que las 12 restantes no han recibido ninguna. Al preguntar Identifique “¿Quien fue el que le brindo la capacitación u orientación sobres las guías clínicas en estudio?” las respuestas muestran un total de 27 participantes; siendo 12 de ellas equivalentes

al 44.44% las que señalan que ningún individuo las ha capacitado, y ha 7 de ellas las capacitó el responsable del programa a nivel local, mientras que al 14.81% (4 de estas) le capacitó el nivel central de Ministerio de Salud; y solo a 1 le ha capacitado el SIBASI. El 11.11% (3 opiniones) mencionaron “otro, menciones” y sus respuestas fueron: “la enfermera jefe de servicio”, “la nutricionista”.

Ante el ítem 26 plantea “Siendo realistas, desde su punto de vista, ¿en cuál de los siguientes niveles de conocimiento acerca de la guía clínica, considera que se ubica usted?”, se deriva que el 7.41% (2 opiniones) corresponde a un nivel alto; mientras que para el nivel bajo y nivel medio hay 10 respuestas para cada uno, y también con un 37.04% respectivamente. Sin embargo hay 5 personas que no respondieron a la interrogante, y estos son el 18.52%. Siendo un total de 27 respuestas.

La pregunta 27 versa: “Dada la complejidad de los cuadros clínicos con desnutrición severa, la guía establece que debe haber un equipo multidisciplinario, y según su conocimiento, el equipo está integrado por. Puede escoger varios”; se observa un total de 173 opiniones con 12 opciones de respuesta, de las cuales solo 6 son las correctas. Los que respondieron “*médico*” y “*nutricionista*” fueron 27 para cada uno y corresponde al 15.61%, para cada una, del total de respuestas. Otras 26 respondieron “*enfermera*” y representa el 15.03%. Mientras que 22, el 12.72%, identificaron a “*la o el trabajador(a) social*”. Ante la opción de “*las cocineras (os) del hospital*” solo respondieron 20, y equivale al 11.56%. También se observa que 18 de estas 173 corresponden a “*El Fisioterapeuta*” (el 10.40%). Otras 17 opiniones corresponden a “*El Psicólogo*”, y es equivalente al 9.83%. Corresponde 9 respuestas al “*promotor (a) de salud*” (el 5.20%). También el ISNA obtuvo 4 opiniones y representa el 2.31%. Solo el 1.16% respondió “*El jurídico de la institución*” y corresponde a 2 respuestas. Mientras que solo 1 persona respondió “*La Fiscalía General de la República-Policía*”.

“Usted ya mencionó los integrantes del equipo interdisciplinario para el manejo y evaluación del paciente con desnutrición severa, pero estas evaluaciones deben hacerse cada cierto tiempo, escoja cada cuanto tiempo es lo correcto realizarlas”, así lo plantea el ítem 28, obteniendo que el 51.85%, que son 14 respuestas, responden “al menos una vez cada semana”. Y que el 25.92% (7) opinan que la evaluación se debe realizar “al menos una vez al día”. Mientras que 4 personas; es el 14.81%, opinan que “al menos 1 vez al mes”; sin embargo hubo 2 personas que no respondieron y equivale al 7.41%. el ítem 29 plantea que “En el hospital que usted labora, cuando se ingresa a un paciente con desnutrición severa, se pasa a la siguiente área del servicio de pediatría” teniendo que de las 27 opiniones, 2 de estas son el 7.4% y respondieron “*área de nutrición*”; también 3 personas, es el 11.1%, opinan *desconocer* el área de ingreso, otras 4 personas identifican a “*Aislados*” y “*área según la edad del paciente*” y es el 14.8% para cada una, mientras que un total de 14 respuestas, es el 51.9%, opinan que “*se pasa a cualquier área y según patología del comórbidos*”. El ítem 30 (“Una vez identificado un caso de desnutrición severa y ya estando ingresado, el papel del personal que lo está atendiendo es el siguiente:”) tiene 4 opciones de repuestas, de las cuales la totalidad de 27 (100%) personas respondieron “*Estar interesado y hacer lo que el caso amerite*”; mientras que las opciones “*No estar interesado en tratar los casos*”, “*Estar interesado, pero sin hacer algo que ayude al niño*”, y “*otro*”, no obtuvieron ningún punto a favor. “Dentro de las evaluaciones diarias que se le realizan al paciente, mencione cual o cuales hacen en su práctica diaria (puede escoger varias literales).”, planteado en la pregunta 31, se observa que hubo una persona que no respondió el ítem, es equivale al 1.47%, mientras, que la opción “*Peso diario (Kg) con ropa y antes del desayuno*”, y “*Todas las anteriores*”, obtuvo 2 respuestas respectivamente y representa el 2.94% a cada una, otras 5 respuestas, el 7.35%, corresponden a “*Solicitar interconsultas al equipo interdisciplinario*”, también el 27.94% (19 respuestas) respondieron “*Control de vómitos y evacuaciones*”, y “*Peso cada día antes del desayuno y sin ropa*” para cada opción, y el 29.41% (20) respondió “*Controlar cantidades de alimentos*

ofrecidos, consumidos y sobrantes”; haciendo un total de 68 puntos para 27 encuestas. En la pregunta **32**, (En su hospital, ¿se permite la estancia a la madre o encargado del paciente las 24 horas del día y se le da alimentación por parte de la institución?), se puede identificar que 26 corresponden a “*siempre*” y es equivalente al 96.3%, mientras que solo 1 (el 3.7%) opina que “*algunas veces*” se permite la estancia a la madre, y a las opiniones “solo si el jefe o la jefe del servicio lo autorizan” y “nunca”, no obtuvieron ninguna respuesta.

La última sección comprende desde el ítem 33 al 40, y esta exclusivamente dirigidas a los médicos, enfermeras y nutricionista (evalúa conocimiento técnico). El planteamiento de la pregunta **33** es: “Escoja la definición correcta para el término de desnutrición severa”, planteando 7 opciones de respuesta, siendo una la correcta, observando que hay un total de 29 respuestas. Solo hay 1 respuesta para las opciones: “*a) Cuando hay un niño con edema o emaciación visible, aunque la relación peso-edad o peso-talla sea mayor al 70%., d) Es una condición patológica ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes derivados de un desequilibrio provocado por un aporte insuficiente o un gasto excesivo a la combinación de ambos., f) Solo a, b, y d, son correctos.*”, y equivale al 3.45% para cada una de las opciones. Mientras que para el literal “*c) Si la relación peso-talla en el niño de 2 a 5 años es debajo de -3 desviaciones estándares*” solo hay 2 respuestas que representan el 6.90%. Ante las opciones de: “*g) todos son correctos*”, “*b) Si la relación peso-edad en niño de 0-24 meses es debajo de las -3 desviaciones estándares*”, hay 3 respuestas y es el 10.34% respectivamente. Hay 8 puntos pero ha estos cuestionarios no les correspondía responder esta pregunta. También hay 10 respuestas que corresponden a “*e) solo a, b, y c son correctas*” y es equivalente al 34.48%. (Ver cuadro 39 en los anexos).

El ítem **34** (Debido a que el tratamiento de la desnutrición será un proceso paulatino, este es dado en cuatro fases, se le ruega aparearlas según el orden de intervención) plantea 4 respuesta de pareo, mostrando un total de 27 respuestas,

de las cuales 9 no corresponden responderla. Por lo que se tiene que 4 respondieron 2 opciones correctas; y 13 personas respondieron 13 respuestas correctas, mientras que una no respondió ninguna respuesta correcta.

El cuadro de respuestas al ítem **35** (En las primeras 24-48 horas del ingreso del niño(a) usted realiza una evaluación del estado de salud y nutrición y esto se hace por medio de indicadores, marque cual o cuales utiliza usted), muestra que el 33.33% de los participantes respondió entre 1-2 respuestas correctas y otro 33.33% no le correspondía la interrogante. Mientras que el 29.63%, que son 8 participantes, solo respondió entre 3-4 respuestas correctas. Y solamente 1 (el 3.70%) persona respondió de forma incorrecta. Siendo un total de 27 cuestionarios. 8 ver cuadro 41 en los anexos).

La pregunta **36** dice “Mencione que exámenes son indicados al ingreso del paciente con desnutrición severa en el servicio de pediatría”, donde se puede observar que 17 respuestas corresponden a “EGO”, “EGH”, y equivale al 11.64% para cada uno, también hay 16 respuestas que representan el 10.96% y es para “hemograma completo”; otras 15 personas responden: “Sodio”, “Potasio”, y equivale a 10.27% respectivamente, el 9.59%, es 14 respuestas, escogieron “Cloro” y “Glicemia”. La opción de “proteínas totales” fue respondida por 10 personas (el 6.85%). También hubo 1 persona que no respondió a las opciones. Y a 9 personas no les correspondía responder este ítem. Es de mencionar, también que las opciones “TGO-TGP” y “Calcio” obtuvieron 5 puntos cada una y equivalen a 3.42%. Mientras que solo obtiene 4 puntos las opciones: “Magnesio”, “TP-TPT” y es equivalente al 2.74% para cada una.

En el cuadro de respuestas del ítem **37** (Dentro de las patologías asociadas a la desnutrición severa, cual ha visto en este hospital. (Puede mencionar varias)); se puede observar un total de 61 respuestas, de las cuales 9 no les correspondía dar respuesta a este ítem. Y de las cuales 7 han escogido “Alteraciones

hidroelectrolíticas” lo que es equivalente al 11.48%. También el 18.03%, que es a 11 respuestas, opinaron “Diarrea con o sin deshidratación”. Además las opciones “Insuficiencia cardiaca congestiva” y “Anemia severa” obtuvieron un puntaje de 12 respectivamente que es igual 19.67% a cada una. El 4.92% menciona “hipoglucemia” con una frecuencia de 3. Hubo una persona que identifica a la hipotermia. Hay 2 personas que no dieron respuesta. Y otras 4 persona que identifican a “infecciones”.

La pregunta **38** da cuatro opciones de respuesta ante: “Con respecto al tratamiento de las patologías antes mencionadas, estas ¿se tratan igual a las que presenta un niño sin desnutrición?”, pudiendo verificar que 15 opiniones corresponden a “No se trata igual” y equivale al 55.55%; mientras que el 3.70%, lo que es igual a 1 respuesta, escogió las opción de “No se trata igual” y “Lo desconozco”. También el 37.04% no respondieron o no les correspondía contestar.

“Usted sabe que en el tratamiento institucional del niño se hace por medio de esquemas que van en letras mayúsculas, de acuerdo a los días de estancia y el peso real en kilos, entonces en el siguiente caso, ubique la forma correcta de indicación de la dieta de un niño de 2 años en su segundo día de estancia hospitalaria y con un peso de 7.2 kilos”; así lo plantea la pregunta **39**, demuestra que hay 9 respuestas para las opciones “A2M” y para “No corresponde”, y representan el 33.33% para cada una. También hay 4 respuestas para la opción “A7M” y es equivalente para el 14.81%. Hay 1 respuesta para las opciones “A2M”, “Solo a, y c, son correctas” y “No responde”, y es igual al 3.70% para cada una respectivamente. Mientras que el 7.41%, 2 respuestas, opinan que ninguna de las respuestas es correcta.

El ultimo interrogante indaga los criterios de alta para los pacientes con desnutrición severa, según la norma técnica, dando 10 opciones de respuestas,

con un total de 74 respuestas; de las cuales 16 (que es el 21.62%) corresponden a “Cuando sus responsables están capacitados” Y a “Cuando tolera el 80% del alimento ofrecido y tiene apetito”, respectivamente. También se puede verificar que a la opción “Cuando su patología de ingreso ya se resolvió” respondieron 13 y es el 17.57% de las respuestas. También hay 11 respuestas a “Cuando ya ha alcanzado una relación peso-edad o peso-talla mayor al 80%”, que es equivalente al 14.86%. Mientras que solo 8 respuestas corresponden a “Cuando ya ha alcanzado la desnutrición moderada”, es igual al 10.81%. Hubo un participante que no respondió el ítem.

Para conocer la actitud general se presenta el siguiente cuadro: El cuadro 47 (ver anexos) muestra una frecuencia de 20 para una actitud favorable y representa el 74.074%, mientras que hay 7 que presentan una actitud desfavorable y es equivalente a 25.926%. Entonces al cruzar las variables simples como PROFESION Y ACTITUD, se puede observar que en la profesión médica se observa 0 frecuencia en actitud desfavorable y 10 en la favorable (es el 37.04%). En las enfermeras, hay 1 para actitud desfavorable, y 6 para favorable. La fisioterapeuta presenta 2 en favorable (es equivalente al 7.41%). La totalidad de las cocineras, 6, presenta una actitud desfavorable. La trabajadora social presenta una posición favorable, al igual que la nutricionista. El Psicólogo no participo, por lo que no obtuvo puntajes. También al cruzar el tiempo laboral con la actitud, y se observa que en el empleado que tiene menos de 1 año y el que tiene de 1 a 2 años, presentan 1 frecuencia para actitud favorable (el 3.70%). Y para el que tiene 3-4 años tiene 3 de frecuencia en la actitud favorable. Mientras que los que tienen 5-6 años de trabajo hay 3 (11.11%) que presentan una actitud desfavorable y 4 (el 14.81%) con una actitud favorable. También hay 11 (el 40.74%) personas con una actitud favorable y otras 4 (el 14.81%) que tienen más de 7 años laborales. (Ver los anexos, en tabla). Relacionando la educación del personal con la actitud que estos han obtenido; se observa que 5 (18.52%) con la actitud desfavorable tiene educación de Básica. Y en el nivel de Bachillerato y Universitario se encuentra 1 a

cada una y es equivalente a 3.70% respectivamente. También hay una frecuencia de 5 para la actitud favorable y con educación de Técnico, es el 18.52%.mientras que los que presentan educación universitaria tienen 15 (55.56%) que presentan una actitud favorable. Al cruzar la actitud obtenida y el sexo se puede verificar que el 25.92% (7) son mujeres que se ubican en la actitud desfavorable y que 15 (55.56%) mujeres también se ubican en la actitud favorable. Mientras el sexo masculino, los 5 (el 18.52%) participantes se ubican en la actitud favorable. Se puede observar, al relacionar la edad con la actitud, que el 40.74% (11 participantes) obtuvo una actitud favorable y se ubicaban entre las edades de 27 a 37 años, también, que el 33.33% (9 personas) tiene una actitud favorable y están entre el rango de edad de 38-47 años, mientras solo se obtiene 1 respuesta de un participante entre las edades de 27-37, 58-67 años dentro de la actitud desfavorable, también hay 3 personas entre las edades 48-57 años que obtiene una actitud desfavorable. Y por ultimo 2 (7.40%) obtienen una actitud desfavorable y ubicados entre las edades de 38 a 47 años.

Al cruzar la variable conocimiento y profesión, se obtiene que el médico obtiene un 3.70% (1) en conocimiento bajo, al igual que para el conocimiento medio y el 29.63% para el nivel alto. La profesión de enfermería no obtuvo puntos en nivel bajo, pero el 14.81% (4) se ubicó en el nivel medio y el 11.11% (3) en el alto. La totalidad de las fisioterapista (2, el 7.41%) obtiene un nivel bajo. Las cocineras, 3 (el 11.11%) obtienen un nivel bajo y otra cantidad igual en nivel medio. La trabajadora social (1, el 3.70%) obtuvo un nivel medio, al igual la nutricionista. En el cruce entre el conocimiento y el tiempo laboral, se observa que los que tienen “menos de 1 año”, “3-4 años”, y “5-6 años”, obtuvieron una frecuencia de 1 en el nivel de conocimiento medio; representa el 3.70% para cada uno, también los tiempos de “1-2 años” obtuvieron un puntaje de 1 en el nivel bajo. Mientras que 2 obtuvieron nivel alto en el tiempo de “3-4 años”, en el periodo de “5-6 años” se obtuvo una frecuencia de 3 en el nivel bajo (11.11%) y 3 en el nivel alto. Mientras que 7 personas que trabajaron más de 7 años obtuvieron un nivel

medio (el 25.92%), también 6 (22.22%) de los que trabajan más de 7 años, obtuvieron un nivel alto; en el mismo periodo de trabajo, 2 personas obtuvieron nivel bajo. Cruzando o relacionándolo con la educación, se observa que no hay personas sin educación formal. Que de las 6 personas con educación básica, 3 de ellas (11.11%) tuvieron un nivel bajo y otras 3 un nivel medio. No hay participantes con estudios de bachillerato. Los que tiene nivel técnico, 5 (18.52%) se ubican en nivel medio de conocimientos y 1 (3.70%) en el nivel alto. Y los de nivel universitario, 2 (el 7.41%) obtiene el nivel medio; 3 (el 11.11%) un nivel medio; y 10 (37.04%) un nivel alto de conocimiento. La relación entre el sexo y el nivel de conocimiento, obteniendo el sexo masculino 1 (3.70%) en el nivel bajo y 1 en el nivel medio, mientras que obtiene 3 (el 11.11%) en el nivel alto. Para el sexo masculino, se observa que hay 5 (18.52%) en el nivel Bajo, 9 (33.33%) en el nivel medio, y 8 (29.63%) en el nivel alto. Al cruzar las variables edad y conocimiento, se observa que hay 4 rangos de edades. En el rango de 27-37 años hay 3 (11.11%) personas que se ubican en el nivel Bajo, y 4 que se ubican en el nivel medio (el 14.81%), mientras que hay 5 (18.52%) que se colocan en el nivel alto. Dentro del rango de 38-47 años, se puede verificar que 1 personas se ubica en nivel bajo, 3 en nivel medio y 6 (22.22%) en nivel alto. Mientras que en el rango de los 48 a 57 años, hay 1 participante en nivel bajo de conocimiento, 3 en nivel medio, y 0 en alto. En el ultimo rango, de 58-67 años, hay 1 persona en nivel bajo, y ninguno en los otros niveles de conocimiento.

También se cruzan los resultados obtenidos de la pregunta que evalúa en conocimiento subjetivo de los participantes con el verdadero nivel de conocimiento obtenido por ellos, pudiendo observar que se presentan 4 niveles de conocimiento subjetivos (opinión propia del participante) contra 3 niveles de conocimientos según la evaluación aplicada (puntaje obtenido). De los 10 que se auto ubicaban en nivel bajo, hay 4 que se ubican este mismo nivel pero hay 6 que obtiene un puntaje que los ubica en el nivel medio. Del total de 11 participantes que se ubicaban subjetivamente en nivel medio de conocimientos, solamente 2 se

colocan en este mismo y 9 más se ubican en el nivel alto, por su puntaje. Para el conocimiento alto, hay 2 personas que se auto ubicaban en este nivel y también según su calificación se ubican en este mismo nivel. Y hubo 4 personas que se ubicaban en que no conocían nada de las guías clínicas, pero se ubican, según se puntaje, 2 en los niveles bajo y 2 en el alto.

Para finalizar (ver los anexos, en el cuadro 59) se cruzan las variables principales: **El conocimiento y la actitud del personal**, obtenida en la evaluación. Un total de 20 personas, obtuvieron una actitud favorable, y de estos hay 3 (11.11%) con nivel de conocimiento bajo, 6 (22.22%) con conocimiento medio, y 11 (40.74%) con conocimiento alto. También hay 7 personas que se colocaron en la actitud desfavorable, de las cuales 3 (11.11%) están ubicadas en el nivel bajo y solo 4 (14.81%) en nivel medio de conocimientos, no hay aquí personas con nivel alto de conocimientos.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS:

La mayor parte de los integrantes del personal de salud en las diferentes dependencias está formada por médicos, enfermeras y personal de cocina; no se incluye a otras dependencias porque la guía clínica establece que estas serán las involucradas en su ejecución y por tanto son estas las que deberían tener el conocimiento técnico necesario para su aplicación. De aquí su importancia, ya que estos serán los que defenderán la correcta aplicación al conocerla la guía clínica. La profesión que mas debe conocer es la médica, ya que es la que está más en contacto con este tipo de pacientes, seguido de la profesión de enfermería y el personal de cocina, ya que son las profesiones más involucradas en el conocimiento de la guía clínica. Es importante conocer cuánto tiempo tiene el personal de salud desempeñando su cargo ya que es lógico que entre más tiempo se esté trabajando exista más experiencia en el manejo de los problemas, pero podemos caer en el agotamiento, de aquí la importancia de realizar un cruce de variable entre el tiempo y la profesión, al hacer este cruce se obtiene que las profesiones que más tiempo laboral tienen (más de 7 años) son los médicos, enfermeras, fisioterapistas, nutricionistas y cocineras, sin embargo esto no significa que serán estas las que más conocimiento tengan y presenten una buena actitud hacia la desnutrición severa o que presenten lo contrario. Es evidente que más de la mitad de los estudiados tiene nivel universitario lo que puede influir en obtener un mayor nivel de conocimientos y presentar una mejor actitud, ya que a mayor nivel educativo se espera presentemos un mejor rendimiento. Son las cocineras en su totalidad las que presentan un nivel de estudio más inferior al resto. Es de todos conocidos que en la mayoría de las instituciones de salud hay más mujeres que hombres, y en esta institución no es la excepción, puede esto ser beneficioso para lograr una aplicación eficaz y eficiente de las guías clínicas ya que a las mujeres puede despertárseles el instinto maternal y pudiesen presentar una buena actitud hacia este tipo de pacientes con desnutrición severa. También

al realizar el cruce entre el sexo y el nivel de estudios, se obtiene que todos los del sexo masculino tiene estudios universitarios mientras que el femenino tiene en todos los nivel pero predomina en el universitario. El promedio general de los participantes es un factor clave en el desempeño laboral, esto implica que tienen más experiencia en la identificación de los casos y que han desarrollado un cierto grado de responsabilidad, todo esto es un factor para una buena actitud y por ende que se conozca y se aplique de manera correcta la guía clínica para el desnutrido severo.

Queda claro que para casi las tres cuartas partes de los encuestados la desnutrición severa es un problema con altas implicaciones en la salud pública del país, y en todos los aspectos del país, mientras que el resto está de acuerdo que es un problema. Entonces al estar de acuerdo con la aseveración se puede decir que la totalidad tienen una buena apreciación del problema y esto puede influir en su actitud hacia la problemática. Solo el 22.2% buscan la manera de identificar casos y niños con desnutrición severa. El 76.9% (sumando el porcentaje de los de “de acuerdo”, 57.7%; y los de “totalmente de acuerdo”, 19.2%) presenta buena actitud ante la búsqueda de casos al querer indagar sobre la alimentación. Sin embargo, el 23.1% no interroga sobre la alimentación de los niños al atenderles. Todo esto puede influir en la manera de ejecución de las guías clínicas, ya que si no buscamos no encontraremos casos. Al evaluar la acción actitudinal del participante ante el problema en estudio, y es evidente que la tercera parte de estos tiene buena actitud ya que según estos datos, orientan cuando es necesario, lo que es bueno para la aplicación correcta de guías clínicas y de transmisión de conocimiento. Queriendo obtener un dato positivo o negativo, lo que determina el tipo de actitud del encuestado ante la panorámica general del problema, si tiene interés en este tópico, tendrá que haber conocido al menos un caso sobre el particular, y esto determina que trate la manera de seguir identificando nuevos casos en su futuro y esto al final influirá positivamente su desempeño. Si una persona ha identificado un caso, se esperaría, de la manera más lógica, que la

trate medicamente, más si está en el ámbito de salud, pero parece ser lo contrario ya que más de la tercera parte no les ha tratado, pero si han identificado al menos uno. Esto implica que casi hay pocos casos de ingresos hospitalarios pero que hay más casos identificados pero no manejados intrahospitalariamente. Parece que el 85.2% siente rechazo hacia un desnutrido severo, lo que aparentemente no tiene relación con las opiniones anteriores. Lo que indica que ante este particular presentan una actitud desfavorable.

El 77.8% aceptan que los padres no son los culpables de la desnutrición severa en los niños. Sin embargo, solo el 22.2 % tienen un puntaje positivo (solo 6 participantes), por lo que estos están de acuerdo en que los padres son los culpables de la desnutrición severa en los niños. Que más del 80 % tiene la capacidad y no se sienten competentes desde el punto de vista subjetivo, lo que puede influir en el tratamiento adecuado e integral de un niño con desnutrición severa. Es de sabios reconocer cuando no se puede solucionar un problema, por lo tanto es útil y de reconocer a un individuo que reconoce sus capacidades y limitantes, por lo que se puede observar que la totalidad de los encuestados están de acuerdo con solicitar ayuda ante una situación de este tipo, lo que se debe de elogiar en ellos, para poder solucionar un problema. Solo el 33.3% (9) personas opinan estar en desacuerdo con la aseveración de que la guía clínica de atención al niño desnutrido está acorde con la realidad del país.

La pertinencia es un aspecto importante al evaluar un programa, en este estudio es evidente la mayoría de los participantes consideran que no ha sido pertinente la aplicación de las guía clínica, mientras que la cuarta parte consideran que si ha sido pertinente; sin embargo aquí no se estudian las causas ni las razones para tener este criterio. Sin embargo es importante hacer notar que la desnutrición severa no ha sido un problema de pronta aparición por lo que se debió implementar dichas guía con mucha más anterioridad. El 75% de los encargados dejan evidencia de lo que hacen, en los expedientes; lo que constituye

una actitud positiva ante la aplicación de la guía clínica.

En la década de los noventa las organizaciones de reconocimiento mundial establecieron la estrategia economista para paliar la desnutrición severa, en esta se pretendía un enfoque en el que los nutricionistas y los pediatras eran los pilares para resolver el problema, mientras que actualmente las estrategias se basan en la disponibilidad de alimentos. La mayoría de los empleados estudiados tienen más de 7 años de trabajo, y su formación se dio en esa década, por lo que la mayoría tendrá esta perspectiva a menos que se esté actualizando, y si observamos el 59.2% están aceptando esta aseveración planteada, solo los médicos y nutricionistas son los más indicados para identificar y manejar a los desnutridos severos, lo que pudo influir en su forma de responder. El mayor porcentaje del personal se siente comprometido con aplicar de forma correcta la guía clínica, pero, la mayoría no se sienten satisfechos con el nivel de conocimientos que poseen.

La medida que se identifican los casos de desnutrición severa es porque se le brinda más dedicación a su búsqueda, al parecer la incidencia de esta patología es bastante alta a nivel de este hospital, para identificar más de tres casos en los últimos tres meses, es considerable. Sin embargo la cuarta parte, aproximadamente, no ha identificado ningún caso.

No es lo mismo identificar algo, que saber qué hacer con lo que ha identificado. En las anteriores respuestas, varía el número de respuestas con respecto al número de cuestionarios entregados, ya que era una pregunta que daba lugar a varias respuestas, por lo que totalizan 35. Es evidente que todos respondieron de forma correcta o satisfactoria ante la desnutrición severa.

Es evidente que las personas opinan que la principal causa es que hay poca capacitación sobre el tema, seguido de la falta de interés por el personal de

salud y como tercera más importante esta, falta de referencia de las otras instituciones, la cuarta es por pocos especialistas disponibles y la quinta corresponde a falta de apoyo por los padres de familia. Al conocer estas causas, será en ellas que se tendrá que trabajar para mejorar la aplicabilidad de la guía clínica. Ente las opiniones ante la opción de “otro menciones” fueron: *“falta de alimentación idónea”, y “falta de interés de las Organizaciones no gubernamentales”*. Hubo dos personas que dejaron las opciones en blanco, no respondieron la pregunta.

Es importante conocer si anteriormente ya han leído la guía clínica, ya que esto implicaría un cierto grado de responsabilidad autodidactica de parte del personal de salud, al cruzar las variables se observa que la profesión que no ha leído antes las normas son las cocineras, y las fisioterapistas; 1 medico que no las leído y 2 enfermeras. Lo que demuestra lógicamente que no les han instruido en ellas y que no las conocen.

Las guías se comenzaron a difundir de forma masiva a nivel nacional en el año 2007, por lo que esperaríamos que la gran mayoría de los empleados la conociesen desde hace mas de 1 año, sin embargo se tiene que comparar con el tiempo de trabajo de cada uno de ellos, para hace una conjetura correcta. Al observar el cuadro se evidencia que un poco más de la mitad, 51.85%, las conocen hace mas de 1 año. Al cruzar en Epi Info, el **tiempo laboral** con esta interrogante, se obtiene que las personas que tiene más de 7 años de laborar son las que conocen la guía desde hace más de 1 año. Y si se cruza **la profesión** con este mismo ítem, se observa que es la profesión médica (7; 77.8%) la que la conoce hace más de 1 año, seguido de las enfermeras (3; 60.0%).

El conocimiento de una guía clínica siempre se inicia con una capacitación previa, pero puede darse el caso que se auto instruya en el conocimiento alguien que sea dedicado; para este particular, un poco más de la mitad ha recibido

capacitación. Sin embargo es necesario saber que profesión es la que las ha recibido, por ello al cruzarla con Epi Info se obtiene que la profesión con más capacitaciones es la médica (6 de 10, 60% de ellos), enfermeras (5 de 7, 71.4%), nutricionista (1 de 1; 100%), trabajadora social (1 de 1, 100.0%); mientras que las profesiones que no han recibido ninguna capacitación son los fisioterapeutas, y el 66.7% de las cocineras también. Es de hacer notar que las mismas 14 personas que han recibido capacitaciones, son las mismas que la conocen hace más de 1 año, y en todo este periodo no han recibido ninguna retroalimentación de la guía clínica. La persona que ha recibido más de cuatro capacitaciones corresponde a la trabajadora social, pero es dudoso el dato, porque pudo haber recibido capacitaciones de desnutrición severa pero no de la guía clínica de manejo de la desnutrición severa a nivel hospitalario. Es importante saber identificar quien fue el que capacitó al personal, para así poder establecer los eslabones en la cadena de información; en este caso a las 4 personas que capacitó el nivel central (Médico y enfermera jefes de pediatría, nutricionista y trabajo social), son los responsables de difundir la guía a nivel local, y de todo el personal solo han capacitado a 7 (el 25.93%) apenas es la cuarta parte; lo que implica que hay deficiencias en la difusión del conocimiento técnico por parte del personal. Todas las personas tenemos una percepción subjetiva de lo que sabemos o conocemos, y para este particular es importante conocer como se consideran ellos para hacer una comparación con el puntaje real que obtendrá cada uno de ellos. Es evidente con la gran mayoría se ubica entre los niveles medio y bajo, lo que indica que no se conoce en su totalidad la guía clínica y al mismo tiempo refleja la poca capacitación sobre el tema. La mayoría de personal conoce a los personajes que forman parte del equipo multidisciplinario para el manejo de los niños y niñas con desnutrición severa. También es de hacer notar que casi son proporcionalmente iguales las opiniones malas y las opiniones buenas. Y esto constituye un punto determinante para lograr el éxito del tratamiento integral del paciente. En conformidad con la guía clínica, cada hospital deberá tener un “área de nutrición” específica y delimitada en la que se deberán ingresar todos los pacientes con

desnutrición severa independientemente de la edad. Para este hospital se evidencia que no hay área de nutrición y que no la conocen y que no los ingresan en esta área, ya que solo 2 personas la saben identificar correctamente y es tan solo el 7.4% del total; lo que indica que no se aplica correctamente la guía técnica y clínica mencionada, en relación a este particular.

La guía clínica establece que la madre o el responsable del paciente con desnutrición severa debe permanecer con él en el hospital las 24 horas del día y que será el hospital quien le dará la alimentación a ella. Al parecer en este hospital se está haciendo de acuerdo a como la norma lo indica, porque el 96.3% afirma que siempre se da esto planteado anteriormente. El ítem 33 presenta tres definiciones correctas de desnutrición severa, pero la respuesta correcta queda destinada para el literal e) de las opciones. Además se observa que hay más de 27 respuestas, pero se debe a que hubo participantes que respondieron más de un literal, sin embargo al momento de evaluar se le asignan máximo tres puntos, dependiendo de las opciones escogidas como correctas, por tal motivo esta incongruente el total con el número de cuestionarios. En este apartado se evidencia que solo 10 personas (34.48%) supieron identificar correctamente la definición. Con este ítem se inicia la sección solo para médicos, enfermeras y nutricionistas. El ítem 34 presentaba respuestas de pareo, 4 respuestas posibles, para su evaluación, según el número de respuestas correctas se le asignó un punto, su puntaje máximo era de 4. Solo se evaluaba el conocimiento de 18 personas. De estos solo 13 personas, que es el 48.15% del total de los 27 encuestados y es el 72.22% de los participantes respondieron de forma completa y correcta a la pregunta, por lo que se deduce que saben identificar las etapas de intervención. La pregunta 35 presenta 5 opciones de respuesta, de las cuales solo 4 eran correctas y podían ser escogidas las 4 por el personal de salud, el puntaje máximo otorgado fue de 4 puntos, y se establece el rango para tener un parámetro general al conocimiento de las fases de tratamiento de la desnutrición severa; La proporción entre los que conocen menos de la mitad y más de la mitad de los indicadores es casi

proporcional, lo que indicaría que están faltos en identificar los indicadores para la evaluación del estado de salud y que por tanto no se está haciendo una buena evaluación del paciente.

El querer conocer cuáles son los exámenes que se indican al niño/a desnutrido se presentan 11 opciones correctas de respuestas en el ítem 36, las cuales son: “General de Orina. General de Heces. Hemograma completo. Glicemia. Electrolitos séricos (sodio, potasio, calcio y magnesio) Proteínas séricas totales (albúmina y globulina). Si son factibles Transaminasas y tiempos de coagulación”. De estas correctas, siendo el total de 27 los encuestados, se obtiene que solo el 89.71% menciono opciones correctas. Haciendo más reducido se obtiene que son 131 puntos correctos entre los 18 evaluados lo que equivale al 95.62% de respuestas correctas; esto implica que se están indicando correctamente los exámenes que la guía clínica establece, y que están disponibles en el hospital. En general al menos saben identificar los exámenes básicos que se le deben indicar a los pacientes con desnutrición severa.

La guía clínica establece un protocolo de atención para cada patologías asociada a la desnutrición severa, por lo que es necesario saber identificar cual es la patología que en este hospital está más asociada, ya que esto permitirá dar mejor tratamiento en las cosas de más demanda. Es evidente que en este centro de salud las patologías más frecuentemente vistas por los encargados de su manejo son la Insuficiencia cardíaca y la anemia severa, seguido por la diarrea con o sin deshidratación. La guía clínica establece protocolos para enfermedades comunes como la diarrea, sin embargo, estos difieren en cierta medida de las otras guías para tratar solo la diarrea, ya que en algunos casos se trata muy distinto a los pacientes con desnutrición severa. Y para este articular, se puede considerar que los participantes tienen claro que las patologías de un paciente con desnutrición severa no se tratan de igual manera que un paciente normal, ya que la mayoría opina que no se tratan igual.

La guía clínica establece : *“El tratamiento nutricional de los niños(as) será indicado por medio de un esquema que irá con letras mayúsculas (A, B, C, D) de acuerdo a los días de estancia hospitalaria y una subnumeración de acuerdo al peso real en kilogramos:*

- *A = Primeros 3 días de Tratamiento Nutricional*
- *B = Del 4to. A 6to. Día de Tratamiento Nutricional*
- *C = Del 7mo. Al 9no. Día de Tratamiento Nutricional*
- *D = A partir del 10mo. Día*

Dependiendo de la edad y el tipo de alimentación que ya esté recibiendo en el hogar se le debe indicar al niño (a) que tipo de formula se le dará, ya sea fórmula modificada, leche entera o harina fortificada (Ej. Incaparina) e igualmente se debe evaluar tolerancia.”

La respuesta correcta es “A₇M”, y para los participantes solo la respondieron 4 que solo representa el 14.81%, esto indica que la mayoría no sabe como indicar una dieta mediante el esquema de letras mayúsculas. También; se puede observar que los criterios de alta que más se emplean son: “Cuando tolera el 80% del alimento ofrecido y tiene apetito” y la de “Cuando sus responsables están capacitados”.

Es evidente que el personal de salud presenta una actitud favorable ante el problema de la desnutrición severa en los niños y niñas, ya que el 74.074% obtuvieron un puntaje mayor o igual a 17 puntos en base a la escala aditiva de Likert, lo que puede influir de manera positiva en la atención y manejo integral de los infantes con este problema y por ende ayudaría a su solución. Es evidente que las personas que tiene una profesión de mas trayectoria educativa presentan una actitud favorable ante el problema de la desnutrición severa; siendo la profesión médica, fisioterapistas, trabajadora social, y nutricionista, las que la presentan en mayor porcentaje; mientras que son las cocineras la que presenta actitud negativa al problema. Es claramente visible que entre más tiempo laboral presenta el personal de salud este presenta una actitud favorable ante el problema

de la desnutrición severa, ya el 40.74% de estos obtuvo una actitud favorable y son los que tiene más de 7 años de trabajo. Queda claramente evidenciado que el nivel educativo universitario es el que presenta un mayor porcentaje en la actitud favorable ante el problema en estudio; mientras que las personas con nivel educativo básico, tienden a presentar una actitud negativa o desfavorable. Por lo tanto se puede decir que ha mayor nivel educativa habrá una mejor actitud ante la desnutrición severa. En relación al sexo se puede verificar que la totalidad del sexo masculino obtiene una actitud favorable; mientras que solo el 75% de las femeninas obtiene una actitud positiva. Con lo que puede concluir que el sexo no es determinante para tener una actitud positiva o negativa ante la desnutrición severa. Las personas que se ubican entre las edades de 27 a 47 años presentan una actitud favorable a la desnutrición severa, ya que el 74.07% de los participantes se ubican en estas edades. En resumen, a menor edad hay una mejor actitud ante la desnutrición. Se puede mencionar que la médica es la profesión que obtiene un nivel de conocimiento alto, mientras que la profesión que más obtiene nivel bajo son la fisioterapista. Y las cocineras tienen conocimientos bajos y medios, pero no altos de la guía clínica de acuerdo a su profesión y nivel de responsabilidad dentro de la aplicación de esta. Queda claro que entre más tiempo de trabajo posee una persona, mostrara una actitud positiva ante el problema de la desnutrición severa; ya que se puede observar que el 48.14 % de las personas con este periodo de tiempo, obtuvieron un nivel de conocimiento entre “Alto” y “medio”. Mientras que los otros tiempos de trabajo obtuvieron niveles similares también pero no en la concentración de este periodo de trabajo mencionado.

Es claramente evidente que el conocimiento está influenciado por el nivel de educación que presenta una persona; para este caso, una persona con el nivel de universitario presenta un nivel mayor de conocimiento que el de básica. El sexo masculino es el que tiene mejores conocimientos ya que el 60% de estos obtiene un nivel alto y solo el 36.36% de las mujeres obtiene un nivel alto. Sin embargo

solo el 20% de los hombres se ubica en nivel medio y el 40.91% de las mujeres en el mismo nivel. Por lo que podemos decir que el sexo no incide en el grado o nivel de conocimiento que se tenga sobre la desnutrición severa en el hospital de Nueva Guadalupe. Queda claro que entre menos edad se tiene en el ámbito de salud mayor conocimiento se tiene de un problema sanitario, ya que las personas menores de 47 años (de acuerdo al cuadro anterior) obtienen niveles entre medio y alto en mayor porcentaje que la edades mayores a estas.

Todos los individuos tenemos una percepción de lo que somos y de lo que conocemos, por lo que se consideró bueno conocer esta percepción individual de los participantes para luego compararla con su nivel de conocimiento obtenido al pasarles la prueba de conocimientos técnicos, y se observa que las personas que se adjudicaron un nivel bajo se subestiman en 14.82 puntos porcentuales ya que solo el 22.22% de los 27 se ubican en este nivel contra un 37.04% que se consideraba en este nivel. Sucede algo similar con las personas que se ubican en el nivel alto de conocimiento según la puntuación obtenida, ya que solo el 7.41% de estos se consideraba tener conocimientos altos contra un 40.74% que lo obtuvo, haciendo una subestimación de 33.33 puntos porcentuales. Con el nivel medio el nivel de subestimación por el personal es de 3.70%. En general el nivel de subestimación es de **51.85 %** y una media para cada nivel del **17.3%**

Al hablar de conocimiento y actitud, están implícitos muchos aspectos, la actitud no solo implica nuestra manera de actuar, sino que lleva implícito tres aspectos fundamentales: **el cognitivo** (lo que uno piensa), **el afectivo** (lo que uno siente) y **el conductual** (lo que uno hace, tendencia a manifestar los pensamientos y emociones). Entonces, parece existir una estrecha relación entre lo que se conoce y la actitud de los individuos. Para este caso, es claramente evidente que para tener una actitud favorable ante el problema de la desnutrición severa es necesario tener un nivel de conocimiento entre **medio y alto**, ya que el 62.96% de los participantes con actitud favorable se ubican en estos niveles de

conocimiento de la guía clínica. Por lo que, queda establecido que entre más se conoce un problema mejor se comporta y presenta una mejor actitud ante éste.

X.- CONCLUSIONES.

- a) Los recursos que aplican el manual son del sexo femenino en su mayoría, con una edad promedio de 39.89 años, nivel universitario, con más de 7 años de laborar y en su mayoría universitario. Un poco más de la mitad ha recibido alguna capacitación sobre aplicación de la guía clínica de manejo al desnutrido severo. Un 44% refiere no haberlo recibido.

- b) Menos de la mitad de los trabajadores de salud poseen conocimientos altos sobre la guía clínica, y un 22% posee un bajo grado de conocimiento. Pero, en general, todo el personal de salud responsable de la ejecución de la guía clínica posee un nivel medio de conocimientos.

- c) La actitud encontrada en el personal de salud hacia la desnutrición severa es una actitud favorable a positiva en un 74.0% contra un 26% que muestra una actitud desfavorable.

- d) Las barreras para identificar al desnutrido y dar atención en salud según normativa son la poca capacidad sobre el tema, aunado a esto la falta de interés por parte del personal de salud y la falta de referencia de otras instituciones.

XI.- RECOMENDACIONES.

1. **Que las autoridades del Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe diseñen un sistema de capacitación continua para todo el personal implicado** en la operativización de la guía clínica, aumentando el empoderamiento en ellos, para que puedan inferir y utilizar este conocimiento en una completa y eficiente aplicación de la guía clínica. Enfocado principalmente en fortalecer los conocimientos de los fisioterapeutas, cocineras y médicos. Procurando al mismo tiempo fortalecer los conocimientos y normas protocolarias de manejo en los casos de Insuficiencia cardiaca; Diarrea con o sin deshidratación, Anemia severa, y las alteraciones hidroelectrolíticas en el paciente desnutrido severo, ya que estas son los comórbidos que más frecuentemente se encuentra en los pacientes hospitalizados en el Hospital de Nueva Guadalupe, logrando una correcta, eficiente y eficaz atención. debe también fortalecer el sistema de indicación de dietas en el expediente de los pacientes con desnutrición severa. Al mismo tiempo incluir dentro de este sistema un programa para modificar patrones actitudinales e incidir positivamente en la toma de interés por parte del personal de salud hacia problemas de salud pública, como la desnutrición severa, como por ejemplo, por medio de charlas de orientación y sensibilización, o sesiones de psicoterapia para todo el personal. Es recomendable que las primeras personas a la que se oriente sean a las cocineras.
2. Es urgente que el SIBASI SAN MIGUEL, **gestionen reuniones con los directores de unidades de salud periféricas al Hospital Nacional General de Nueva Guadalupe** para establecer acuerdos en relación al sistema de referencia y retornos, enfocando en la desnutrición severa, y poniendo en práctica la guía de atención integral a la niñez menor de 5 años (en base a estrategia AIEPI), ya que esto constituye la base para la identificación y tratamiento de los niños. A fin de hacer más eficiente el sistema.

3. **Es imperativo que en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe se habiliten los servicios profesionales de un Psicólogo (a)**, por lo que se recomienda a las autoridades de este centro hospitalario que gestionen ante recursos humanos del nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la pronta instalación de un Psicólogo(a), ya que por el momento no se cuenta con este, para que se logre completar el equipo interdisciplinario de evaluación a los pacientes con desnutrición severa, y al mismo tiempo dará cobertura a un área desprotegida en el medio de la salud pública.

4. **El Hospital Nacional de Nueva Guadalupe debe crear** un espacio real para el **área de nutrición** dentro del servicio de pediatría, a fin de cumplir con las disposiciones técnicas establecidas por la guía clínica.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. Ministerio de Educación y Proyecto Protección del Medio Ambiente. GUIA DIDACTICA III DE EDUCACION AMBIENTAL: EL MEDIO AMBIENTE Y LA COMUNIDAD. Primera edición, Diciembre de 1997. San Salvador, El Salvador. Pág.374-375
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. *Manual Básico Para La Suplementación De Micronutrientes*. Segunda edición, abril de 2002. 30 páginas.
3. Dr. C. Latham, Michael. NUTRICION HUMANA EN EL MUNDO EN DESARROLLO. Colección FAO: Alimentación y Nutrición. No. 29. Primera edición 2002.
4. Iván Beghin, et al. *Guía Para Evaluar El Estado De Nutrición*. Edición original en inglés: *A guide to Nutritional assesment*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica número 515, 1989.
5. Mercedes Onis, et al. *The Who Multicentre Growth Reference Study: Planning, Study Desings, And Methodology*, *Food and Nutrition Bulletin*, 2004, volumen 25, No. 1(suplementos).
6. Gabinete Social de la República de Honduras y Secretaria de Salud. *Política Nacional De Nutrición*. 1ª. Edición, 2006.26 paginas.
7. PESA/FAO. *Versión electrónica de la presentación: Programa Especial De Seguridad Alimentaria*. 2006. Presentado en la Unidad de Salud de Estanzuelas en marzo de 2007.30 diapositivas.

8. Ministerio de Salud de Guatemala. *Protocolo para el tratamiento a nivel hospitalario de la desnutrición aguda severa*. 2ª. Edición 2006. Guatemala. 50 páginas.
9. Asociación Demográfica Salvadoreña, ADS. *Informe De La Encuesta De Salud Familiar, FESAL 1998*. San Salvador, El Salvador.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistenta Social & Programa Nacional ITS-VIH/SIDA. *Guía De Nutrición Para El Manejo De Personas Viviendo Con VIH/SIDA*. Cuarta edición, Septiembre de 2005. San Salvador, El Salvador. Pág. 14-15.).
11. Disponible en www.librasdeamor.org, consultada el 30 de septiembre de 2008.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Versión Electrónica: Presentación No. 1...Antecedentes, Guía clínica de Atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario*. 2007. 18 diapositivas.
13. Programa de Naciones Unidad para el desarrollo (PNUD). *Monografía Sobre Desarrollo Humano Y Objetivos De Desarrollo Del milenio, Micro región Valle La Esperanza, Departamentos De Usulután Y San Miguel*. 1ª. Edición, julio de 2006. San Salvador, El Salvador.
14. García, Juan Carlos; García, Mónico; Calvo Alen, Jaime. *MANUAL DEL MEDICO DE GUARDIA 2006-2007*. Editor Amazon. Ediciones Díaz de Santos. 2007. Págs. 502.

15. MSPAS. *Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario*. 1ª. Edición, junio de 2007. San Salvador, El Salvador. 75 páginas.
16. MSPAS. *Guía de Atención Integral a Niños y Niñas Menores de 5 Años*. 1ª. Edición, Octubre de 2007. San Salvador, El Salvador. Capítulo I: Crecimiento y Desarrollo, pág. No. 9.
17. Varios autores. *Tratado de Pediatría de Nelson*. 1 tomo. 18ª. Edición, 2007. Editorial McGraw Hill. México.
18. OPS/OMS. *PROMOCION DE LOS NUEVOS ESTANDARES DE LA OMS PARA EL CRECIMIENTO DEL NIÑO*. Unidad de nutrición/Área de salud de la familia y la comunidad. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. 9-10 e diciembre de 2004. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/UN/MEX04_informe_final.pdf.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. ***Guía para el sistema de Información para la Profilaxis por Exposición al VIH, SIPPE***. Tercera edición, julio de 2005. San Salvador, El Salvador. 28 Páginas.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. ***Norma Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis***. Tercera edición. Febrero de 2007. San Salvador, El Salvador. 125 páginas.

ANEXOS

ANEXO1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
Atención del niño y niña con desnutrición severa en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.	Actitud y conocimiento del personal de salud.	<p>Actitud: Forma de orientación del proceder de las personas, dependiendo de la norma grupal, y tiene la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, de orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido.</p> <p>Atención: Aplicación de la mente aun objeto; se aplica a cuidar y a servir.</p> <p>Desnutrición severa: De acuerdo al peso para la talla, se considera desnutrido severo, si presenta un peso menor del 70% de adecuación, que corresponde a menos de -3 desviaciones estándar. En el caso de Kwashiorkor o Kwashiorkor Marasmático, se clasificara como desnutrido severo por la presencia del edema, aunque la relación peso/talla sea mayor del 70%.</p> <p>Conocimiento: Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.</p> <p>Personal de salud: Toda persona cuyos servicios profesionales o actividades laborales tengan como finalidad directa conservar o restablecer la salud de los seres humanos, ya sea que los preste de manera permanente u ocasionalmente en una institución de carácter público o privado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Tipo de servicio brindado. – Responsabilidad – Nivel de educación. – Disposición del personal de salud. – Sentimientos. – Conductas. – Regulación. – Forma de atención. – Tiempo laboral. – Edad. – Sexo. – Profesión u oficio. – Referencias. Evidencias. Experiencias.

VARIABLE INDEPENDIENTE.	VARIABLE DEPENDIENTE.	CONCEPTUALIZACION.	INDICADORES.
Atención del niño y niña con desnutrición severa en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.	Caracterización del personal de salud.	<p>Caracterización: Acción y efecto de caracterizar o caracterizarse, lo implica determinar con precisión a alguien o algo por sus cualidades distintivas o peculiares.</p> <p>Atención: Aplicación de la mente aun objeto; se aplica a cuidar y a servir.</p> <p>Personal de salud: Toda persona cuyos servicios profesionales o actividades laborales tengan como finalidad directa conservar o restablecer la salud de los seres humanos, ya sea que los preste de manera permanente u ocasionalmente en una institución de carácter público o privado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Edad. – Sexo. – Profesión u oficio. – Tiempo de trabajo. – Educación. – Dependencia. – Estado civil. – Procedencia.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
<p>La norma técnica: “Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario”</p>	<p>Nivel de conocimiento que tiene el personal de salud sobre la norma técnica para el manejo de la desnutrición severa a nivel hospitalario.</p>	<p>Nivel: Cada etapa o fase en la que se divide algo, implica una valoración cuantitativa y objetiva de algo.</p> <p>Conocimiento: Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.</p> <p>Personal de salud: Toda persona cuyos servicios profesionales o actividades laborales tengan como finalidad directa conservar o restablecer la salud de los seres humanos, ya sea que los preste de manera permanente u ocasionalmente en una institución de carácter público o privado.</p> <p>Norma técnica: Documento de grupo técnico para todas las instituciones que proveen atención en salud en la población, donde se reúnen los lineamientos y bases necesarias para ofrecer una atención integral con miras a actuar en un problema de salud pública.</p> <p>Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario: Documento que proporciona al personal de salud los lineamientos técnicos para ser aplicados en la atención integral de los niños y las niñas con desnutrición severa a nivel hospitalario.</p> <p>Manejo: Acción de manejar o</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Capacitaciones. – Número de capacitaciones. – Educación. – Responsabilidad. – Desempeño. – Aplicación. – Trabajo en equipo. – Referencias. – Profesión u oficio. – Evolución. – Evaluación. – Procedimientos. – Lineamientos. – Evidencias. – Conceptos. – Experiencias. – Indicadores.

		servirse de algo.	
VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
Actitud del personal de salud en la Atención del niño y niña con desnutrición severa en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.	Factores relacionados con la actitud.	<p>Factores Relacionados: Elemento o agente causal que determina un cierto carácter en algo, y que sirven de conexión de una cosa con otras.</p> <p>Actitud: Forma de orientación del proceder de las personas, dependiendo de la norma grupal, y tiene la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, de orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido. Es el estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la conducta del individuo ante los objetos y situaciones con los que se relaciona.</p> <p>Personal de salud: Toda persona cuyos servicios profesionales o actividades laborales tengan como finalidad directa conservar o restablecer la salud de los seres humanos, ya sea que los preste de manera permanente u ocasionalmente en una institución de carácter público o privado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Educación. – Nivel de responsabilidad. – Conocimiento. – Regulación. – Desempeño. – Tiempo laboral – Edad. – Sexo. – Profesión u oficio. – Disposición del personal. – Sentimientos. – Afecto – Trabajo grupal. – Cultura. – Conducta.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
<p>La norma técnica: “Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario”</p>	<p>Barreras en la identificación y atención a los pacientes con desnutrición severa.</p>	<p>Norma técnica: Documento de grupo técnico para todas las instituciones que proveen atención en salud en la población, donde se reúnen los lineamientos y bases necesarias para ofrecer una atención integral con miras a actuar en un problema de salud pública.</p> <p>Guía clínica de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario: Documento que proporciona al personal de salud los lineamientos técnicos para ser aplicados en la atención integral de los niños y las niñas con desnutrición severa a nivel hospitalario.</p> <p>Atención: Aplicación de la mente aun objeto; se aplica a cuidar y a servir.</p> <p>Barreras: Lo que separa; impedimento u obstáculo para logra algo.</p> <p>Identificación: Acción y efecto de identificar; hacer que dos o varias cosas aparezcan como idénticas. Reconocer lo que se está buscando.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Actitud. – Capacitación. – Cultural. – Profesión u oficio. – Área de trabajo. – Ambiente de trabajo. – Conducta. – Educación. – Responsabilidad – Experiencias. – Estado civil. – Interés. – Instituciones. – Conocimiento. – Aplicabilidad.

ANEXO 2: INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE LA INFORMACION.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMONA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.
REPRESENTACION EL SALVADOR.

“CUESTIONARIO SOBRE LA ACTITUD Y EL CONOCIMIENTO SOBRE LA DESNUTRICION SEVERA EN EL PERSONAL DE SALUD”.

<PRIMERA PARTE>

OBJETIVO: Determinar la actitud y el conocimiento del personal de salud en la atención del niño y niña con desnutrición severa en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel, en Junio a Julio de 2009.

INDICACION: Por medio de este cuestionario se está realizando una investigación acerca de la actitud y los conocimientos que tienen los proveedores de salud sobre la norma técnica: Guía Clínica de Atención al niño y niña con Desnutrición Severa a Nivel Hospitalario. El estudio es para optar al Postgrado de *Maestro en Salud Pública*. Se le ruega a usted muy respetuosamente lea cuidadosamente cada una de las interrogantes y responda en el espacio que considera conveniente. Las preguntas son de auto aplicación y de selección múltiple; divididas por apartados que especifican para qué profesional van dirigidas las preguntas. Por su colaboración se le agradece de antemano, ya que sus respuestas serán muy importantes para los fines de esta investigación.

<SEGUNDA PARTE>

Dependencia.	
Médica:	<input type="checkbox"/>
Enfermería:	<input type="checkbox"/>
Tecnología médica:	<input type="checkbox"/>
Cocina:	<input type="checkbox"/>
Administrativa:	<input type="checkbox"/>
Otra:	<input type="checkbox"/>

Profesión.	
Médico(a):	<input type="checkbox"/>
Enfermera(o):	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista:	<input type="checkbox"/>
Cocinera(o):	<input type="checkbox"/>
Psicólogo(a):	<input type="checkbox"/>
Trabajadora social:	<input type="checkbox"/>
Nutricionista:	<input type="checkbox"/>
Otra:	<input type="checkbox"/>

Educación.	
Ninguna.	<input type="checkbox"/>
Básica:	<input type="checkbox"/>
Bachillerato:	<input type="checkbox"/>
Técnica:	<input type="checkbox"/>
Universitaria:	<input type="checkbox"/>

Edad.(años)

Tiempo laboral:	
Menos de 1 año:	<input type="checkbox"/>
1-2 años:	<input type="checkbox"/>
3-4 años:	<input type="checkbox"/>
5-6 años:	<input type="checkbox"/>
Más de 7 años:	<input type="checkbox"/>

Sexo.	
Masculino:	<input type="checkbox"/>
Femenino:	<input type="checkbox"/>

Fecha de administración del cuestionario.

<TERCERA PARTE>

Esta sección esta DIRIGIDAS a:

FISIOTERAPISTA, PSICOLOGO (A), TRABAJADORA SOCIAL, COCINERAS, ENFERMERAS, MEDICOS, NUTRICIONISTAS. (Evalúan actitud.)

INDICACIONES: En esta sección encontrara 18 ítems, son preguntas sencillas y algunas afirmaciones relacionadas con la actitud hacia la desnutrición severa y a la guía clínica que el MSPAS oferta para su manejo en los hospitales. Se quiere saber, para cada una de las afirmaciones, si usted está de acuerdo o no. Diga exactamente lo que piensa, se está conociendo su posición personal, recuerde que no hay respuestas correctas, exactas o equivocadas, por lo que no se le sugiere copiar lo que señale su compañero; además si usted no sabe contestar a una de las preguntas o no tiene las ideas claras, diga que “no sabe”, o deje en blanco. Le ruego que a medida vaya leyendo escoja la opción de respuesta que usted crea conveniente encerrando en un circulo el numero que hace referencia a la respuesta con que usted se identifica en la siguiente tabla.

#	ITEMS.	NUNCA	CASI NUNCA.	INDIFERENT	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
		TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE.	DE ACUERDO.	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	La desnutrición severa es un problema relevante con implicaciones en el país.	- 2	- 1	0	1	2
2	En mi vida cotidiana y práctica diaria no busco la manera de identificar a niños(as) con desnutrición severa.	+ 2	+ 1	0	- 1	- 2

3	Cada vez que atiendo a un niño(a) le pregunto sobre su alimentación y apetito.	- 2	- 1	0	1	2
4	Cuando tengo la oportunidad oriento, a los padres o responsables del cuidado del infante, sobre su alimentación.	- 2	-1	0	1	2
5	En toda mi vida, por lo menos he identificado a un niño(a) con desnutrición severa.	-2				2
6	Nunca ha atendido a un paciente con desnutrición severa.	+2				- 2
7	Cuando tengo conocimiento de un paciente con desnutrición severa siento rechazo hacia él.	+2	+1	0	-1	-2
8	Cuando estoy con un niño con desnutrición severa siento que los padres son los culpables.	+2	+1	0	-1	-2
9	Cuando yo conozco un caso de desnutrición severa me siento incompetente e incapaz de poder ayudar.	2	1	0	-1	-2
10	El responsable del tratamiento de un infante con esta patología debe solicitar ayuda cuando no puede solventar una complicación o situación.	-2	-1	0	1	2
11	La guía clínica de atención al niño desnutrido está acorde con la realidad del país.	-2	-1	0	1	2
12	La aplicación de la guía clínica en mención no ha sido pertinente.	-2	-1	0	1	2
13	Siempre se deja evidencia u de otro tipo en los expedientes clínicos sobre la atención o el aporte hecho al paciente.	-2	-1	0	1	2

14	Solos los médicos y nutricionistas son los más indicados para identificar y manejar a los desnutridos severos.	-2	-1	0	1	2
15	El personal de salud se siente comprometido en manejar bien y según lo establecido en la guía clínica de atención a todos los niños con desnutrición severa.	-2	-1	0	1	2
16	El personal de salud se siente satisfecho con el nivel de conocimiento que tiene sobre la guía clínica.	-2	-1	0	1	2

17.- Durante los tres últimos meses, cuantos casos de desnutrición severa en menores de 5 años ha identificado?

- a) Ninguno.
- b) Uno
- c) Dos a tres.
- d) Más de cuatro.

Si escoge a) -----Es Desfavorable. (-2)

Si escoge b), c), d) -----Es Favorable. (+2)

18.- Después que ha identificado un caso de desnutrición severa, ¿qué ha hecho?

- a) Los refiere a profesionales médicos.
- b) Le otorga el tratamiento médico.
- c) No les pregunta y da el alta.
- d) Conserva a los pacientes tratando de ayudarles.
- e) No sabe qué hacer en este tipo de casos.

Si escoge a), c), d) -----Es Desfavorable. (-2)

Si escoge b), d) -----Es Favorable. (+2)

19.- De los aspectos que a continuación se mencionan, ¿Cuál o cuáles son las barreras que usted considera que influyen para identificar y dar atención en salud según la normativa de la guía clínica.

- a) Poca capacitación sobre el tema.
- b) Falta de tiempo en la consulta.
- c) Falta de apoyo institucional.

- d) Falta de apoyo por los padres de familia.
- e) Falta de referencia de las otras instituciones.
- f) Falta de interés por el personal de salud.
- g) Es difícil identificar y tratar casos con este tipo de problemas.
- h) Pocos especialistas disponibles.
- i) Falta de conocimiento sobre el tema.
- j) Otro, mencione:_____

<CUARTA PARTE>

DIRIGIDAS A FISIOTERAPISTA, PSICOLOGO (A), TRABAJADORA SOCIAL, COCINERAS, ENFERMERAS, MEDICOS, NUTRICIONISTAS. (Evalúan conocimiento somero)

20.- ¿Alguna vez ha leído las guías clínicas de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario? **(1 punto).**

- a) Si las he leído
- b) No las he leído.

21.- Teniendo en cuenta que “conocer” implica “haber aprendido una cosa”, y partiendo de esto; ¿Conoce usted las guías clínicas en mención? **(1 punto).**

- a) Si las conozco.
- b) No las conozco.

22.- Dado que usted conoce la guía clínica, ¿Puede mencionar desde hace cuanto tiempo las conoce? **(1 punto).**

- a) Hace 2 meses.
- b) Hace 4 meses.
- c) Hace 6 meses.
- d) Hace más de 1 año.

e) Otro,

mencione:

23.- ¿Ha recibido alguna capacitación u orientación técnica sobre la aplicación de la guía clínicas de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario? **(1 punto).**

- a) Si las he recibido.
- b) No las he recibido.

24.- Si le han capacitado, ¿Cuántas capacitaciones ha recibido sobre el tema en cuestión? **(1 punto).**

- a) Una.
- b) Dos.
- c) Tres.
- d) Más de cuatro.

25.- Identifique ¿Quién fue el que le brindó la capacitación u orientación sobre las guías clínicas en estudio? **(1 punto).**

- a) Personal del nivel central del MSPAS.
- b) Personal de la región oriental de salud.
- c) Personal de SIBASI.
- d) Responsable del programa a nivel local.
- e) Otro:

mencione:

26.- Siendo realistas, desde su punto de vista, ¿en cuál de los siguientes niveles de conocimiento acerca de la guía clínica, considera que se ubica usted? **(1 punto).**

- a) Nivel bajo.
- b) Nivel medio.
- c) Nivel alto.

27.-Dada la complejidad de los cuadros clínicos con desnutrición severa, la guía establece que debe haber un equipo multidisciplinario, y según su conocimiento, el equipo está integrado por. Puede escoger varios. **(6 puntos).**

- a) Médico(a).
- b) Enfermera(o).
- c) Promotor(a) de salud.
- d) Fiscalía general de la república, la policía.
- e) El ISNA.
- f) El fisioterapeuta.
- g) El Psicólogo.
- h) Nutricionista.
- i) La o el trabajador(a) social.
- j) Las cocineras(os) del hospital.
- k) El jurídico de la institución.

28.- Usted ya menciono los integrantes del equipo interdisciplinario para el manejo y evaluación del paciente con desnutrición severa, pero estas evaluaciones deben hacerse cada cierto tiempo, escoja cada cuanto tiempo es lo correcto realizarlas.

(1 punto).

- a) Al menos 1 vez al día.
- b) Al menos 1 vez cada semana.
- c) Al menos 1 vez cada 15 días.
- d) Al menos 1 vez al mes.
- e) No se deben realizar.

29.- En el hospital que usted labora, cuando se ingresa a un paciente con desnutrición severa, se pasa a la siguiente área del servicio de pediatría. **(1 punto).**

- a) Área de gastroenterología.
- b) Área de nutrición.
- c) Aislados.
- d) Se pasa a cualquier área, y según la patología del Comórbidos de ingreso.
- e) Área según la edad el paciente.
- f) Lo desconozco.

30.- Una vez identificado un caso de desnutrición severa y ya estando ingresado, el papel del personal que lo está atendiendo es el siguiente: **(1 punto).**

- a) No estar interesado en tratar los casos.
- b) Estar interesado, pero sin hacer algo que ayude al niño.
- c) Estar interesado y hacer lo que el caso amerite.
- d) Otro: _____

31.- Dentro de las evaluaciones diarias que se le realizan al paciente, mencione cual o cuales hacen en su práctica diaria (puede escoger varias literales). **(3 puntos).**

- a) Peso diario (Kg) con ropa y antes del desayuno.
- b) Controlar cantidades de alimentos ofrecidos, consumidos y sobrantes.
- c) Control de vomito y de evacuaciones.
- d) Peso cada día antes del desayuno y sin ropa.
- e) Solicitar interconsultas al equipo interdisciplinario.
- f) Todas las anteriores.

32.- En su hospital, ¿se permite la estancia a la madre o encargado del paciente las 24 horas del día y se le da alimentación por parte de la institución? **(1 punto).**

- a) Siempre.
- b) Algunas veces.
- c) Solo si él o la jefe del servicio lo autoriza.
- d) Nunca.
- e) Si la estancia y no la alimentación.

<QUINTA PARTE>

DIRIGIDAS A LOS MEDICOS, ENFERMERAS Y NUTRICIONISTA

(Evalúa conocimiento técnico).

33.- Escoja la definición correcta para el término de desnutrición severa. **(3 puntos).**

- a) Cuando hay un niño con edema o emaciación visible, aunque la relación peso-edad o peso-talla sea mayor al 70%.
- b) Si la relación peso-edad en niño de 0-24 meses es debajo de las -3 desviaciones estándares.
- c) Si la relación peso-talla en el niño d 2 a 5 años es debajo de -3 desviaciones estándares o menor al 70% de lo esperado.
- d) Es una condición patológica ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes derivados de un desequilibrio provocado por un aporte insuficiente o un gasto excesivo a la combinación de ambos.
- e) Solo a, b, y c son correctos.
- f) Solo a, b, c, y d son correctos.
- g) Todos son correctos.

34.- Debido a que el tratamiento de la desnutrición será un proceso paulatino, este es dado en cuatro fases, se le ruega aparearlas según el orden de intervención. **(4 puntos).**

- a) Fase de inicio de la recuperación nutricional. () Primera fase.
- b) Fase de urgencia. () Segunda fase.
- c) Fase de consolidación. () Tercera fase.
- d) Fase de adaptación. () Cuarta fase.

35.- En las primeras 24-48 horas del ingreso del niño(a) usted realiza una evaluación del estado de salud y nutrición y esto se hace por medio de indicadores, marque cual o cuales utiliza usted. **(4 puntos).**

- a) Indicadores clínicos.
- b) Indicadores bioquímicos.
- c) Indicadores antropométricos.
- d) Indicadores dietéticos.
- e) Ninguno de los anteriores.

36.- Mencione que exámenes son indicados al ingreso del paciente con desnutrición severa en el servicio de pediatría. **(11 puntos).**

- a) EGO
- b) EGH
- c) Hemograma completo.
- d) TGO-TGP.
- e) TP-TPT.
- f) Glicemia.
- g) Proteínas totales.
- h) Sodio.
- i) Cloro.
- j) Potasio.
- k) Calcio
- l) Magnesio
- m) Creatinina
- n) Nitrógeno ureico

37.-Dentro de las patologías asociadas a la desnutrición severa, cual ha visto en este hospital. (Puede mencionar varias). **(1 punto)**.

Alteraciones hidroelectrolíticas.
Diarrea con o sin deshidratación.
Insuficiencia cardiaca congestiva.
Anemia severa.
Hipo glicemia.

Hipotermia.
Deficiencia severa de Vit. A.
Infecciones: ¿Cuale? _____
Otras: _____

38.- Con respecto al tratamiento de las patologías antes mencionadas, estas ¿se tratan igual a las que presenta un niño sin desnutrición? **(1 punto)**.

- a) Se tratan igual.
- b) No se tratan igual.
- c) Lo desconozco.
- d) Se tratan en un hospital de 3er. Nivel.

39.- Usted sabe que en el tratamiento institucional del niño se hace por medio de esquemas que van en letras mayúsculas, de acuerdo a los días de estancia y el peso real en kilos, entonces en el siguiente caso, ubique la forma correcta de indicación de la dieta de un niño de 2 años en su segundo día de estancia hospitalaria y con un peso de 7.2 kilos. **(2 puntos)**.

- a) A₂M
- b) A₇M
- c) A₂M₂
- d) Solo a y c son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

40.- Cuales son los criterios de alta para sus pacientes con desnutrición severa. (Puede mencionar varios literales). **(5 puntos)**.

- a) Cuando ya ha alcanzado la desnutrición moderada
- b) Cuando ya ha alcanzado una relación peso-edad o peso talla mayor al 80%.
- c) Cuando su patología de ingreso ya se resolvió.

- d) Cuando sus responsables están capacitados.
- e) Cuando tolera el 80% del alimento ofrecido y tiene apetito.
- f) Ninguna es correcta.
- g) Hasta que ya no está desnutrido.
- h) Todas son correctas.

GRACIAS POR SU COLABORACION ¡!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!.

ANEXO 3: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SALUD, SEGÚN DEPENDENCIA A HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Dependencia:	Frecuencia	Porcentaje
Medica	10	37,0%
Enfermería	7	25,9%
Cocina	6	22,2%
Tecnología medica	2	7,4%
Otra	2	7,4%
Total	27	100,0%

Fuente: Encuesta.

ANEXO 4: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SALUD, SEGÚN PROFESION, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Profesión:	Frecuencia	Porcentaje
Medico(a)	10	37,0%
Enfermera(o)	7	25,9%
Cocinera(o)	6	22,2%
Fisioterapeuta	2	7,4%
Nutricionista	1	3,7%
Trabajadora social	1	3,7%
Total	27	100,0%

Fuente: Encuesta.

ANEXO 5: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SALUD, SEGÚN TIEMPO LABORAL, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL, ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Tiempo laboral:	Frecuencia	Porcentaje
Más de 7 años	14	51,9%
5-6 años	8	29,6%
3-4 años	3	11,1%
1-2 años	1	3,7%
Menos de 1 año	1	3,7%
Total	27	100,0%

Fuente: Encuesta.

ANEXO 6: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SALUD, SEGÚN EDUCACION, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Educación:	Frecuencia	Porcentaje
Básica	6	22,2%
Técnica	6	22,2%
Universitaria	15	55,6%
Total	27	100,0%

Fuente: Encuesta.

ANEXO 7: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL PERSONAL DE SALUD, SEGÚN SEXO, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Sexo:	Frecuencia.	Porcentaje.
Femenino	22	81,5%
Masculino	5	18,5%
Total	27	100,0%

Fuente: Encuesta.

ANEXO 8: FRECUENCIA DE LAS RESPUESTAS DADAS EN LA ESCALA DE LICKER POR EL PERSONAL DE SALUD (DESDE EL ITEM 1 AL 18; PARA ACTITUD), EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

#	ITEMS.	NUNCA	CASI NUNCA.	INDIFERENTE.	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
		TOTALMENTE EN	EN DESACUERDO	INDIFERENTE.	DE ACUERDO.	TOTALMENTE DE ACUERDO
1	La desnutrición severa es un problema relevante con implicaciones en el país.	(- 2) 0	(- 1) 0	0 0	(1) 7	(2) 20
2	En mi vida cotidiana y práctica diaria no busco la manera de identificar a niños(as) con desnutrición severa.	(+ 2) 6	(+ 1) 0	(0) 0	(- 1) 12	(- 2) 9
3	Cada vez que atiendo a un niño(a) le pregunto sobre su alimentación y apetito.	(- 2) 0	(- 1) 6	(0) 1	(1) 15	(2) 5

4	Cuando tengo la oportunidad oriento, a los padres o responsables del cuidado del infante, sobre su alimentación.	(- 2) 1	(-1) 5	(0) 0	(1) 14	(2) 7
5	En toda mi vida, por lo menos he identificado a un niño(a) con desnutrición severa.	(-2) 3				(2) 24
6	Nunca ha atendido a un paciente con desnutrición severa.	(+2) 12				(- 2) 21
7	Cuando tengo conocimiento de un paciente con desnutrición severa siento rechazo hacia él.	(+2) 0	(+1) 0	(0) 0	(-1) 4	(-2) 23
8	Cuando estoy con un niño con desnutrición severa siento que los padres son los culpables.	(+2) 7	(+1) 14	(0) 0	(-1) 1	(-2) 5
9	Cuando yo conozco un caso de desnutrición severa me siento incompetente e incapaz de poder ayudar.	(2) 0	(1) 3	(0) 0	(-1) 13	(-2) 11
10	El responsable del tratamiento de un infante con esta patología debe solicitar ayuda cuando no puede solventar una complicación o situación.	(-2) 0	(-1) 0	(0) 0	(1) 2	(2) 25
11	La guía clínica de atención al niño desnutrido está acorde con la realidad del país.	(-2) 0	(-1) 9	(0) 1	(1) 13	(2) 4
12	La aplicación de la guía clínica en mención no ha sido pertinente.	(-2) 1	(-1) 6	(0) 2	(1) 14	(2) 4
13	Siempre se deja evidencia u de otro tipo en los expedientes clínicos sobre la atención o el aporte hecho al paciente.	(-2) 1	(-1) 5	(0) 0	(1) 9	(2) 9
14	Solos los médicos y nutricionistas son los más indicados para identificar y manejar a los desnutridos severos.	(-2) 4	(-1) 7	(0) 0	(1) 9	(2) 7
15	El personal de salud se siente comprometido en manejar bien y según lo establecido en la guía clínica de atención a todos los niños con desnutrición severa.	(-2) 1	(-1) 3	(0) 0	(1) 12	(2) 9
16	El personal de salud se siente satisfecho con el nivel de conocimiento que tiene sobre la guía clínica.	(-2) 0	(-1) 11	(0) 0	(1) 8	(2) 6
17	Durante los tres últimos meses, cuantos casos de desnutrición severa en menores de 5 años ha identificado?	(-2) 8				(2) 19
18	Después que ha identificado un caso de desnutrición severa, ¿qué ha hecho?	(-2) 13				(2) 22

FUENTE: Encuesta. **NOTA:** El número rojo indica la frecuencia de las respuestas y el número gris entre parentesis indica el valor de cada escala.

ANEXO 9: FRECUENCIA Y PORCENTAJES ANTE EL ITEM No. 19: DE LOS ASPECTOS QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN, ¿CUÁL O CUÁLES SON LAS BARRERAS QUE USTED CONSIDERA QUE INFLUYEN PARA IDENTIFICAR Y DAR ATENCIÓN EN SALUD SEGÚN LA NORMATIVA DE LA GUÍA CLÍNICA?, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones de respuestas.	Frecuencias.	Porcentajes.
Poca capacitación sobre el tema.	20	28.17%
Falta de tiempo en la consulta.	3	4.22%
Falta de apoyo institucional.	4	5.63%
Falta de apoyo por los padres de familia.	6	8.45%
Falta de referencia de las otras instituciones.	9	12.67%
Falta de interés por el personal de salud.	14	19.71%
Es difícil identificar y tratar casos con este tipo de problemas.	0	0.0%
Pocos especialistas disponibles.	7	9.86%
Falta de conocimiento sobre el tema.	2	2.82%
Otro, mencione:	4	5.63%
No responde.	2	2.82%
TOTAL.	71	100.00%

Fuente: Encuesta..

ANEXO 10: FRECUENCIA Y PORCENTAJES ANTE EL ITEM No. 20: ¿ALGUNA VEZ HA LEÍDO LA GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON DESNUTRICIÓN SEVERA A NIVEL HOSPITALARIO?, RELACIONADO CON LA PROFESION DEL PERSONAL DE SALUD, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL EL SALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

PROFESION:		NO	SI	TOTAL
Cocinera(o)		6	0	6
%	Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna		54,5	0,0	22,2
Enfermera(o)		2	5	7
%	Fila	28,6	71,4	100,0
% Columna		18,2	31,3	25,9
Fisioterapeuta		2	0	2
%	Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna		18,2	0,0	7,4
Médico(a)		1	9	10
%	Fila	10,0	90,0	100,0
% Columna		9,1	56,3	37,0
Nutricionista		0	1	1
%	Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna		0,0	6,3	3,7
Trabajadora social		0	1	1
%	Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna		0,0	6,3	3,7
Total		11	16	27
%	Fila	40,7%	59,3%	100,0%
% Columna		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta.

ANEXO 11: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES ANTE EL ÍTEM No. 21: TENIENDO EN CUENTA QUE “CONOCER” IMPLICA “HABER APRENDIDO UNA COSA”, Y PARTIENDO DE NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL ELSALVADOR, JULIO-AGOSTO DE 2009. ESTO; ¿CONOCE USTED LAS GUÍAS CLÍNICAS EN MENCIÓN?, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Teniendo en cuenta que “conocer” implica “haber aprendido una cosa”, y partiendo de esto; ¿Conoce usted las guías clínicas en mención?	Frecuencia	Porcentaje
No	9	33,3%
Si	18	66,7%
Total	27	100,0%

Fuente: Encuesta.

ANEXO 12: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES ANTE EL ÍTEM No. 22: DADO QUE USTED CONOCE LA GUÍA CLÍNICA, ¿PUEDE MENCIONAR DESDE HACE CUANTO TIEMPO LAS CONOCE?, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Dado que usted conoce la guía clínica, ¿Puede mencionar desde hace cuanto tiempo las conoce?	Frecuencia	Porcentaje
Hace 2 meses.	0	0.0%
Hace 4 meses.	0	0.0%
Hace 6 meses	4	14.81%
Hace más de 1 año	14	51.85%
Ninguno.	9	33.33%
Total	27	100.00%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 13: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES ANTE EL ÍTEM No. 23: ¿HA RECIBIDO ALGUNA CAPACITACIÓN U ORIENTACIÓN TÉCNICA SOBRE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICAS DE ATENCIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON DESNUTRICIÓN SEVERA A NIVEL HOSPITALARIO?, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

¿Ha recibido alguna capacitación u orientación técnica sobre la aplicación de la guía clínicas de atención al niño y niña con desnutrición severa a nivel hospitalario?	Frecuencia	Porcentaje
No	12	44,4%
Si	15	55,6%
Total	27	100,0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 14: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES ANTE EL ÍTEM No. 24: SI LE HAN CAPACITADO, ¿CUANTAS CAPACITACIONES HA RECIBIDO SOBRE EL TEMA EN CUESTIÓN?, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Si le han capacitado, ¿Cuántas capacitaciones ha recibido sobre el tema en cuestión?	Frecuencia	Porcentaje
Una	14	51.86%
Dos.	0	0.0%
Tres.	0	0.0%
Más de cuatro	1	3.70%
Ninguna	12	44.44%
Total	27	100,0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 15: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN LAS RESPUESTAS AL ITEM No. 25: IDENTIFIQUE ¿QUIEN FUE EL QUE LE BRINDO LA CAPACITACIÓN U ORIENTACIÓN SOBRE LA GUÍA CLÍNICA EN ESTUDIO?, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Identifique ¿Quién fue el que le brindó la capacitación u orientación sobre las guías clínicas en estudio?	Frecuencia	Porcentaje
Personal del nivel central del MSPAS.	4	14.81%
Personal de la región oriental de salud.	0	0.0%
Personal del SIBASI.	1	3.70%
Responsable del programa a nivel local	7	25.93%
Ninguno	12	44.44%
Otro, mencione.	3	11.11%
Total	27	100.00%

Fuente: ENCUESTA..

ANEXO 16: TABLA QUE MUESTRA LA FRECUENCIA Y LOS PORCENTAJES ANTE EL ITEM No. 26: SIENDO REALISTAS, DESDE SU PUNTO DE VISTA, ¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES NIVELES DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA GUÍA CLÍNICA, CONSIDERA QUE SE UBICA USTED?, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones de respuesta.	Frecuencia	Porcentaje
Nivel alto.	2	7.41%
Nivel bajo.	10	37.04%
Nivel medio.	10	37.04%
Ninguno.	5	18.52%
Total.	27	100,0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 17: DATOS OBTENIDOS ANTE EL ITEM No. 27: DADA LA COMPLEJIDAD DE LOS CUADROS CLÍNICOS CON DESNUTRICIÓN SEVERA, LA GUÍA ESTABLECE QUE DEBE HABER UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, Y SEGÚN SU CONOCIMIENTO, EL EQUIPO ESTÁ INTEGRADO POR. PUEDE ESCOGER VARIOS., EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Médico (a).*	27	15.61%
Enfermera (o).*	26	15.03%
Promotor (a) de salud.	9	5.20%
Fiscalía General de la República-Policía.	1	0.58%
El ISNA.	4	2.31%
El fisioterapeuta.*	18	10.40%
El psicólogo.*	17	9.83%
Nutricionista.*	27	15.61%
La o el trabajador (a) social.*	22	12.72%
Las cocineras (os) del hospital.	20	11.56%
El jurídico de la institución.	2	1.16%
Otro.	0	0.0%
Total.	173	100.%

Fuente:ENCUESTA. NOTA: * **Es la respuesta correcta.**

ANEXO 18: FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE RESPUESTAS AL ÍTEM No. 28: USTED YA MENCIONO LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MANEJO Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN SEVERA, PERO ESTAS EVALUACIONES DEBEN HACERSE CADA CIERTO TIEMPO, ESCOJA CADA CUANTO TIEMPO ES LO CORRECTO REALIZARLAS., EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones de respuesta al ítem No. 28	Frecuencia	Porcentaje
Al menos una vez al día	7	25.92%
Al menos 1 vez cada semana	14	51.85%
Al menos una vez cada 15 días.	0	0.0%
Al menos 1 vez al mes	4	14.81%
No responde	2	7.41
No se debe realizar.	0	0.0%
Total	27	100,0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 19: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES ANTE EL ÍTEM No. 29: EN EL HOSPITAL QUE USTED LABORA, CUANDO SE INGRESA A UN PACIENTE CON DESNUTRICIÓN SEVERA, SE PASA A LA SIGUIENTE ÁREA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA, EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones de respuesta.	Frecuencia	Porcentaje
Área de gastroenterología.	0	0.0%
Área de nutrición	2	7,4%
Aislados	4	14,8%
Se pasa a cualquier área y según patología del Comórbidos	14	51,9%
Área según la edad del paciente	4	14,8%
Lo desconozco	3	11,1%
Total	27	100,0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 20: TABLA DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE RESPUESTAS DEL ÍTEM No. 30: UNA VEZ IDENTIFICADO UN CASO DE DESNUTRICIÓN SEVERA Y YA ESTANDO INGRESADO, EL PAPEL DEL PERSONAL QUE LO ESTÁ ATENDIENDO ES EL SIGUIENTE:. EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Respuestas.	Frecuencia	Porcentaje
No estar interesado en tratar los casos.	0	0.0%
Estar interesado, pero sin hacer algo que ayude al niño.	0	0.0%
Estar interesado y hacer lo que el caso amerite	27	100,0%
Otro.	0	0.0%
Total	27	100,0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 21: TABLA DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE RESPUESTAS DEL ITEM No. 31: DENTRO DE LAS EVALUACIONES DIARIAS QUE SE REALIZAN AL PACIENTE, MENCIONE CUAL O CUALES HACEN EN SU PRÁCTICA DIARIA (PUEDE ESCOGER VARIOS LITERALES). , EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones.	Frecuencia.	Porcentajes.
Peso diario (Kg) con ropa y antes del desayuno.	2	2.94%
Controlar cantidades de alimentos ofrecidos, consumidos y sobrantes.*	20	29.41%
Control de vómitos y evacuaciones.*	19	27.94%
Peso cada día antes del desayuno y sin ropa.*	19	27.94%
Solicitar interconsultas al equipo interdisciplinario.	5	7.35%
Todas las anteriores.	2	2.94%
No responde.	1	1.47%
Total.	68	100.0%

Fuente:ENCUESTA.. NOTA: * **Respuesta correcta.**

ANEXO 22: TABLA DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES ANTE EL ITEM No. 32: EN SU HOSPITAL, ¿SE PERMITE LA ESTANCIA A LA MADRE O ENCARGADO DEL PACIENTE LAS 24 HORAS DEL DÍA Y SE LE DA ALIMENTACIÓN POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN? , EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones de respuesta.	Frecuencia	Porcentaje
Siempre.	26	96.3%
Algunas veces	1	3,7%
Solo si él o la jefe del servicio lo autoriza.	0	0.0%
Nunca.	0	0.0%
Total	27	100,0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 23: TABLA DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS EN EL ITEM 33: ESCOJA LA DEFINICIÓN CORRECTA PARA EL TÉRMINO DE DESNUTRICIÓN SEVERA. EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Escoja la definición correcta para el término de desnutrición severa.	Frecuencia	Porcentaje
Cuando hay un niño con edema o emaciación visible, aunque la relación peso-edad o peso-talla sea mayor al 70%.	1	3.45%
Si la relación peso-edad en niño de 0-24 meses es debajo de las -3 desviaciones estándares.	3	10.34%
Si la relación peso-talla en el niño de 2 a 5 años es debajo de -3 desviaciones estándares.	2	6.90%
Es una condición patológica ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes derivados de un desequilibrio provocado por un aporte insuficiente o un gasto excesivo a la combinación de ambos.	1	3.45%
Solo a, b, y c, son correctos.*	10	34.48%
Solo a, b, y d, son correctos.	1	3.45%
Todos son correctos.	3	10.34%
No corresponde.	8	27.59
Total	29	100,0%

Fuente: ENCUESTA. NOTA: * Es la respuesta correcta.

ANEXO 24: TABLA DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES EN LAS RESPUESTAS DEL ITEM No. 34: DEBIDO A QUE EL TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN SERÁ UN PROCESO PAULATINO, ESTE ES DADO EN CUATRO FASES, SE LE RUEGA APAREARLAS SEGÚN EL ORDEN DE INTERVENCIÓN. EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Respuesta.	Frecuencia.	Porcentaje.
Una correcta.	0	0.0%
Dos correctas.	4	14.81%
Tres correctas.	0	0.0%
Cuatro correctas.	13	48.15%
Ninguna correcta.	1	3.70%
No corresponde.	9	33.33%
Total.	27	100.0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 25: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES ANTE EL ITEM No. 35: EN LAS PRIMERAS 24-48 HORAS DEL INGRESO DEL NIÑO (A) USTED REALIZA UNA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y NUTRICIÓN Y ESTO SE HACE POR MEDIO DE INDICADORES, MARQUE CUAL O CUALES UTILIZA USTED. EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- EL SALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones de respuesta.	Frecuencia.	Porcentaje.
1-2 correctos.	9	33.33%
3-4 correctos.	8	29.63%
Incorrectas.	1	3.70%
No corresponde.	9	33.33%
Total.	27	100.0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 26: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES ANTE EL ÍTEM No. 36: MENCIONE QUE EXÁMENES SON INDICADOS AL INGRESO DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN SEVERA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA. EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
EGO	17	11.64%
EGH	17	11.64%
Hemograma completo.	16	10.96%
TGO-TGP.	5	3.42%
TP-TPT.	4	2.74%
Glicemia.	14	9.59%
Proteínas totales.	10	6.85%
Sodio.	15	10.27%
Cloro.	14	9.59%
Potasio.	15	10.27%
Calcio.	5	3.42%
Magnesio.	4	2.74%
Creatinina.	0	0.0%
Nitrógeno ureico.	0	0.0%
No responde.	1	0.68%
No corresponde.	9	6.16%
Total.	146	100.0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 27: PORCENTAJES Y FRECUENCIAS DE RESPUESTAS DEL ITEM No. 37: DENTRO DE LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA DESNUTRICIÓN SEVERA, CUAL HA VISTO EN ESTE HOSPITAL. (PUEDE MENCIONAR VARIAS). EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL-ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones.	Frecuencia.	Porcentajes.
Alteraciones hidroelectrolíticas.	7	11.48%
Diarrea con o sin deshidratación.	11	18.03%
Insuficiencia cardiaca congestiva.	12	19.67%
Anemia severa.	12	19.67%
Hipoglucemia.	3	4.92%
Hipotermia.	1	1.64%
Deficiencia severa de vitamina A.	0	0.0%
Infecciones.	4	6.56%
Otras	0	0.0%
No responde.	2	3.28%
No corresponde.	9	14.75%
Total.	61	100.0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 28: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES ANTE ITEM No. 38: CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS ANTES MENCIONADAS, ESTAS ¿SE TRATAN IGUAL A LAS QUE PRESENTA UN NIÑO SIN DESNUTRICIÓN? EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones de respuesta.	Frecuencia	Porcentaje
Se tratan igual	1	3.70%
No se tratan igual	15	55.55%
Lo desconozco	1	3.70%
Se tratan en un hospital de tercer nivel.	0	0.0%
No responde/no corresponde.	10	37.04%
Total	27	100,0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 29: RESPUESTAS EN TABLA DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES ANTE EL ITEM No. 39: USTED SABE QUE EN EL TRATAMIENTO INSTITUCIONAL DEL NIÑO SE HACE POR MEDIO DE ESQUEMAS QUE VAN EN LETRAS MAYÚSCULAS, DE ACUERDO A LOS DÍAS DE ESTANCIA Y EL PESO REAL EN KILOS, ENTONCES EN EL SIGUIENTE CASO, UBIQUE LA FORMA CORRECTA DE INDICACIÓN DE LA DIETA DE UN NIÑO DE 2 AÑOS EN SU SEGUNDO DÍA DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y CON UN PESO DE 7.2 KILOS. EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL-ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opción de respuesta.	Frecuencia.	Porcentaje
A2M	9	33.33%
A7M	4	14.81%
A2M2	1	3.70%
Solo a, y c, son correctas.	1	3.70%
Ninguna es correcta.	2	7.41%
No responde.	1	3.70%
No corresponde.	9	33.33%
Total.	27	100.0%

Fuente: ENCUESTA..

ANEXO 30: FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE LAS RESPUESTAS DEL ITEM No. 40: CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE ALTA PARA SUS PACIENTES CON DESNUTRICIÓN SEVERA. (PUEDE MENCIONAR VARIOS LITERALES). EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL- ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Cuando ya ha alcanzado la desnutrición moderada.	8	10.81%
Cuando ya ha alcanzado una relación peso-edad o peso-talla mayor al 80%.	11	14.86%
Cuando su patología de ingreso ya se resolvió.	13	17.57%
Cuando sus responsables están capacitados.	16	21.62%
Cuando tolera el 80% del alimento ofrecido y tiene apetito.	16	21.62%
Ninguna es correcta.	0	0.0%
Hasta que ya no está desnutrido.	0	0.0%
Todas son correctas.	0	0.0%
No responde.	1	1.35%
No corresponde.	9	12.16%
Total.	74	100.0%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 31: TABLA DE FRECUENCIAS SOBRE EL TIPO DE ACTITUD SOBRE LA DESNUTRICION SEVERA, ENCONTRADA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE.

Tipo de actitud.	Frecuencia.	Porcentaje.
Favorable.	20	74.074%
Desfavorable.	7	25.926
Total.	27	100%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 32: TABLA COMPARATIVA Y DE FRECUENCIAS SOBRE EL CRUCE ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SUBJETIVO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO OBJETIVO, EN BASE A PUNTAJE OBTENIDO Y AL ITEM 26. EN HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE-SAN MIGUEL-ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Nivel de conocimiento subjetivo. (Ítem No. 26)	Nivel de conocimiento Objetivo. (Puntaje obtenido)						Total/Subjetivo.	
	Bajo.		Medio.		Alto.			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo.	4	14.81%	6	22.22%	0	0.0%	10	37.04%
Medio.	0	0.0%	2	7.41%%	9	33.33%%	11	40.74%
Alto.	0	0.0%	0	0.0%	2	7.41%%	2	7.41%
Ninguno.	2	7.41%	2	7.41%	0	0.0%	4	14.81%
Total/Objetivo.	6	22.22%	10	37.04%	11	40.74%	27	100%

Fuente: ENCUESTA.

ANEXO 33: CUADRO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO OBTENIDO Y EL TIPO DE ACTITUD IDENTIFICADO EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE.-SAN MIGUEL-ELSALVADOR, ENERO-JUNIO DE 2009.

Tipo de actitud.	Nivel de conocimiento Objetivo. (Puntaje obtenido)						Total.
	Bajo.		Medio.		Alto.		
	F	%	F	%	F	%	
Favorable.	3	11.11%	6	22.22%	11	40.74%	20
Desfavorable.	3	11.11%	4	14.81%	0	0.0%	7
Total.	6	22.22%	10	37.04%	11	40.74%	27

Fuente: ENCUESTA.