SIBIUP
Biblioteca Int Simon Bolivar
00255478

UNIVERSIDAD DE PANAMA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

EVALUACION DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN LAS INSTALACIONES DE SALUD DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL AREA METROPOLITANA Y SAN MIGUELITO - 1992

Por:

Laura Torres de Thomas

Tesis para optar al grado de

Maestría en Salud Pública

Panamá, República de Panamá

- 1993 -

T.M

JUN 16 1993

APROBACION

25778

APROBADO POR:

Director de Tesis: _____

Miembro de Jurado: _____

Miembro de Jurado: _____

Representante de la Vicerrectoría de
Investigación y Postgrado: _____

Fecha: 27/V/93

DEDICATORIA

A mis hijos y a mi esposo,

por su invaluable sacrificio.

AGRADECIMIENTO

Agradezco la valiosa cooperación del Departamento de Epidemiología de la Caja de Seguro Social - Programa Materno Infantil de la Caja de Seguro Social y Programa Materno-Infantil del Ministerio de Salud.

Al Doctor Vicente Bayard, mi profunda gratitud por su interés, sus enseñanzas y su adecuada asesoría.

RESUMEN

Utilizando el Manual de Encuestas en los Establecimientos de Salud, referente al Manejo de Casos de Diarrea, del Programa para el Control de Enfermedades Diarreicas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, se realizó durante los meses de mayo y agosto de 1992 una evaluación del manejo de la enfermedad diarreica en las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social del Area Metropolitana y San Miguelito.

La encuesta abarcó cinco aspectos:

1. Revisión de expedientes clínicos de niños menores de cinco años atendidos por diarrea.
2. Observación del manejo médico que se dió a niños menores de cinco años con diarrea.
3. Conocimiento que tenía en encargado o familiar del niño, sobre el manejo de la diarrea en el hogar.
4. Conocimiento que tenían los médicos tratantes sobre el manejo correcto de la enfermedad diarreica.
5. Establecimientos y Suministros.

Entre las principales conclusiones del estudio tenemos:

- La información sobre la evaluación y tratamiento de los niños con diarrea, contenida en los expedientes clínicos, es de mala calidad.

- El Personal Médico responsable de la atención de estos niños presenta un conocimiento deficiente en relación a la evaluación correcta del paciente con diarrea, a la rehidratación, principalmente la intravenosa, y en cuanto a los consejos necesarios que se deben dar al encargado del niño. Al comparar el conocimiento con la práctica se obtuvieron iguales resultados.

- En los aspectos anteriores, en general, no hubo diferencias significativas entre los diferentes tipos de médicos estudiados (Médicos Pediatras, Médicos Generales, ni Médicos Internos). Tampoco se encontró diferencias entre los médicos que laboraban en la Consulta Externa y los que laboraban en Cuartos de Urgencia. Al detallar algunas de estas actividades sí se encontraron diferencias.

- Los médicos que laboraban en cuartos de Urgencia tenían una mayor tendencia a recetar otros medicamentos (antidiarreicos, antieméticos, etc.). Aquí sí hubo diferencia significativa.

- Se observó que la mayoría de los encargados entrevistados no tenían conocimientos adecuados sobre la utilidad y uso de las sales de rehidratación oral (SRO) ni respecto a los signos de alarma que indican cuando se debe llevar al niño con diarrea a la Instalación de Salud.

- Encontramos que la mitad de las Instalaciones evaluadas no contaban con área para terapia de rehidratación oral (TRO). Los problemas de suministro mostraron ser sólo ocasionales.

INDICE GENERAL

Página

Agradecimiento vii

Resumen ix

Introducción 1

A. Justificación 7
B. Objetivos 9

PRIMERA PARTE
REVISION DE LA LITERATURA 10

CAPITULO I
LA ENFERMEDAD DIARREICA 14

A. Definición 15
B. Etiología 15
C. Mecanismo de Transmisión 19
D. Fisiopatología 19
E. Cuadro Clínico 25

CAPITULO II
MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA DIARREA - LA ENFERMEDAD DIARREICA EN PANAMA 28

A. Magnitud del Problema de la Diarrea 29
B. La Enfermedad Diarreica en Panamá 30

CAPITULO III
PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS (CED) 40

A. Programas y Actividades de Control de Enfermedades Diarreicas (CED) 41
B. Actividades de Control de Enfermedades Diarreicas (CED) en Panamá 49

CAPITULO IV
TERAPA DE REHIDRATACION ORAL Y USO DE LAS SALES DE REHIDRATACION 56

Página

A. Terapia de Rehidratación Oral y Uso de las Sales de Rehidratación Oral a Nivel Mundial y Nacional 57

CAPITULO V
INTERVENCIONES POTENCIALES PARA REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD POR DIARREA E NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS - MANEJO CORRECTO DE LOS CASOS DE DIARREA . . 64

A. Intervenciones Potenciales para Reducir la Morbimortalidad por Diarrean en Niños Menores de Cinco Años 65
B. Manejo Correcto de los Casos de Diarrea . . . 72

1. Paciente sin signos de deshidratación . 72
2. Paciente con signos de deshidratación . 78
3. Paciente con signos y síntomas de deshidratación grave con shock 81
4. Uso de medicamentos en la diarrea . . . 87
5. Factores que influyen en el manejo correcto de los casos de diarrea 90

SEGUNDA PARTE
METODOLOGIA, RESULTADOS, DISCUSION CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 97

CAPITULO VI
METODOLOGIA 98

A. Revisión de Expedientes Clínicos 101
B. Observación del Manejo de Casos 102
C. Entrevista al Encargado del Niño 103
D. Entrevista al Médico Tratante 104
E. Establecimientos y Suministros 104

CAPITULO VII
RESULTADOS 107

A. Revisión de Expedientes Clínicos 108
B. Observación del Manejo de Casos 110
C. Entrevista al Encargado del Niño 122
D. Entrevista al Médico Tratante 124
E. Establecimientos y Suministros 159

Página

CAPITULO VIII
DISCUSION DE LOS RESULTADOS 166

A. Revisión de Expedientes Clínicos 167
B. Observación del Manejo de Casos 168
C. Entrevista al Encargado del Niño 173
D. Entrevista al Médico Tratante 175
E. Establecimientos y Suministros 185

CAPITULO IX
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 189

A. Conclusiones 190
B. Recomendaciones 200

ANEXOS 205

- Formularios de Encuestas Aplicados 206
- Curvas de Mortalidad y Morbilidad por Diarrea en Menores de Cinco Años 1975-1990 221

BIBLIOGRAFIA 224

BIBLIOGRAFIA (Por Orden de Mención) 229

INDICE DE CUADROS

No.		Página
1.	Etiología de la enfermedad diarreica a nivel mundial	17
2.	Clasificación del grado de deshidratación según la evaluación del paciente con diarrea. .	26
3.	Morbimortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en la República, 1975 - 1990	35
4.	Mortalidad notificada por enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años. Número y Tasa por 100,000. Panamá, 1962-1989 .	37
5.	Indicadores principales del Programa Regional de CED de la OPS/OMS	48
6.	Tasas estimadas de uso de sales de rehidratación oral (SRO) y terapia de rehidratación oral (TRO) en niños de 0-4 años, según regiones de la OMS y globalmente. Años 1983-1989 .	62
7.	Intervenciones potenciales para reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea en niños menores de cinco años	66
8.	Plan A. Para tratar la diarrea en el hogar .	73
9.	Plan B. Para tratar deshidratación por vía oral	79
10.	Plan C. Tratamiento rápido de la deshidratación con shock	82
11.	Antimicrobianos utilizados en el tratamiento de casos específicos de diarrea aguda	91
12.	Evaluación del manejo de la enfermedad diarreica según expedientes clínicos. CSS, Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992	109

No. Página

13. Medicamentos más usados en el tratamiento de las diarreas, según expedientes clínicos. CSS Areas Metropolitana y San Miguelito 110

14. Evaluación del manejo que dan los Médicos tratantes a los casos de diarrea. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 111

15. Evaluación del manejo de los casos de diarrea según el servicio donde labora el Médico tratante. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 114

16. Evaluación del manejo de casos de diarrea según tipo de Profesional Médico. CSS. Area Metropolitana y San Miguelito. 1992 117

17. Evaluación de los niños con diarrea según las tareas realizadas por el Médico Tratante. CSS Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 . . 119

18. Conocimiento de los encargados de niños con diarrea, sobre el tratamiento prevención de las diarreas. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 123

19. Conocimiento global del Personal Médico sobre el manejo correcto de la enfermedad diarreica según clase de Médico. CSS. Area Metropolitana y San Miguelito. 1992 127

20. Conocimiento global del Personal Médico sobre el manejo de la enfermedad diarreica, según servicio donde labora el Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 131

21. Conocimiento del Personal Médico sobre la evaluación correcta del paciente con diarrea, según clase de Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 135

Página

22. Conocimiento del Personal Médico sobre la evaluación correcta del paciente con diarrea, según servicio donde labora el Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito 1992 . . 136

23. Conocimiento del Personal Médico sobre lo que debe preguntarse y examinarse en casos de diarrea para evaluar el estado de hidratación según clase de Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992. 138

24. Conocimiento del Personal Médico sobre lo que debe preguntarse y examinarse en los casos de diarrea para valorar el estado de hidratación según servicio donde labora el Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 . . 141

25. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre la rehidratación con SRO o líquidos intravenosos, según tipo de Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 144

26. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre la rehidratación con SRO o líquidos, según servicio donde labora. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992. 146

27. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre los consejos correctos que deben darse al encargado del niño, según clase de Médico. CSS. Aresas Metropolitana y San Miguelito. 1992. 148

28. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre los consejos correctos que deben darse al encargado del niño, según servicio donde labora el Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 150

Página

29. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre el contenido de las instrucciones acerca de las sales de rehidratación oral que deben darse al encargado del niño, según clase de Médico. CSS. Area Metropolitana y San Miguelito. 1992 151

30. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre el contenido de las instrucciones acerca de las sales de rehidratación oral que deben darse al encargado. CSS Area Metropolitana y San Miguelito. 1992 . . 153

31. Conocimiento de los Médicos tratantes, sobre los consejos que deben darse al encargado del niño con diarrea, pero sin deshidratación, acerca del manejo de éste en el hogar, según clase de Médico. CSS. Area Metropolitana y San Miguelito. 1992 155

32. Conocimiento de los Médicos Tratantes sobre los consejos que deben darse al encargado del niño con diarrea, pero sin deshidratación, acerca del manejo de éste en el hogar, según servicio donde labora el Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 156

33. Conocimiento de los Médicos tratantes sobre los consejos que deben darse al encargado del niño con diarrea de como prevenir esta enfermedad, según clase de Médico. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 157

34. Conocimiento de los Médicos tratantes sobre los consejos que deben darse al encargado del niño con diarrea de como prevenir esta enfermedad, según servicio donde labora el Médico. CSS. Area Metropolitana y San Miguelito. 1992 159

35. Problemas detectados con los Establecimientos y Suministros. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 161

Página

36. Problemas detectados con los Programas y Materiales de Educación en Salud. CSS. Area Metropolitana y San Miguelito. 1992 162

37. Problemas con la Organización y Supervisión del establecimiento. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 163

38. Comparación entre el conocimiento médico y la práctica médica en el manejo de las diarreas, según los indicadores CED de la OPS/OMS. CSS. Areas Metropolitana y San Miguelito. 1992 . . 176

INTRODUCCION

Las enfermedades diarreicas a pesar de los adelantos científicos de las últimas décadas, continúan siendo una de las principales causas de morbimortalidad en los niños del mundo, principalmente en los países en desarrollo (1,2). Se estima que anualmente ocurren de cuatro a cinco millones de muertes en el mundo por esta causa, siendo el 80% de ellas en niños menores de dos años (4).

En Panamá, aunque la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica en menores de cinco años ha disminuido en los últimos diez años, no ha ocurrido lo mismo con la tasa de morbilidad, la cual va en aumento (5,6).

La etiología de la enfermedad diarreica aguda es en la mayoría de los casos de tipo infeccioso: bacterias, virus, parásitos (4,7). Sin embargo, sabemos que la presencia de estos microorganismos en el huésped está favorecida por factores como: falta de agua potable, inadecuada disposición de excretas, falta de educación de la población, dificultad de acceso a los servicios de salud, desempleo, desnutrición, pobreza, etc. (2,7). Esto implica que el control de las enfermedades diarreicas no sea sólo responsabilidad del Sector Salud. La mayor disminución de las tasas de morbimortalidad por esta enfermedad que causa millones de

muertes cada año, sólo se logrará mediante acciones y responsabilidades interdisciplinarias e intersectoriales tanto a niveles nacionales como internacionales, como lo son: mejoras en la infraestructura de saneamiento ambiental, aumento del nivel educativo y nutricional de la población, mejoras en el acceso y calidad de atención en los Establecimientos de Salud, asesoría técnica y suministro de recursos por las organizaciones no gubernamentales (ONG) y Organismos Internacionales, entre otros.

La mayoría de los países en la región de las Américas, conscientes de este gran problema, han preparado y puesto en funcionamiento Programas de Control de Enfermedades Diarreicas (CED) en sus respectivos países (8,9). En Panamá el control de las enfermedades diarreicas se da como una actividad dentro del Programa Materno Infantil desde 1981 y se integró al Plan de Supervivencia Infantil en 1986. Su objetivo fundamental es reducir la mortalidad, la morbilidad y el daño nutricional causado por estas enfermedades en niños menores de cinco años.

Las actividades de control de la enfermedad diarreica en nuestro país incluyen el mejoramiento de la atención, la elaboración de normas técnicas y administrativas, provisión

de suministros como Sales de Rehidratación Oral (SRO), además de actividades de capacitación para el personal de salud y educación en salud a la comunidad. También se realizan investigaciones sobre el comportamiento y manejo de las enfermedades diarreicas tanto en la Comunidad como en las Instalaciones de Salud.

Desde 1990, a raíz de la epidemia de cólera en América, todas estas actividades se han intensificado. Además el Programa para el Control de Enfermedades Diarreicas (CED) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), ha considerado al **manejo efectivo** de los casos de diarrea como la estrategia principal para disminuir la mortalidad por esta causa (4,6,10).

En base a lo anterior, quisimos investigar: ¿Cómo estaban nuestros médicos manejando los casos de niños con diarrea? ¿Qué factores estaban influyendo en el manejo correcto de esta enfermedad? ¿Qué medidas se podrían tomar para mejorar la atención de estos pacientes?

El trabajo descriptivo que presentamos a continuación refleja la evaluación del manejo integral de la enfermedad diarrecia en niños menores de cinco años en las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social de las áreas

Metropolitana y San Miguelito, sabiendo que ésta Institución cubre al 61.5% de la población menor de cinco años de los distritos de Panamá y San Miguelito (11), y que entre la demanda de atención por enfermedades transmisibles, las diarreas ocuparon el segundo lugar en los años 1990 y 1991, superadas sólo por la influenza epidémica (12).

Se utilizó el Manual de Encuestas para Establecimientos de Salud, referente al Manejo Correcto de la Enfermedad Diarreica, del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (CED) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Para esta evaluación se realizó un estudio preliminar donde se revisó una muestra de los expedientes clínicos de niños menores de cinco años atendidos por diarrea, se observó personalmente el manejo que dió el Personal Médico a un número plural de niños atendidos con diarrea y además se realizó una encuesta a los encargados de estos niños sobre su conocimiento acerca de la enfermedad y su manejo en el hogar. Las facilidades físicas, de personal y de suministros de cada instalación en estudio, también fueron evaluadas en esta etapa. Por último, el punto principal de la investigación fue la evaluación del conocimiento de los

Profesionales Médicos, que atienden niños con diarrea en esas instalaciones, sobre estas enfermedades y su correctò manejo, sabiendo que este es el factor clave para brindar la mejor atención a estos casos en las Instalaciones de Salud.

Consideramos que este trabajo será de mucha ayuda para conocer la calidad de atención que brindamos a nuestros niños con diarrea, conocer las dificultades y deficiencias que se confrontan para una mejor atención, ayudar a reforzar las Actividades de Control de las Enfermedades Diarreicas a Nivel Nacional y algo que es muy importante: servir de base para medir nuestro progreso en las acciones que tomemos contra este problema de Salud Pública.

A. Justificación.

A pesar de que en Panamá la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica en menores de cinco años ha disminuido en los últimos diez años (3.1 x 10,000 en 1980 a 2.3 x 10,000 en 1990), no ha ocurrido igual con la tasa de morbilidad la cual va en aumento (956 x 10,000 en 1980 a 1790 x 10,000 en 1990) (5).

En Panamá las enfermedades diarreicas constituyeron la segunda causa de consulta general por morbilidad en el país de 1985 a 1991 (13) y en la Caja de Seguro Social fueron la tercera causa por consulta por enfermedad transmisible en 1991, antecedida sólo por la influenza y la conjuntivitis, las cuales se dieron en forma epidémica (12).

Este problema de Salud Pública es aún más severo en el grupo menor de cinco años debido a su mayor susceptibilidad (respuesta inmune, factores asociados, desnutrición) y a que en ellos los trastornos del equilibrio hidroelectrolítico son más peligrosos (7,18). Prueba de ello, es el hecho de que las enfermedades diarreicas han constituido la tercera causa de muerte en los niños menores de 1 años desde 1983 a 1990. Para el grupo de 1-4 años ha sido la primera causa de

muerte en este mismo período, incluyendo las muertes con y sin certificación médica (14,15). Debido a que representan un problema grave de salud en nuestro país, nos interesa entonces evaluar el manejo que se le da actualmente a los casos de diarrea, para ver si es correcto ono, estudiar qué factores influyen en el tratamiento adecuado de estos casos y posteriormente dar recomendaciones que permitan mejorar el tratamiento integral y la prevención de las diarreas a nivel de las Instituciones de Salud de la Caja de Seguro Social de las áreas Metropolitana y San Miguelito, y de otras Instalaciones de Salud del país.

Igualmente es necesario desarrollar indicadores que nos permitan comparar nacional e internacionalmente los avances que se den en el control de las enfermedades diarreicas.

Estudios como éste ayudarán a reforzar las Actividades de Control de las Enfermedades Diarreicas, no sólo en la Caja de Seguro Social, sino a nivel nacional.

B. Objetivos.

1. Generales:

a. Evaluar el manejo médico que se da a los casos de diarrea en menores de cinco años, en las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social de las areas Metropolitana y San Miguelito.

b. Detectar los problemas existentes que dificultan el adecuado manejo de los casos en estas instalaciones.

c. Recomendar medidas para mejorar la atención de los casos con diarrea.

d. En base a lo anterior, reforzar o apoyar las Actividades Institucionales y Nacionales de Control de Enfermedades Diarreicas en Panamá.

2. Específicos:

a. Determinar la calidad de la información sobre la evaluación y tratamiento de los casos de diarrea contenida en los expedientes o historias clínicas.

b. Determinar cómo los médicos evalúan a los niños menores de cinco años con diarrea y deshidratación.

c. Conocer cómo los médicos que atienden niños con diarrea, selecionan y llevan a cabo el tratamiento de la diarrea y deshidratación.

d. Identificar diferencias en el manejo (práctica) de la enfermedad diarreica en menores de cinco años según tipo de Profesional Médico (Pediatra, Médico General y Médico Interno).

e. Identificar diferencias en el conocimiento del manejo correcto de la enfermedad diarreica según tipo de Médico (Pediatra, Médico General y Médico Interno).

f. Identificar diferencias en el manejo (práctica) de la enfermedad diarreica en menores de cinco años según el servicio donde se ofrece la atención (Cuarto de Urgencias versus Consulta Externa).

g. Identificar diferencias en el conocimiento del manejo correcto de la enfermedad diarreica entre médicos de la Consulta Externa y médicos que laboran en Cuartos de Urgencia.

h. Obtener información referente al conocimiento y comprensión del encargado del niño con diarrea, sobre el tratamiento en el hogar y las medidas de prevención de la diarrea.

i. Evaluar la capacidad de los establecimientos y suministros clínicos para el adecuado manejo de los casos de dairrea (área para Terapia de Rehidratación, mobiliario, utensilios, insumos eléctricos, personal, material educativo, etc.).

j. Obtener indicadores útiles en medir el progreso en el control de las enfermedades diarreicas. Medir cuatro de los indicadores que recomienda el Programa de Control de Enfermedades diarricas (CED) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS):

(1) Porcentaje de casos de diarrea evaluados correctamente (criterio de evaluación y decisión del grado de hidratación).

(2) Porcentaje de casos de diarrea rehidratados correctamente (rehidratación oral e intravenos escogida y administrada correctamente.

(3) Porcentajes de casos de dairrea cuyos padres o responsables fueron aconsejados correctamente sobre el manejo en el hogar (instrucciones adecuadas de como usar las sales de rehidratación oral, dieta y medidas de prevención de las diarreas).

(4) Porcentaje de casos de disentería que recibieron un antibiótico adecuado

PRIMERA PARTE

REVISION DE LA LITERATURA

CAPITULO I

LA ENFERMEDAD DIARREICA

A. Definición:

La palabra diarrea proviene del griego "diarrohia" que significa "flujo de vientre" (7). Hipócrates la describía como frecuencia y fluidez anormales de las excreciones fecales (7).

En la actualidad el Programa de Control de las Enfermedades Diarreicas (CED), de la OPS/OMS define la diarrea como una enfermedad caracterizada por evacuaciones intestinales frecuentes y anormalmente blandas o líquidas (4). Se denomina diarrea aguda a tres o más evacuaciones intestinales diarias anormalmente blandas o líquidas por espacio de menos de dos semanas. La diarrea aguda es generalmente de tipo infeccioso.

La diarrea persistente es aquella que perdura por más de dos semanas (4). Si la diarrea agua tiene sangre y moco en las heces se denomina Disentería (4).

B. Etiología de la Diarrea:

La etiología de la diarrea es variable, desde causas no infecciosas como: alergia a la leche de vaca, intolerancia a la lactosa, malas técnicas de alimentación,

antibióticos, síndromes de mala absorción, enfermedades endocrinas, desórdenes metabólicos, desórdenes genéticos y enfermedades inmunológicas, hasta las de etiología infecciosa por bacterias, virus y parásitos (4,7).

Las de origen infeccioso son las más frecuentes y constituyen uno de los problemas de salud más importantes en los niños de los países en desarrollo (1,2), por lo cual nuestro estudio está más dirigido a este tipo de diarreas.

En el Cuadro 1 se aprecian las diferentes etiologías infecciosas de los cuadros diarreicos (4).

Gracias al desarrollo de nuevos métodos de laboratorio y al avance de la microbiología entérica durante la última década, se ha avanzado en el conocimiento de las causas de la diarrea infecciosa aguda. Los laboratorios con capacidad para hacer los estudios etiológicos completos pueden identificar a los patógenos potenciales en un 70% de los casos de diarrea aguda que se traten en hospitales o establecimientos de salud (4,18).

En general no se observan diferencias entre países ya que los mismos patógenos son los causantes de la diarrea en niños en todo el mundo, lo que varía es la capacidad

Cuadro #1. Etiología de la Enfermedad Diarreica a nivel mundial.

	Más importantes	Menos importantes
BACTERIAS:	Shiguella sp	Salmonella sp
	Escherichia coli enterotoxigenica	Yersinia Entero-colitica
	Escherichia coli enteropatogena	Escherichia coli enteroinvasora
	Campylobacter jejuni	Aeromonas hydro-phila
	Vibrio cholerae 0-1	Clostridium difficile
		Clostridium perfringes
		Staphylococcus aureus
		Vibrio cholerae no 0-1
		Vibrioparahaemolyticus

	Confirmados	Posibles
VIRUS:	Adenovirus	Astrovirus
	Rotavirus	Calicivirus
	Virus 27nm (Norwalk)	Coronavirus
		Minirotavirus
		Virus redondos pequenos

PARASITOS:

Cryptosporidium
Entamoeba hystolytica
Giardia lamblia
Isospora belli
Strongyloides stercoralis
Trichuris trichiura
Ballantidium coli

Fuente: OPS/OMS.Curso sobre habilidades de Supevision. Manejo del paciente con diarrea. 1991.

técnica que tengan los países para poder identificar los enteropatógenos (4).

Entre las bacterias asociadas a la diarrea aguda en niños de los países en desarrollo tenemos: ***Shighella***, ***Echerichia coli*** enterotoxigénica, ***Campylobacter jejuni*** y ***Escherichia coli*** enteropatógena principalmente (4). El ***vibrio cholerae*** básicamente es causante de epidemia entre niños mayores y adultos.

Entre los virus encontramos que el rotavirus es la principal causa viral de la enfermedad diarreica durante los dos primeros años de vida en niños atendidos en hospitales y establecimientos de salud en todo el mundo. Sin embargo es responsable solamente de un 5-10% de los casos de diarrea a nivel comunitario (4). El virus de Norwalk causa diarrea y vómito en niños mayores y adultos de los países desarrollados.

Los parásitos causantes de diarrea más importantes en el mundo son: ***Cryptosporidium*** (recién conocido), ***Entomoeba hystolityca*** y ***Giardia lamblia*** (4).

La falta de un diagnóstico de laboratorio

no impide generalmente el tratamiento de los casos de diarrea ya que independientemente de la etiología, el tratamiento es el mismo: terapia de rehidratación oral y alimentación adecuada. La necesidad o no del uso de un antibiótico puede basarse en la evaluación clínica y epidemiológica (4).

C. Mecanismo de Transmisión:

Los agentes infecciosos que causan diarrea generalmente se diseminan por la ruta fecal-oral, por ejemplo a través de alimentos contaminados, el agua o por contacto con las manos contaminadas de heces (4,28).

D. Fisiopatología:

Para entender los mecanismos de la diarrea y su importancia, expondremos primero hechos básicos en el funcionamiento normal del tracto gastrointestinal: éste es un tubo que tiene como función principal el recibir y absorber líquidos y nutrimentos que necesita el organismo para funcionar. Posee una serie de glándulas que segregan jugos digestivos y los músculos del intestino mezclan e impulsan el contenido intestinal.

Los alimentos sólidos y líquidos que ingerimos pueden estar contaminados con microorganismos causantes

de diarrea, pero hay factores locales en el tracto gastrointestinal que contribuyen a mantener un balance ecológico, estos factores son:

1) **El pH ácido del estómago:** La gran mayoría de las bacterias entéricas son susceptibles a pH ácidos, por lo cual muchos de los organismos ingeridos no llegan viables al duodeno. Se sabe que una función gástrica alterada a causa de una producción insuficiente de ácido, ya sea por enfermedades, intervenciones quirúrgicas o por el uso de antiácidos, es un factor que predispone a la infección por agentes patógenos (ej. ***Shighella***, ***E. coli*** o ***Vibrio cholerae***) (7,16).

2) **Motilidad normal gastrointestinal superior:** Permite mantener un sistema efectivo de limpieza del tracto digestivo. Esta es la causa de la diferencia entre la flora del intestino delgado y la del colon. El intestino delgado es muy activo en peristalsis y tiene una menor cantidad de flora y el segundo, siendo un reservorio, posee una flora exhuberante (7).

3) **Presencia de coproanticuerpos:** Constituidos principalmente por inmunoglobulina A, de tipo secre-

torio, asociada a la regulación de la flora intestinal. Los individuos con agamma o hipogammaglobulinemia tienen mayor incidencia de gastroenteritis (7).

4) **La flora intestinal per se:** Este factor local de defensa es menos conocido pero muy importante. La flora normal evita que un organismo invasor se multiplique, probablemente compitiendo por espacio o nutrientes o bien por la elaboración de catabolitos antibacterianos (7).

Los mecanismos de defensa inmunitarios, específicos y no específicos, hacen la distinción entre los diferentes tipos de proteínas ingeridas: se absorben las proteínas de los alimentos pero se bloquea, inactiva o elimina a los microorganismos patógenos pero no a los que viven normalmente en el intestino y son inocuos (16).

En el intestino delgado se absorben la mayoría de los alimentos líquidos y sólidos. El intestino grueso absorbe menos agua y actúa como reservorio.

La superficie interna del intestino delgado está cubierta por las vellosidades, las cuales están cubiertas por células especializadas llamadas enterocitos que intervienen en las funciones de secreción, digestión, defen-

sa y absorción. Su vida es corta y toda la membrana se renueva cada tres ó cuatro días. Cada enterocito a su vez está cubierto por filamentos con apariencia de cerdas recibiendo el nombre de borde en cepillo. La función final del intestino es excretar los alimentos sólidos y líquidos no absorbidos, las células viejas o dañadas, las toxinas, los agentes nocivos y otros desechos.

Generalmente se toma menos líquidos (2-3 lt) que lo que segrega el intestino (7-8 lt) por las diversas glándulas que se encuentran en todo su recorrido (16). La mayor parte de este líquido se reabsorbe, ya que las heces contienen normalmente sólo de 100-200 cc diarios de líquido. Si el intestino deja de absorber o de reabsorber líquido o secreta más líquido intestinal de lo normal, aumenta el volumen excretado, produciéndose la diarrea con una pérdida de agua y electrolitos principalmente, lo cual puede llevar a la deshidratación.

Los mecanismos principales a través de los cuales los microorganismos patógenos producen diarrea son: (4,28)

1) **Diarrea Invasora:**

Los enteropatógenos invaden las células epiteliales de la mucosa del intestino delgado distal o del colon, donde se multiplican provocando una reacción inflamatoria y destruyendo la mucosa, lo que interfiere con los mecanismos de absorción. La diarrea que producen consiste de tejido destruído, sangre y restos de alimentos parcialmente digeridos.

Los patógenos invasores más comunes son: ***Shiguella***, ***Escherichia coli*** enteroinvasora, ***Campylobacter jejuni***, ***Salmonella***, rotavirus y ***Entamoeba hystolytica*** (4).

Existen otros organismos que producen diarrea invasora adhiriéndose a la mucosa intestinal y dañando el borde en cepillo, pero no penetran la célula intestinal, entre ellos tenemos: ***E. coli*** enteropatógena, ***E. coli*** enteroadherente, el agente de Norwalk, ***Cryptosporidium*** y ***Giardia lamblia*** (4).

2) **Diarrea Secretora:**

Este mecanismo es mejor conocido que el de las invasoras. Este tipo de diarrea es causada principalmente por ***Vibrio cholerae*** O_1, y ***E. coli*** enterotoxigénica y algunas veces por cepas de ***Vibrio cholerae*** no O_1.

Los microorganismos luego de adherirse a la pared intestinal se multiplican y producen una toxina que penetra en los enterocitos estimulando la producción de la enzima adenilciclasa. Esto causa una reacción en cadena que libera energía y resulta en la secreción de sodio y de cloro a la luz intestinal acompañados de agua. Las células siguen segregando sin control grandes cantidades de líquido y electrolitos por el resto de su corta vida, absorbiendo menos líquidos, por lo cual se produce la diarrea líquida, que puede causar deshidratación, colapso circulatorio y la muerte

Las consecuencias más graves de la diarrea son la pérdida de agua y sales en las deposiciones. La pérdida excesiva de agua se llama deshidratación.

El líquido que se pierde primero es el de la corriente sanguínea por lo cual el corazón late más rápido tratando de compensar la pérdida. Luego el líquido de los tejidos del cuerpo se va hacia los vasos sanguíneos y disminuye la circulación a los puntos menos importantes. Las extremidades comienzan a enfriarse y el pulso se debilita. Si persiste la pérdida de líquidos comienza a fallar la circulación a los órganos esenciales como los riñones y el

cerebro, se reduce el volumen de orina y se pierde el conocimiento. De no corregirse la deshidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico se produce acidosis y la muerte (16).

E. Cuadro Clínico: (4,10,19)

Según la presencia o no de deshidratación, los niños con diarrea presentarán los siguientes signos y síntomas (ver Cuadro No. 2):

1) **Paciente sin signos de deshidratación:**

Este paciente se caracteriza porque está alerta, parece estar bien, los ojos están normales, cuando llora presenta lágrimas, la boca y lengua están húmedas y no tiene sed. Al examinar el signo del pliegue, éste desaparece rápidamente.

2) **Paciente con signos y síntomas de deshi dratación:**

El niño menor se encontrará intranquilo, inquieto, pero siempre irritable al estimularlo; el niño mayor y el adulto podrán estar aletargados. Los ojos están hundidos y sin lágrimas, la boca y la lengua están secas y el paciente está sediento, bebe con avidez. El volumen de orina disminuye y el signo del pliegue desaparece lenta-

Cuadro #2. Clasificación del grado de deshidratación según la evaluación del paciente con diarrea.

EVALUACIÓN	C L A S I F I C A C I O N		
1. Observación	Sin signos de deshidratación	Con signos de deshidratación	Deshidratación grave
Condición	Bien, alerta	Intranquilo, irritable	comatoso;* hipotónico*
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
Sed	Bebe normal Sin sed	Sediento, bebe rápido y ávido	Bebe mal o no puede. *
2. Exploración			
Signo del Pliegue	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lento *
CONCLUSIÓN	A	B	C

A= No tiene signos de deshidratación
B= Si presenta dos o mas signos, tiene deshidratación
C= Si presenta dos o mas signos incluyendo por lo menos un *signo* tiene deshidratación grave. Estado comatoso indica shock. Otros signos que indican shock, son: tiempo de llenado capilar mayor de 5 segundos, pulso radial ausente o muy débil, presión sanguínea baja.

Fuente: OPS/OMS. Curso Hab. de Supervisión. Manejo del paciente con diarrea. 1991.

mente.

3. **Paciente con signos y síntomas de deshidratación grave CON shock:**

El paciente presenta alteración del estado de conciencia que puede llegar al coma, los ojos están muy hundidos y secos. Si llora no tiene lágrimas, la boca y lengua están muy secas y bebe mal o no es capaz de beber. El volumen de orina está muy disminuido o ausente. El pliegue de la piel desaparece muy lentamente (+ 2 seg). Además el llenado capilar de más de 5 segundo indica shock.

CAPITULO II

MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA DIARREA

- LA ENFERMEDAD DIARREICA EN PANAMA

A. Magnitud del Problema de la Diarrea:

Los episodios de diarrea causan aproximadamente de 4 a 5 millones de muertes cada año en el mundo (4). Cerca del 80% de estas muertes ocurren en niños menores de dos años (4).

En países de América Latina y el Caribe, la enfermedad diarreica representa un grave problema de Salud Pública y se encuentra entre las primeras cinco causas de defunción en los menores de un año y en muchos son la primera causa de defunción en los niños de uno a cuatro años (2,3). Esta situación es diferente en los países desarrollados, en los cuales a pesar de que la enfermedad diarreica persiste, se da en menor magnitud.

En la región de las Américas las tasas de mortalidad infantil por enfermedad diarreica van desde 0.5 x 100,000 nacidos vivos en Canadá a 967.3 x 100,000 nacidos vivos en Nicaragua (2). En los países en vías de desarrollo también se dan diferencias: las tasas de mortalidad por enfermedad diarreica de Nicaragua, República Dominicana, Guatemala y Ecuador son entre ocho y nueve veces más altas que las de Argentina, Dominica y Panamá y quincé veces mayores que

Uruguay, Costa Rica y Venezuela (2).

En cuanto a la morbilidad, no se dispone de datos para determinar con exactitud la magnitud del problema ya que no todos los casos acúden a los servicios de salud, ni se registran todos los episodios. Se estima que se producen un billón de casos de diarrea cada año en los niños menores de cinco años de los países en desarrollo (4).

Solamente por medio de encuestas se ha podido determinar una incidencia promedio de 3-4 episodios anuales de diarrea por niño, en la región de las Américas (2,4). En algunas áreas, los niños pequeños pasan entre el 15-20% de sus vidas enfermos de diarrea. Además, se sabe que el 30% de las camas pediátricas de los hospitales en los países en desarrollo están ocupadas por casos de diarrea (4).

B. <u>La Enfermedad Diarreica en Panamá</u>:

El Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión (1975), agrupa aquellas enfermedades infecciosas manifiestas por diarrea bajo el nombre de **Enfermedades Infecciosas Intestinales** y comprende los Códigos del 001 al 009 a saber (36):

001 Cólera

002 Fiebre Tifoidea y Paratifoidea

003 Otras infecciones por ***Salmonella***

004 Shiguelosis

005 Otra intoxicación alimentaria (bacteriana)

006 Amebiasis (***Entamoeba hystolytica***)

007 Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios (balantidiasis, giardiasis, coccidiosis, tricomoniasis intestinal, etc.).

008 Infecciones intestinales debidas a otros organismos (Ej. ***E. coli***, ***Aerobacter aerogenes***, ***Proteus mirabilis***, enteritis debida a virus especificados y otras).

009 Infección intestinal mal definida.

En Panamá el estudio del comportamiento de la enfermedad diarreica se hace mediante la vigilancia de las enfermedades codificadas con el número **009** o sea **Infección Intestinal Mal Definida.** Esta categoría incluye:

- 009.0 Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosa.
- 009.1 Colitis, enteritis y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
- 009.2 Diarrea infecciosa: disentérica, epidémica, SAI (sin especificar).
- 009.3 Diarrea de presunto origen infeccioso.

Se excluye de esta categoría patologías como: colitis ulcerativa, enfermedad diarreica consecutiva a cirugía gastrointestinal, o debida a organismo especificado (009-008), enteritis isquémica, enteritis regional, mala absorción intestinal y otras colitis y gastroenteritis no infecciosas.

En base a esta clasificación se elaboran las estadísticas que presentamos a continuación:

En Panamá la tasa de mortalidad general por enfermedad diarreica disminuyó notablemente en comparación a décadas anteriores. Sin embargo en los últimos años el descenso ha sido lento. Para 1985 la tasa de mortalidad general por enfermedad diarreica fue de 11.6 x 100,000 habitantes; la cual bajó a 8.4 x 100,000 habitantes en 1989 (estas tasas corresponden a muertes con y sin certificación médica) y a pesar de este descenso ocupó la décima causa de muerte en la República de Panamá en 1989 (14).

Las provincias más afectadas por el problema de las diarreas son Bocas del Toro, con una tasa de mortalidad por enfermedad diarreica de 56.3% x 100,000 habitantes, constituyendo en esta provincia la primera causa de muerte en la población general y la Comarca de San Blas que también

presenta una tasa de mortalidad alta (11.8 x 100,000 habitantes), siendo la cuarta causa de muerte en esta área para 1989 (14).

Por los múltiples problemas de abastecimiento de agua, disposición de excretas y basuras, analfabetismo, lejanía de los servicios de salud y otros, las áreas rurales tienen una tasa de mortalidad por diarrea de 13.6 x 100,000 habitantes, la cual es 3.7 veces mayor que la del área urbana (3.7 x 100,000 habitantes).

Al hablar de sexo, encontramos que para 1989, los hombres presentaban tasas de mortalidad por diarrea mayores (9.9 x 100,000 habitantes) que las mujeres (6.9 x 100,000 habitantes) (14).

En cuanto al grupo etario encontramos que los niños son más susceptibles a padecer de diarreas y a morir por sus complicaciones, debido a su inmadurez inmunológica y a que e ellos los problemas del desequilibrio hidroelectrolítico son más severos (7). Desde 1976 se inicia un descenso de la tasa de mortalidad en menores de cinco años, el cual es el grupo etario más afectado por las enfermedades diarreicas. Para 1980 la tasa de mortalidad por diarreas en menores de

cinco años fue de 31 x 100,000 en 1985; esta tasa disminunó a 20 x 100,000; pero para 1990 muestra un aumento a 23 x 100,000 (5) (Tasas de mortalidad con certificación médica). Cuadro No. 3.

Al disgregar el grupo menor de cinco años, encontramos que las enfermedades diarreicas han sido la tercera causa de muerte en los niños menores de un año en la República desde 1983 a 1990, tomando en cuenta las muertes con y sin certificación médica. La tasa de mortalidad infantil por esta causa para 1989 fue de 108.3 x 100,000 nacidos vivos. En el grupo de uno a cuatro años estas enfermedades han sido la primera causa de defunción (con y sin certificación médica) desde 1983 a 1990. Para 1989 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 20.9 x 100,000 niños de uno a cuatro años en el país.

En el Cuadro No. 4 se muestra la evolución de la mortalidad en menores de un año y en el grupo de uno a cuatro años en los últimos 30 años. El inicio formal de las campañas de letrinación en 1925 y la extensión de los programas de acuerductos rurales desde 1967 (14a), contribuyeron al descenso de las tasas de mortalidad de ambos grupos.

Es interesante resaltar que ha habido un aumento en la

Cuadro #3. Morbi-Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años en la República.
1975-1990

AÑOS	MORTALIDAD		MORBILIDAD	
	#	TASA	#	TASA
1975	147	5.5	19,321	716.4
1976	310	11.2	25,559	919.7
1977	179	6.2	21,138	738.0
1978	133	4.5	20,345	686.4
1979	119	3.9	22,764	748.2
1980	85	3.1	29,977	956.0
1981	72	2.2	36,830	1,139.7
1982	57	1.8	41,074	1,486.7
1983	78	2.8	50,150	1,804.8
1984	46	1.6	40,672	1,455.5
1985	71	2.0	41,688	1,484.4
1986	62	2.2	44,956	1,579.9
1987	73	2.5	---	---
1988	58	2.0	42,999	1,474.1
1989	61	2.6	41,464	1,404.4
1990 *	68	2.3	53,438	1,790.9

Tasa por 10,000 habitantes. Población de 0-4 años
Mortalidad con Certificación Médico
*Preliminar

Fuente: Boletín de Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República
Boletín de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud.
Sección de Estadísticas, Departamento. Materno-Infantil. Ministerio de Salud.

UNIVERSIDAD DE PANAMA
BIBLIOTECA

tasa de mortalidad por enfermedad diarreica en el grupo etario de 15-24 años en los últimos años. Para 1989 la tasa fue de 1.4 x 100,000 habitantes de 15-24 años, y representó la cuarta causa de muerte para este grupo en ese año (14).

Al hablar de morbilidad en general, tenemos que en los últimos cinco años las enfermedades diarreicas han ocupado el segundo lugar (excepto en 1987 donde ocuparon el primer lugar) como causa de morbilidad por enfermedad infecto contagiosa en la República de Panamá (13). En 1985 la tasas de morbilidad general por enfermedad diarreica fue de 3,555.5 x 100,000 habitantes y en 1990 fue de 3,872.4 x 100,000 habitantes (13,17). Estas tasas han sido superadas sólo por las de Influencia Epidémica.

En el grupo de menores de cinco años la tasa de morbilidad por enfermedad diarreica aumentó de 956.0 x 10,000 en 1980, a 1,709 x 10,000 menores de cinco años en 1990 (5); Cuadro No. 3.

Las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social (Policlínicas y Complejo Hospitalario Metropolitano), cubren al 61.5% de la población menore de cinco años en los distritos de Panamá y San Miguelito (11).

Cuadro #4. Mortalidad notificada por Enfermedades Diarreicas en niños menores de cinco años. Número y Tasa por 100,000. Panamá, 1962-1989.

Años	Menores de 1 año		1-4 Años	
	#	Tasa *	#	Tasa**
1962	279	634.7	180	101.8
1963	285	637.2	207	115.2
1964	299	656.0	186	101.9
1965	220	474.2	183	98.7
1966	294	595.2	159	84.4
1967	215	423.3	156	81.5
1968	253	482.0	205	105.4
1969	265	501.9	241	121.9
1970	272	510.4	207	103.1
1971	205	373.1	204	100.0
1972	194	353.3	161	77.7
1973	210	403.1	181	86.2
1974	155	293.7	157	73.9
1975	159	295.6	115	53.5
1976	295	556.6	135	62.6
1977	174	330.0	114	52.5
1978	144	271.5	74	34.3
1979	100	188.9	77	25.3
1980	83	157.7	66	26.4
1981	71	131.8	59	22.9
1982	56	102.8	43	19.5
1983	86	155.7	56	25.3
1984	65	114.7	45	20.3
1985	88	151.6	58	26.1
1986	69	119.7	49	21.7
1987	66	114.5	59	25.8
1988	59	100.9	53	22.9
1989	64	108.3	49	20.9

*Tasa por 100,000 nacidos vivos
**Tasa por 100,000 habitantes de 1-4
Muertes con y sin certificación médica

Fuente: Ministerio de Salud, División Materno-Infantil

En las Policlínicas las enfermedades diarreicas constituyeron la tercera causa de consulta por morbilidad de enfermedades transmisibles para 1991, superadas por la influenza y la conjuntivitis hemorrágica, estas dos últimas dadas en forma epidémica. En el Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social (CSS) fueron la primera causa de consulta por enfermedad transmisible ese año (12).

De los datos disponibles sobre enfermedades diarreicas en las Instalaciones de la CSS, calculamos que la tasa de morbilidad general por estas enfermedades descendió de 2,682 x 100,000 asegurados en 1990 a 2,231.3 x 100,000 en 1991, en las Policlínicas del Area Metropolitana.

No sucedió igual en las Policlínicas del área de San Miguelito, donde se observó un aumento de la morbilidad de 4,898.1 x 100,000 asegurados en 1990 a 5,304.4 x 100,000 asegurados en 1991 (12). Este aumento de la morbilidad por enfermedad diarreica en el área de San Miguelito es un reflejo de las condiciones socioeconómicas que se dan en el área por un crecimiento demográfico elevado, no acompañado de la expansión de servicios públicos (salud, saneamiento ambiental y educación principalmente) y por el aumento de poblaciones urbanas marginales producto de la migración del

campo a la ciudad.

Al hablar del grupo de menores de cinco años asegurados, encontramos una tasa de morbilidad por enfermedad diarreica de 8,870 x 100,000 asegurados menores de cinco años en 1990, la cual bajó a 7,870 x 100,000 en 1991. Al estudiar las regiones por separado, encontramos en 1990, una tasa de 7,000 x 100,000 menores de cinco años asegurados en la Región Metropolitana, la cual descendió a 5,000 x 100,000 en 1991. Nuevamente la región de San Miguelito mostró un aumento en la morbilidad por enfermedad diarreica en menores de cinco años asegurados de 15,000 x 100,000 en 1990 a 17,000 x 100,000 en 1991 (12).

Debemos recordar que estas cifras no reflejan la situación real, ya que no todos los casos de diarrea demandan atención en los servicios de salud, por lo cual estas cifras son mucho mayores, pero sí nos dan un reflejo de las áreas donde es mayor el problema y donde nuestras intervenciones deben darse prioritariamente.

CAPITULO III

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS (CED)

A. Programas y Actividades de Control de Enfermedades Diarreicas:

El Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (CED) de la Organización Mundial de la Salud se inició en 1978, en respuesta a la necesidad de los Gobiernos Miembros por organizar una acción conjunta contra uno de los problemas más comunes en los países en desarrollo (8). Este programa representa un esfuerzo global para implantar medidas simples y de bajo costo que están disponibles para tratar y prevenir las enfermedades diarreicas. Apoya, además, el desarrollo de investigaciones para el mejor conocimiento del problema en los diferentes países a fin de promover intervenciones que refuercen las actividades del CED. Este programa cuenta además con la colaboración del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Agencia Interamericana de Desarrollo del Gobierno de los Estados Unidos (USAID). Para 1989 todos los países de la región de las Américas tenían programas o actividades de CED y 17 producían sus propias sales de rehidratación oral (SRO) (6,8).

Gracias a este esfuerzo conjunto se han logrado reducir considerablemente la morbilidad y mortalidad por causa de las diarreas en esta región. Pero a pesar de ello las

enfermedades diarreicas aún continúan siendo uno de los principales problemas de salud, sobre todo en los menores de cinco años, y constituyen causa importante de costo para los gobiernos, por lo cual en 1989 se crea el Comité Coordinador Interagencial del Programa CED (CCI/CED), constituido por los responsables de las actividades de CED en el nivel regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF y USAID, con el fin de lograr una coordinación más eficaz para la reducción de la morbi-mortalidad por diarrea en las Américas (8).

El CCI de la región de las Américas realiza las siguientes actividades:

- Da asistencia a los países para analizar los programas nacionales de CED mediante visitas y consultorías.

- Da asistencia particular a los países en sus evaluaciones sobre las actividades del CED.

- Brinda asesoría para la planificación de actividades según los recursos financieros que pueden provenir del gobierno, de las representaciones de la OPS, UNICEF o la USAID en el país, Fondos

Internacionales o Bilaterales.

Con la asesoría del CCI/CED Regional se han establecido CED y CCI a Niveles Nacionales insistiendo en la necesidad de cooperación activa por parte de las Agencias Internacionales, las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y las Gubernamentales.

Se ha sugerido como estrategia el incluir las actividades de CED en los Programas de Atención Primaria y en otros programas ya establecidos como por ejemplo: Supervivencia Infantil o el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a fin de facilitar estas actividades (6,8,30). También se considera la coordinación intersectorial como esencial en la reducción de la morbilidad por diarrea a un plazo mayor, por lo cual se debe obtener la colaboración del Sector Educacional, Agricultura y Saneamiento, entre otros.

El CCI/CED Regional ha asignado alta prioridad a la recolección y análisis de datos para poder evaluar el desarrollo de las actividades de CED en los países. Para la adecuada recolección de estos datos, tanto de mortalidad, morbilidad y de prácticas seguidas en el tratamiento en los hogares y establecimientos de salud, la OPS/OMS recomienda las siguientes metodologías (38,39):

1. **Encuesta sobre el manejo correcto de casos de diarrea y el uso de los medicamentos a nivel del hogar.** Esta encuesta permite:

   a) Desarrollar eficazmente actividades de planificación, administración y monitoreo de los programas.

   b) Recolección de información e indicadoers sobre el manejo correcto de los casos de diarrea.

   c) Evaluar la efectividad del tratamiento dado por los responsables del niño en el hogar.

   d) Conocer las deficiencias en la capacitación para el manejo de casos en los Servicios de Salud.

   e) Planificar las actividades futuras y evaluar su impacto.

   f) Permite una evaluación del uso de los medicamentos para la diarrea en el hogar y luego formular estrategias para lograr su uso racional.

2. **Encuesta sobre el manejo correcto de casos de diarrea en los establecimientos de salud:**

   Se busca obtener información para producir indica-

dores útiles que permitan fortalecer las actividades de capacitación clínica. Se obtiene información sobre las prácticas y conocimientos sobre el manejo de casos por parte del Personal de Salud y los responsables del niño.

Con la aparición del cólera se ha adoptado la metodología para evaluar también su manejo, los suministros y el componente de prevención.

3. **Encuesta sobre mortalidad infantil general y enfermedades diarreicas:**
Se ofrece una nueva metodología para establecer una línea de base para medir las tendencias de la mortalidad en niños. Se utiliza cuadros de vida y una muestra de población más pequeña y confiable para estimar la tasa de mortalidad en niños menores de dos años por diarrea y otras causas de mortalidad en la niñez.

4. **Revisión y solución de problemas en los Programas Nacionales.** Facilita un protocolo para realizar una revisión completa del Programa Nacional. Los propósitos son:
a) Identificar los problemas y priorizarlos.

Además el CCI/CED Regional propone el uso de indica-

dores uniformes que permitan medir el avance de las actividades CED a nivel nacional (38). De acuerdo a su fuente estos indicadoers se dividen en tres grupos cuyas definiciones se presentan en el Cuadro 5.

1. Registros en Establecimientos de Salud.
2. Medidos en la Comunidad.
3. Medidos en los Establecimientos de Salud.

Los representantes de los Programas Nacionales CED de diecinueve (19) Países Latinoamericanos, incluyendo Panamá, se reunieron en Bolivia en junio de 1992, para definir las metas regionales para 1995, sobre prevención y manejo adecuado de casos de diarrea en niños menores de cinco años (39), las cuales son:

1) Reducir las muertes en 50% y la incidencia de la enfermedad en un 25%;
2) Proporcionar acceso a las sales de rehidratación oral (SRO) al 80% de la población.
3) Capacitar al 80% de las madres en el manejo de casos de diarrea en el hogar, considerando las tres reglas principales para este tratamiento: continuar alimentando al niño; darle mayor cantidad de líquidos y reconocer los

CUADRO No. 5

INDICADORES PRINCIPALES DEL PROGRAMA REGIONAL DE CED DE LA OPS/OMS

REGISTROS

1 **Tasa de cobertura de capacitación** Personal de supervisión capacitado en Habilidades de Supervision proporcion del personal de salud que actualmente tiene responsabilidades de supervisión que ha sido capacitado en el curso de Habilidades de Supervision CED

Personal de establecimientos de salud capacitqado en el manejo efectivo de casos de diarrea proporcion del personal que actualmente trata pacientes con diarrea, que ha sido capacitado en el manejo efectivo de casos de diarrea

2 **Tasa de acceso a SRO** proporcion de la poblacion total con acceso razonable a un proveedor capacitado y que cuenta con suministro continuo de SRO

MEDIDOS EN LA COMUNIDAD

3 **Tasa de uso de SRO** proporcion de todos los casos de diarrea en niños menores de 5 años que son tratados con SRO

4 **Tasa de uso de TRO** Proporcion de todos los casos de diarrea en niños menores de 5 años tratados con SRO y/o un liquido casero recomendado

5 **Tasa de incremento de ingesta de líquidos** proporción de todos los casos de diarrea en niños menores de 5 años que reciben mayor cantidad de líquidos (SRO o un líquido casero recomendado) para prevenir la deshidratacion

6 **Tasa de mantenimiento de la alimentación** proporcion de casos de diarrea en niños menores de 5 años que reciben una cantidad normal o mayor de alimentos durante la diarrea

7 **Hogares que preparan correctamente el líquido casero recomendado** proporcion de madres (u otro miembro de la familia) que puede demostrar la preparación correcta de un liquido casero recomendado

8 **Hogares que preparan correctamente la solucion de SRO** proporcion de madres (u otro miembro de la familia) que puede demostrar la preparación correcta de SRO

9 **Hogares que poseen el conocimiento correcto sobre cuando solicitar tratamiento fuera del hogar para un niño con diarrea** proporcion de madres (u otro miembro de la familia) que sabe cuándo y donde solicitar tratamiento fuera del hogar para un niño con diarrea (segun la recomendación nacional)

10 **Casos manejados efectivamente en el hogar** proporcion de todos los casos de diarrea en niños menores de 5 años tratados en el hogar con TRO, que reciben alimentacion continua y aumento de liquidos

CUADRO No. 5

INDICADORES PRINCIPALES DEL PROGRAMA REGIONAL DE CED DE LA OPS/OMS
(conclusión)

MEDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

11 **Casos evaluados correctamente** proporción de casos de diarrea en niños menores de 5 años tratados en establecimientos de salud que se evaluaron correctamente

12 **Casos rehidratados correctamente (oral o EV)** proporción de casos de diarrea en niños menores de 5 años tratados en establecimientos de salud que se evaluaron correctamente

13 **Casos cuyas madres fueron aconsejadas correctamente sobre el tratamiento en el hogar** proporcion de casos de dairrea tratados en establecimientos de salud y cuyas madres recibieron consejos sobre el tratamiento en el hogar, incluyendo la continuación de la alimentación, de la TRO y sobre cuando solicitar tratamiento posterior

14 **Casos de disentería que recibieron los antibióticos apropiados** proporción de casos de disentería en niños menores de 5 años tratados en establecimientos de salud que recibieron los antibióticos apropiados

---

Fuente: Dialogo sobre la diarrea No 39 1992

signos que indican cuando se debe acudir al médico.

4) Asegurar que el 90% de los casos de diarrea tratados en los servicios públicos sean manejados correctamente; y que el 50% de los niños menores de cinco años reciban rehidratación oral con alimentación contínua.

B. Actividades de Control de Enfermedades Diarreicas (CED) en Panamá:

En Panamá las actividades de CED están incluidas en el Programa Materno-Infantil desde 1981. Anterior a ésto, se realizaban actividades aisladas de atención por morbilidad y prevención de enfermedades diarreicas.

A partir de 1986, a fin de utilizar los apoyos ya establecidos, se integran estas actividades de CED al Plan de Supervivencia Infantil y actualmente se desarrollan dentro del contexto de la Atención Primaria de Salud.

Las actividades del CED en nuestro país comprenden:

1. Mejoramiento de la atención de los casos de diarrea.
2. Elaboración de Normas Técnicas y Administrativas.

3. Provisión de suministros como sales de rehidratación oral.
4. Capacitación al Personal de Salud.
5. Educación en salud a la Comunidad.
6. Investigaciones sobre el comportamiento de la enfermedad diarreica y su manejo tanto en la Comunidad como en los Establecimientos de Salud.

A pesar de los esfuerzos realizados por el CED de Panamá, vemos que las tasas de mortalidad por diarreas en menores de cinco años, prácticamente no han variado desde 1981 y la tendencia de las tasas de morbilidad por esta causa es hacia el aumento, como hemos visto anteriormente (Cuadro No. 3).

Si consideramos los criterios que da el Comité Coordinador Interagencial para el Control de las Enfermedades Diarreicas (CCI/CED) para saber cuando un Programa CED Nacional está organizado y ha alcanzado un grado adecuado de desarrollo tenemos lo siguiente (8):

1. Ha definido la necesidad de contar on un Programa que se encargue de la organización y ejecución de las actividades de CED, dentro del Programa de Salud Materno-Infantil, o de un grupo especial que

integre las intervenciones de Supervivencia Infantil, dentro de las estrategias de Atención Primaria de Salud (APS).

2. Ha designado a una persona o grupo de personas como responsables de su organización y desarrollo; éstas deberían desarrollar sus actividades exclusivamente para el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas.

3. Ha asignado suficientes recursos humanos, suministros y fondos, para que el Programa pueda ejecutar sus acciones.

4. Ha capacitado a los responsables del Programa en gerencia y supervisión de actividades CED.

5. Ha definido una Política Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas y de aplicación del manejo efectivo del niño con diarrea en los establecimientos de salud y en el hogar.

6. Ha establecido planes de acción con metas realistas para un período de tiempo determinado.

Se considera que el Programa CED Nacional ha alcanzado un grado adecuado de desarrollo cuando (8):

1. Planifica sus operaciones anualmente y ejecuta sus planes de trabajo.

2. Coordina sus actividades con otros grupos del Ministerio de Salud que tienen relación con el Programa, por ejemplo: Epidemiología, Estadística, Comunicación y Educación para la Salud; sus estrategias son aceptadas por otras Instituciones del Sector Salud, por ejemplo: Instituciones de Seguridad Social y Asociaciones Profesionales de Medicina y Enfermería.

3. Ha logrado la participación activa de instituciones del sector privado: ONGs, farmacias, cooperativas de salud, clínicas y consultorios privados y de laboratorios productores de SRO.

4. Ha logrado que los Centros formadores de Recursos Humanos en Salud incorporen en sus planes de estudio los conceptos del control de enfermedades diarreicas según los lineamientos del Ministerio de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

5. Ha logrado la efectiva coordinación interagencial: UNICEF, AID, OPS.

Analizando los puntos anteriores podemos encontrar algunas explicaciones de porqué nuestras actividades de CED aún no han tenido un impacto notable. Actualmente no existe un Programa CED formalmente establecido, como dijimos anteriormente, sino actividades de CED realizadas por el Programa Materno-Infantil y bajo responsabilidad del Jefe del Programa Infantil, el cual no trabaja exclusivamente en la organización y desarrollo del CED. Dadas las deficiencias de recursos humanos y financieros, esto ha sido lo más factible hasta el momento. Se ha tratado de capacitar a la mayoría del personal que colabora en estas actividades en Supervisión de Actividades de CED, pero no en Gerencia.

Constituye también un obstáculo, el hecho de que no se cuenta con una Política Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas aunque sí se han elaborado normas nacionalès de control y manejo efectivo del niño con diarrea en los establecimientos de salud.

El Programa Infantil de Panamá ha adoptado las metas

regionales para 1995, en cuanto a prevención y manejo adecuado de los casos de diarrea, sin embargo habría que hacer un análisis más profundo de la capacidad del CED en nuestro país de cumplir dichas metas.

Al evaluar las actividades de CED en nuestro país vemos que sí se planifican operaciones y planes de trabajo, hay coordinación con los otros grupos del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y organismos internacionales; Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y la Comunidad Europea. Sin embargo, aún falta mejorar dichas coordinaciones, mejorar la información estadística, lograr la participación activa de las Instituciones del Sector Privado y conseguir que todos los centros formadores de recursos humanos en salud incorporen dentro de sus planes de estudio los conceptos actualizados de CED según los lineamientos del Ministerio de Salud y OPS/OMS. Se ha iniciado la coordinación con las Facultades de Farmacia y Enfermería pero no se ha logrado con la Facultad de Medicina.

Como hemos visto, las actividades CED se están ejecutando, y en los últimos años se han realizado esfuerzos importantes por reforzarlas, pero aún necesitan organizarse

mejor para que sus beneficios lleguen a través de la Atención Primaria de Salud a cada rincón del país.

Ante la magnitud del problema de la diarrea: gran morbilidad, una de las principales causas de muerte en nuestros niños menores de cinco años, causa secuelas de desnutrición y retraso del desarrollo socio-económico del país, consideramos que se justifica la promoción de las actividades de CED a nivel nacional con todo el apoyo administrativo, financiero y humano necesario.

CAPITULO IV

TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL (TRO) Y USO DE LAS SALES DE REHIDRATACION ORAL (SRO)

A. Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y Uso de Sales de Rehidratación Oral (SRO):

En 1831, médicos británicos describieron por primera vez el tratamiento con soluciones intravenosas y la administración de bicarbonato para corregir la acidosis que suele acompañar a la diarrea. Sin embargo, este método no llegó a utilizarse corrientemente hasta principios del siglo XX luego de probarse su inocuidad en la India y Filipinas (40). En 1930 y 1940 se perfeccionó el tratamiento intravenoso en los Estados Unidos.

Durante la primera mitad de este siglo se consideraba que el tratamiento con líquidos orales no era conveniente para manejar los casos de diarrea.

En 1946, el Dr. Harold Harrison de Estados Unidos empleó una solución electrolítica por vía oral para mantenimiento en los casos de diarrea. Esta contenía glucosa (3%) y potasio. En la década del 50, la rehidratación oral comenzó a usarse en Estados Unidos, pero lamentablemente las proporciones de azúcar, sal y agua eran a menudo inadecuadas y se administraban a niños muy pequeños, soluciones muy concentradas de azúcar o sodio por lo cual se produjeron

algunas muertes, cayendo en desuso (40).

En el decenio de 1960, se perfeccionaron las soluciones de rehidratación oral al descubrir que la absorción de sodio por la membrana intestinal aumenta en presencia de glucosa y que este mecanismo permanecía intacto durante todo el episodio diarreico y además al aumentar la absorción de agua también aumentaba la de sodio. Fue así que se preparó una solución para rehidratación oral con 3.5 g de cloruro de sodio, 2.5 gr de bicarbonato de sodio, 1.5 gr de cloruro de potasio y 20 gr de glucosa por litro. Esta solución fue probada exitosamente en adultos con cólera en la India y Bangladesh (40).

En 1970 se realizaron varios estudios, principalmente en países en desarrollo, que demostraron que las sales de rehidratación oral (SRO) administradas correctamente eran inocuas y eficaces contra diarreas de diversas etiologías, para todas las edades, inclusive podía usarse en los recién nacidos (40).

En Panamá se realizó uno de esos estudios de 1977 a 1981 (42), en el Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social, cuyos resultados mostraron que una solución oral de glucosa y electrolitos conteniendo tanto 50 o 90 mmol de

sodio por litro, era eficaz e inocua, para el tratamiento de la diarrea aguda en niños bien nutridos hospitalizados y que estas soluciones podían reemplazar enteramente las soluciones intravenosas en la mayoría de los casos.

La fórmula actual ha sustituido al bicarbonato de sodio por el citrato trisódico, ya que ésta es una base más estable que permite que las sales se mantengan activas durante más tiempo. También se ha iniciado el uso de SRO-ARROZ, la cual ha mostrado ser eficaz en reducir la cantidad y duración de la diarrea (42).

Actualmente las sales de rehidratación oral son ampliamente recomendadas y distribuidas en todo el mundo y han sido factor importante en la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas en muchos países.

Según informes del CED OPS/OMS (43), la promoción de la TRO y SRO como estrategia importante de los programas CED, se inició alrededor de los años 1979-1980 y en base a esto se realizaron estudios sobre el porcentaje de reducción de las tasas de mortalidad por diarrea, en períodos pre y post-TRO en niños menores de cinco años. La etapa pre-TRO comprende 1975-1980 y la post-TRO se dividió en dos períodos:

1980-1985 y 1985-1990. Este estudio mostró que la mayoría de los países en las Américas habían aumentado su porcentaje de reducción de la mortalidad por diarreas, luego de 1980 y más aún luego de 1985 en comparación a los datos de mortalidad anteriores a la TRO (1970-1975). Según este informe, Panamá presentaba un porcentaje de reducción de su tasa de mortalidad por diarrea en menores de cinco años de más o menos 40% en la etapa pre-TRO, el cual aumentó aproximadamente a 57% en el período 80-85 y a 70% durante el quinquenio 85-90.

A pesar de que no puede asegurarse que ésta reducción de las tasas de mortalidad sea exclusivamente por el uso de la terapia de rehidratación oral (TRO), ya que la mortalidad venía descendiendo desde los años 1970-79, sí hay que anotar que la disponibilidad de la TRO fue una de las intervenciones más importantes (43).

Según este informe (43), en 1985 se evitaron aproximadamente 14,325 muertes en menores de cinco años, utilizando una tasa promedio de uso de TRO de 10% en ese año. Para 1990, con una tasa promedio de uso de TRO de 50%, se evitaron aproximadamente 75,301 muertes en menores de cinco años en la región de las Américas.

En el Cuadro No. 6 se observa la evolución del uso de TRO y SRO en el mundo desde 1983 (44). El porcentaje mundial de uso de SRO aumentó de un 5% en 1983 a 21% en 1989. Países que aumentaron notablemente su porcentaje de uso fueron Kenia y Tanzania en Africa y Viet Nam y Filipinas en la región del Pacífico Oeste. En la región de las Américas luego de 1983, el aumento en el uso de las sales ha sido gradual, variando desde un 2% en 1983 a un 26% en 1989.

Los países con mayor porcentaje de uso de las SRO son St. Vincent/Granadinas, Panamá, Cuba y Costa Rica. Las tasas más bajas se encuentran en Chile, Colombia, St. Christopher, Jamaica y Perú (igual o menor a un 10% de uso) (6), para 1988.

En cuanto al uso de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), que incluye tanto las SRO como el uso de otros líquidos recomendados, encontramos que también aumentó significativamente desde 1984 (12%) a 1989 (36%) en todo el mundo. En la región de las Américas el uso de la TRO aumentó de 12% en 1984 a 48% en 1989.

La tasa de acceso a las SRO en la región de las Américas es alta (más del 50%) en la mayoría de los países a excepción de Chile, Haití, Rep. Dominicana y Perú, donde se

Cuadro #6. Tasas estimadas de uso de Sales de Rehidratación Oral (SRO) y Terapia de Rehidratación Oral (TRO) en niños de 0-4 años, según regiones de la Organización Mundial de la Salud y globalmente. Años 1983-1989.

PORCENTAJE DE USO DE SRO EN LAS REGIONES DE LA OMS						
AÑO	Africa	América	Sureste Asiático	Este Mediterraneo	Pacífico Oeste	Global
1983	1	2	9	6	9	5
1984	3	12	9	12	13	8
1985	5	10	12	17	20	11
1986	6	20	13	23	17	14
1987	12	24	18	27	15	19
1988	16	25	15	32	12	19
1989	20	26	12	34	22	21
AÑO	PORCENTAJE DE USO DE TRO EN LAS REGIONES DE LA OMS					
1984	4	12	14	21	27	12
1985	8	10	25	22	32	18
1986	12	36	26	29	29	23
1987	19	39	29	40	34	30
1988	28	41	28	43	36	32
1989	36	48	19	47	39	36

Fuente: WHO. Weekly Epidemiological Record. 1991.

mantenían por debajo de un 23% para 1988 (6).

En Panamá la TRO y el uso de las SRO aumentaron ambas de un 4% en 1985 a 84% en 1988, lo cual contrasta con la información de un descenso en el porcentaje de acceso a las SRO de 70% en 1985 a 49% en 1988 (6).

En nuestro país las actividades de control de las enfermedades diarreicas promueven el uso correcto de las SRO tanto para la prevención como para el tratamiento de la deshidratación provocada por esta enfermedad. Desde 1991 se ha intensificado la promoción del uso de las SRO debido a la entrada del cólera al país. Se ha capacitado ampliamente tanto al Equipo de Salud como a los Líderes Comunitarios y a la Comunidad en general sobre las bondades de estas sales, se ha distribuido millones de sobres de SRO y propagandas sobre su uso, hasta los lugares más apartados, con lo cual podríamos pensar ha aumentado el acceso y uso de las sales; sin embargo, ésta información aún no está disponible.

CAPITULO V

INTERVENCIONES POTENCIALES PARA REDUCIR LA MORBILIDAD POR DIARREA EN MENORES DE CINCO AÑOS

- MANEJO CORRECTO DE LOS CASOS DE DIARREA

A. Intervenciones Potenciales para Reducir la Morbilidad o Mortalidad por Diarrea en Niños Menores de Cinco Años:

En el Cuadro No. 7 apreciamos las intervenciones potenciales para reducir la morbilidad o mortalidad por diarrea. Estas comprenden básicamente cuatro áreas:

1. Manejo de casos
2. Aumento de la resistencia del hospedero
3. Reducción de la transmisión
4. Control de epidemias

En 1983, el programa CED de la OPS/OMS hizo un análisis sistemático del impacto de las intervenciones que podrían ser útiles para el control de la diarrea (4,26). Se identifican varias acciones inefectivas, otras de factibilidad limitada o muy costosas y otras efectivas y factibles. Entre las estrategias recomendadas a los Programas Nacionales CED mencionaremos algunas de las más importantes:

1. **El Manejo de Casos:**

El manejo correcto de los casos con énfasis en la TRO (terapia de rehidratación oral), es altamente efectivo para evitar las muertes por deshidratación causada por diarrea pero no tiene impacto en reducir las tasas de morbi-

Cuadro #7. Intervenciones potenciales para reducir la Morbilidad o Mortalidad por diarrea en niños menores de cinco años.

I MANEJO DE CASOS	II AUMENTO DE RESISTENCIA DEL HOSPEDERO	III REDUCCIÓN DE TRANSMISIÓN	IV CONTROL DE EPIDEMIAS
1.Rehidratación oral -Domicilio -Instalación de Salud	1.Nutrición Materna -Pre-Natal -Pos-Natal	1.Disponibilidad de água y disposición de excretas	1.Vigilancia, investigación y control de epidemias
2.Rehidratación no oral	2.Nutrición del niño -Lactancia Materna exclusiva (4-6m)	2.Higiene Personal y doméstica. -Lavado de Manos	
3.Alimentación apropiada	3.Inmunización. -Rotavirus/ Cólera	3.Higiene de Alimentos	
4.Quimioterapia	4.Quimioprofilaxis	4.Control reservorios zoonóticos. -Campylobacter/Salmonela	
		5.Control de moscas.	

Fuente: OMS. Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea. CDD/TAG/85.7

lidad por enfermedades diarreicas (4).

2. **Aumento de la Resistencia del Hospedero:**

En este grupo de acciones se da prioridad:

a. Nutrición: con énfasis a la lactancia materna como medida efectiva y factible.

En las dos últimas décadas se ha notado una disminución de la lactancia materna en los países en desarrollo (4,27), lo cual es de gran preocupación sabiendo todas las ventajas que conlleva como: una nutrición completa, protección al niño contra alergias al inicio de su vida, anticuerpos protectores contra diarrea y otras infecciones, ayuda al espaciamiento de los partos, sin costo económico y estrecha la relación madre-hijo. Además, estudios en Brasil y otros países (4,28) mostraron que el riesgo de sufrir cuadros de diarreas graves es de 10-30 veces mayor en los niños con biberón que en los que sólo reciben lactancia materna.

Se estima que la promoción efectiva de la lactancia materna puede reducir las tasas de incidencia de diarrea en 8-20% y las de mortalidad en un 24-27% entre los niños menores de seis meses (4,29).

La lactancia materna debe ser el único alimento que tome el niño en los primeros 4-6 meses de vida. Luego de esta edad puede darse conjuntamente con otros alimentos hasta el año más de edad.

b. **Mejorar las prácticas de Destete:**

Esto mejora la nutrición del niño al introducirse alimentos nutritivos y seguros entre los primeros 4-6 meses de vida. Debe acompañarse de buenas prácticas de higiene en la preparación de los alimentos.

Un estudio de muestras de ablactación realizado en Bangladesh mostró que el 49% de las muestras de leche y el 57% de otros tipos de alimentos contenían ***E. coli*** (28).

La promoción de mejores prácticas de destete puede reducir a la mitad la tasa de prevalencia de desnutrición moderada y grave. El mejorar la nutrición puede reducir la tasa de mortalidad por diarrea en menores de cinco años en un 2-12% (4).

La diarrea puede contribuir a la desnutrición al continuar con la mala práctica de retirar los alimentos, incluyendo la leche, durante la diarrea, por la anorexia

propia de la enfermedad y por la pérdida directa de los nutrientes por las heces diarreicas.

Se recomienda continuar con la alimentación durante el episodio diarreico con alimentos adecuados, al inicio líquidos y papillas y luego dieta normal, en cantidades menores y más frecuentes. Luego del episodio se dará una comida extra cada día hasta recuperar el peso que se haya perdido durante la diarrea.

c. **Inmunizaciones:**

Por ejemplo, la vacuna contra el sarampión se recomienda como una estrategia importante ya que los niños con sarampión y diarrea tienen mayor riesgo de morir (4,32). Se considera que un programa de vacunación contra el sarampión con una cobertura del 60% en niños de 9-11 meses, puede reducir la incidencia de diarreas en un 2% y la mortalidad por diarreas en menores de cinco años en un 13%. Las vacunas contra los rotavirus y el cólera están aún en estudio (4,28,32).

3. Reducción de la Transmisión:

Las estrategias básicas en este grupo de acciones comprenden el uso de suficiente agua limpia, lavado de las

manos, adecuada disposición de excretas (letrinas, disposición adecuada de las heces de los niños) (4,26,34).

Estudios realizados en 28 países (4,34) mostraron que las intervenciones para mejorar el suministro de agua y saneamiento han tenido un impacto significativo en la reducción de la diarrea. Se observó que es más importante la disponibilidad de agua y saneamiento que la misma calidad del agua. Se considera que la mejora en estas áreas (agua y saneamiento) aunado a la educación en hábitos de higiene personal y doméstica pueden reducir las tasas de morbilidad por diarrea en un 35-50% (4).

Estudios realizados en Bangladesh, Guatemala y Estados Unidos demostraron que la promoción del lavado de las manos por sí sola, podía reducir la incidencia de diarreas en un 14-48% (4,34).

El lavado correcto debe ser con jabón y bastante agua. Se debe efectuar antes de comer, antes de preparar los alimentos y luego de defecar o limpiar a niños pequeños. Igualmente la higiene adecuada de los alimentos, lavado, cocción adecuada, buen almacenamiento son importantes para la reducción de la transmisión.

4. **Control de Epidemias:**

En estos casos lo básico es mantener la vigilancia del comportamiento de las enfermedades diarreicas paa detectar cambios a tiempo y tomar las medidas oportunamente: Investigación, localización de casos y contactos y tratamientos específicos.

Otras intervenciones como los programas de alimentación complementaria, quimioprofilaxis y control de moscas mostraron ser inefectiva o excesivamente costosas (31,35).

Para efectuar exitosamente todas las intervenciones mencionadas anteriormente, es importante la educación tanto de la población como del Equipo de Salud en la cuatro áreas. Es responsabilidad del Equipo de Salud el orientar a la comunidad sobre las medidas preventivas de la enfermedad diarreica. Para ello, el personal debe estar capacitado, tanto en la cantidad como en la calidad de la información que ha de suministrar al paciente o al responsable. Además debe concientizársele sobre la necesidad e importancia de la consejería para la prevención de futuros episodios de diarreas.

B. **Manejo Correcto de los Casos de Diarrea:**

Según los lineamientos del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas OPS/OMS, aceptados y promovidos por el Programa Materno-Infantil del Ministerio de Salud de Panamá, el tratamiento recomendado para la diarrea consta de cuatro componentes principalmente (4,10,19,20):

1. Prevención de la deshidratación, si el niño NO está deshidratado.
2. Terapia de rehidratación oral o endovenosa SI hay deshidratación, seguida por la terapia de mantenimiento.
3. Alimentación del paciente durante y después del episodio de diarrea.
4. Uso selectivo de antibióticos cuando están indicados.

En los Cuadros No. 8,9,10 se esquematiza el tratamiento según el grado de deshidratación.

1. <u>Paciente sin signos de deshidratación - Plan A</u>: (Cuadro No. 8)

La mayoría de los pacientes con diarrea no muestran evidencia de deshidratación, por lo cual pueden ser manejados en el hogar.

CUADRO No. 8

PLAN A
PARA TRATAR LA DIARREA EN EL HOGAR

USE ESTE PLAN PARA ENSEÑAR A LA MADRE A

Continuar tratamiento en el hogar del episodio actual de diarrea
Iniciar tratamiento precoz en futuros episodios de diarrea

EXPLICAR LAS TRES REGLAS PARA TRATAR DIARREA EN EL HOGAR

1 DAR MAS LIQUIDOS DE LO USUAL PARA PREVENIR DESHIDRATACION

- Usar líquidos caseros recomendados, ejemplo un cocimiento de cereal
  Si esto no es posible, dar agua mientras se prepara un líquido adecuado, o suero oral después de cada evacuación
- Dar tanto liquido como el paciente pueda tomar
- Continuar administrando líquidos hasta que la diarrea pare

2 DAR SUFICIENTES ALIMENTOS PARA PREVENIR LA DESNUTRICION

- Continuar lactancia materna
- Si no mama, continuar la leche usual En menores de 4 meses que no reciben alimentos solidos, dar leche mas frecuentemente en la cantidad que tolere
- En mayores de 4 meses, que reciben alimentos sólidos dar

  cereal, fideos o papa, mezclado con leguminosas, verduras y carne o pollo
  Agregar 1 cucharadita de aceite vegetal
  jugos de frutas frescas, agua de coco o banano para proveer potasio
  Estimular al paciente a comer, ofreciéndole 6 comidas al día Después que la diarrea pare administrar una comida extra hasta alcanzar el peso adecuado

3 LLEVAR AL PACIENTE AL TRABAJADOR DE SALUD, SI NO PARECE MEJORAR DESPUES DE 2 DIAS, O SI PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SIGNOS

Muchas evacuaciones intestinales liquidas	Come o bebe poco
Vomitos a repetición	Fiebre
Sed intensa	Sangre en las heces

LOS NIÑOS DEBEN RECIBIR SRO EN EL HOGAR SI

- Han estado en Plan B o C de tratamiento
- No pueden volver al trabajador de salud

CUADRO No. 8

PLAN A
PARA TRATAR LA DIARREA EN EL HOGAR
(Continuación)

SI EL NIÑO VA A RECIBIR SUERO ORAL EN EL HOGAR, MOSTRAR A LA MADRE COMO ADMINISTRARLA DESPUES DE CADA EVACUACION Y DARLE SUFICIENTESOBRES DE SRO PARA DOS DIAS

Edad	Suero Oral Despues de cada Evacuacion	Sobres de SRO
< 1 año	50 - 100 ml	1 sobre por día
1 - 10 años	100 - 200 ml	1 sobre por día
> 10 años	todo lo que desee	4 sobres por día

* Describir y mostrar la cantidad para dar despues de cada evacuacion utilizando una medida local

MOSTRAR A LA MADRE COMO PREPARAR EL SUERO ORAL

MOSTRAR COMO ADMINISTRAR EL SUERO ORAL

Dar por cucharaditas continuamente si es menor de 1 año
Dar sorbos frecuentemente de una tasa, si el paciente es mayor
Si el paciente vomita, esperar 10 minutos Luego dar el suero oral mas despacio (por ejemplo 1 cucharadita cada 2 minutos)
Si la diarrea continua despues de 2 dias, indicar a la madre que administre otros liquidos como se explico anteriormente o que regrese por mas sobres de SRO

Fuente Curso sobre habilidades de Supervision, Manejo del Paciente con Diarrea
III Edición 1991 OPS/OMS

Las tres reglas para tratar la diarrea en el hogar son:

a. Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación:

(1) Usar líquidos caseros recomendados (ej. cocimiento de cereales o suero oral) después de cada evacuación.

(2) Dar tanto líquido como el paciente pueda tomar.

(3) Continuar administrando líquidos hasta que la diarrea desaparezca.

b. Dar suficientes alimentos para prevenir la desnutrición:

La diarrea contribuye a la desnutrición por la costumbre de suspender la alimentación durante la enfermedad, por la anorexia y por la pérdida directa de los nutrientes por las heces diarreicas. Por lo tanto debe continuarse la alimentación durante y después de la diarrea.

(1) Continuar la lactancia materna: Si ya no mama, debe darse la leche igual, sin diluir (las normas CED de Panamá aún recomiendan diluirla a la mitad). En

menores de 4 meses se debe dar la leche en cantidades más frecuentes.

En los niños mayores de cuatro meses que reciben alimentos sólidos se debe dar cereales, fideos, papas con leguminosas, verduras y carne o pollo. También debe ofrecérsele jugos de frutas frescas, agua de coco o banano para proveer potasio.

Los alimentos deben estar recién preparados en puré o molidos para facilitar su digestión. Las comidas deben ser fraccionadas, brindándole seis comidas al día. Después de la diarrea debe dársele una comida extra hasta que reponga el peso perdido.

c. Cuando consultar a un Trabajador de Salud.

Debe enseñarse a la madre a reconocer los signos de deshidratación y que lleve al niño a un Trabajador de salud si el niño no mejora en 2 días o presenta: evacuaciones líquidas abundantes y frecuentes, sangre en las heces, vómitos a repetición, sed intensa, come o bebe poco, fiebre (39ºC o más).

Fases de la Terapia de Rehidratación Oral (Plan B o C):

Las soluciones (oral o intravenosa) administradas a un paciente deshidratado (Plan B o C) con diarrea aguda deberán darse en dos fases:

- **Fase de Rehidratación:**
  Para corregir el déficit acumulado de agua y electrolitos, según indican los signos de deshidratación. Generalmente, la terapia de rehidratación debe hacerse con el suero oral, excepto en los casos de deshidratación grave con shock, incapacidad de beber o complicaciones graves que impidan usar la vía oral y entonces debe usarse la endovenosa.

- **Fase de Mantenimiento:**
  En esta fase se reemplazan las pérdidas normales y las anormales de agua y electrolitos que ocurren mientras continúa la diarrea. El propósito es prevenir que el paciente vuelva a deshidratarse. El suero oral es adecuado para la terapia de mantenimiento.

2. Paciente con signos de deshidratación (Plan B). (Cuadro No. 9)

El déficit de agua y electrolitos debe corregirse rápida y adecuadamente. Deberá administrarse el suero oral en un período de 4 horas. Es mejor administrarlo a libre demanda del paciente, continuamente, con cucharita, en taza o vaso. Si se conoce el peso del niño podrá calcularse el volumen máximo (100 ml/kg) recomendado para los niños moderadamente deshidratados o el volumen mínimo (50 ml/kg) para los casos menos deshidratados.

El estado de deshidratación del paciente se debe reevaluar después de 2-4 horas. Si el paciente aún no está rehidratado, se debe continuar la terapia de rehidratación con el volumen de suero oral adecuado, de acuerdo al plan B, durante las siguientes dos horas. Si el paciente ya está hidratado, se debe iniciar el Plan A de tratamiento, usando SRO en la terapia de mantenimiento.

Es importante recalcar que todo grado de deshidratación aunque sea leve debe ser tratado en el Establecimiento de Salud. Si la madre o el encargado del niño no puede esperar a que concluya el tratamiento en el Establecimiento de Salud, se deben dar los siguientes consejos:

CUADRO No. 9

PLAN B
PARA TRATAR DESHIDRATACION POR VIA ORAL

CANTIDAD APROXIMADA DE SUERO ORAL PARA LAS PRIMERAS 4 HORAS

Se calcula multiplicando el peso en Kg por 10-100 ml segun intensidad de deshidratacion Los casos más deshidratados sin shock pueden recibir hasta 150 ml/kg

Ejemplos

Peso (kg)	Volumen (50-100 ml/kg)	Peso (kg)	Volumen (50-100 ml/kg)
3	150-300	18	900-1,800
5	250-500	25	1,250-2,500
8	400-800	30	1,500-3,000
10	500-1,000	40	2,000-4,000
15	750-1,500	60	3,000-6,000

- Si el paciente desea mas suero oral que lo indicado, darle mas
- Continuar lactancia materna
- Si no conoce el peso
  Dar sùero oral continuamente hasta que el paciente no desee mas

OBSERVAR AL PACIENTE CUIDADOSAMENTE Y AYUDAR A DAR EL SUERO ORAL

Mostrar cuanto dar al paciente.
Mostrar como darlo

< 1 año una cucharadita continuamente
> 1 año sorbos frecuentes de un vaso

Vigilar que se administre bien el suero oral
Evaluar cambios en el estado del paciente cada hora
Si el paciente vomita, esperar 10 minutos, e iniciar, mas despacio Luego darlo continuamente

DESPUES DE 4 HORAS, EVALUAR AL PACIENTE USANDO CUADRO DE EVALUACION LUEGO SELECCIONAR PLAN PARA CONTINUAR TRATAMIENTO

Si no hay signos de deshidaratacion, usar Plan A
Si continua deshidratado, repetir Plan B, por 2 horas y reevaluar
Se la dishidratacion aumentó, cambiar a Plan C

CUADRO No. 9

PLAN B
PARA TRATAR DESHIDRATACION POR VIA ORAL
(Conclusión)

SI LA MADRE DEBE IRSE ANTES DE COMPLETAR EL TRATAMIENTO

Iniciar la rehidratacion y evaluar al paciente frecuentemente Si después de 2 horas el paciente esta recibiendo bien el suero oral, no esta vomitando, y muestra señales de recuperacion, indicar al paciente o a su responsable

- Como continuar tratamiento en el hogar para completar terapia de 4 horas
- Dar suficientes sobres de SRO para completar hidratación, y para 2 días mas segun Plan A
- Mostrar como preparar suero oral

Explicar las 3 reglas del Plan A

- Continuar suero oral despues de cada evacuación y otros líquidos hasta que la diarrea pare
- Alimentar al paciente
- Consultar otra vez, si necesario

Fuente OPS/OMS Curso sobre habilidades de supervision, manejo del paciente con diarrea III Edicion, 1991

- Enseñar como se preparan los SRO y dar suficientes sobre para dos días. Indicar que cantidad de SRO deben dar al niño.
- Aconsejar sobre la ingestión de otros líquidos y alimentos para evitar que se vuelva a deshidratar o se desnutra.
- Indicarle que si el niño vuelve a presentar signos de deshidratación (explicárselos), debe acudir nuevamente al Trabajador de Salud
- Explicarle que la diarrea continuará por 3 ó 5 días más, para que el familiar siga usando las SRO y no busque otros medicamentos ineficaces o peligrosos persiguiendo el cese de la diarrea.

3. Paciente con signos y síntomas de deshidratación grave con shock - Plan C: (Cuadro No 10)

Los pacientes con deshidratación grave, con shock hipovolémico, o con vómitos incontrolables, con pérdida fecal superior a la capacidad de ingesta u otras complicaciones graves, generalmente requieren inicialmente una terapia endovenosa rápida para lograr la rehidratación. Este paciente deberá recibir por vía intravenosa Lactato de

CUADRO No. 10

PLAN C

TRATAMIENTO RAPIDO DE LA DESHIDRATACION CON SHOCK

¿Puede administrar liquidos EV inmediatamente?

Si

Comience EV inmediatamente Intente administrar suero oral mientras se consigue iniciar EV Administre Lactato de Ringer o solución polielectrolítica (o si no esta disponible solución salina), segun esquema siguiente

Primera Hora	Segunda Hora	Tercera Hora
50 ml/kg	25 ml/kg	25 ml/kg

- Evalue al paciente continuamente Si no está mejorando aumente la velocidad de infusion
- Al pode beber (usualmente en 2-3 horas), pruebe tolerancia al suero oral, mientras continua E V.
- Al completar E V , evalue al paciente, para seleccionar Plan A, B o continuar C

No

¿Puede referir lugar cerca? (30 minutos de distancia)

Si

- Refiera inmediatamente
- Prepare suero oral y enseñe como darlo con jeringa en el camino

No

¿Sabe usar sonda nasogastrica?

Si

- Comience suero oral, 20-30 ml/kg/hora, por 4 horas hasta total de 120 (ml/kg)
- Evalue al paciente cada hora
  - Si vomita, o tiene distension abdominal, dele 5-20 ml/kg/hora.
  - Si no mejora después de 2 horas, refiéralo para tratamiento E V
  - Despues de 4 horas, evalúe al paciente y seleccione Plan A, B o C

No

Urgente Refiera para E V ó sonda nasogastrica

Si

Prepare suero oral y enseñe como darlo con jeringa durante el camino

CUADRO No. 10

PLAN C
TRATAMIENTO RAPIDO DE LA DESHIDRATACION CON SHOCK
(Conclusión)

En los casos de deshidratacion sin shock en que es necesario utilizar la vía endovenosa, puede administrarse 25 ml/kg/hora E V hasta que desaparezca la condicion que motivo el uso de la vía endovenosa, por no más de 4 horas

- Es mejor observar el paciente durante 2 horas, por lo menos, despues de completar hidratación, y asegurarse que la madre puede mantenerlo hidratado con suero oral y puede alimentarlo

Fuente OPS/OMS Curso sobre habilidades de supervision, manejo del paciente con diarrea III Edicion 1991

Ringer (Hartman) o una solución polielectrolítica, 50 ml/kg en la primera hora, seguido de 25 ml/kg en la siguiente hora y 25 ml/kg en la tercera hora. Si luego de este tratamiento por 3 horas el paciente ha mejorado, debe ofrecérsele SRO vía oral y de tolerarla debe continuar con ella suspendiéndose la vía intravenosa.

Es importante mencionar que en las normas de tratamiento de la enfermedad diarreica del Ministerio de Salud de Panamá, aún no actualizadas, se recomienda como solución de entrada en la deshidratación con shock, a la solución salina isotónica en combinación con dextrosa en agua al 5% así: en la primera hora SSN 20 ml/kg más D/A 5% 20 ml/kg, en las dos horas siguientes SSN 20 ml/kg, más D/A 5% 20ml/kg y cloruro de potasio 1ml/cada cc de solución.

En estas normas se recomienda también el lactato de Ringer como alternativa en el tratamiento. Sin embargo se recomiendan cantidades menores: 30 ml/kg en la primera hora seguida de 40 ml/kg dentro de las dos horas siguientes.

Próximamente estas normas serán revisadas y actualizadas. El Plan C de tratamiento es el que menos se

usa, pues los casos de deshidratación con shock representan menos de 5% de los casos de deshidratación que consultan en Hospitales o establecimientos de Salud y a nivel de la comunidad el porcentaje es mucho menor. Sin embargo, durante los brotes de cólera entre un 20 y 25% de los casos podrán necesitar la rehidratación intravenosa (4). Mientras más y mejor se usen los Planes A y B menos se usará el C.

- Indicaciones de la Terapia Endovenosa:
  - Pacientes en estado de shock caracterizado por: estado semicomatoso o comatoso, dificultad o incapacidad para beber, y signos marcados de deshidratación: ojos muy hundidos y secos, lágrimas ausentes, boca y lengua muy secas, signo del pliegue que desaparece muy lentamente (+ 2 seg.).

    A todo paciente en shock que no pueda dársele tratamiento IV, o aplicarle una sonda nasogástrica de inmediato, debe dársele SRO en la boca por gotero o jeringuilla y continuamente hasta que se logre la canalización intravenosa.

- Pacientes con ileo: caracterizado por gran distensión abdominal, ausencia de evacuaciones, ausencia de ruidos intestinales y/o presencia de vómitos fecaloides.
- Fracaso de rehidratación oral debido a vómitos incohercibles (abundantes, más de 4 en una hora), y/o muchas evacuaciones líquidas.
- Pacientes que presentan convulsiones mientras reciben terapia de rehidratación oral, o pacientes con septicemia, infecciones concomitantes graves como meningitis, neumonía u otras.

Se debe evaluar continuamente al paciente y tan pronto éste sea capaz de beber, debe iniciarse la terapia de rehidratación oral de acuerdo al Plan B de tratamiento. Si los signos de deshidratación y la diarrea han empeorado, o si se mantienen sin cambios, serán una indicación para incrementar la velocidad de administración y la cantidad de suero indicado (hasta 50 ml/kg/hora de lactato).

En general la terapia de rehidratación debe completarse en 3-4 horas y luego pasar a la fase de mantenimiento.

Algunas complicaciones de la terapia intravenosa pueden ser el edema pulmonar cuando se administra mucha solución endovenosa. Ocurre principalmente cuando se usa Solución Salina Normal y no se administra SRO para completar la rehidratación o cuando no se corrige la acidosis metabólica. La insuficiencia renal se produce cuando el suero intravenoso se administra en cantidad insuficiente, cuando no se utilizan los líquidos adecuados, cuando no se corrige el shock rápidamente o no se evita que recurra el shock.

4. Uso de Medicamentos en la Diarrea:

A pesar de que cada vez es mayor el uso de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y de las Sales de Rehidratación Oral (SRO) en el tratamiento de las diarreas, encuestas realizadas en países subdesarrollados han demostrado que el uso de medicamentos es todavía más frecuente que el de las SRO en algunos países (22,23,24,25). Los medicamentos se emplean 2-4 veces más que las SRO y es muy frecuente la prescripción de 4 o más medicamentos (22).

indicadas en las diarreas infantiles.

A pesar de que no hay base científica que justifique su uso, muchos Médicos y Farmacéuticos continúan recetando medicamentos con los antidarreicos, entre los cuales tenemos: (19,22,23)

- **Antimotílíticos:** Ej. Loperamida y Difenoxilato. No dan lugar a una disminución significativa de líquidos y sales en heces por lo cual no previenen la deshidratación. Pueden provocar ileo paralítico o depresión del sistema nervioso central, principalmente en niños.

- **Adsorbentes:** Ej. Caolín, Pectina, Esmectita y la Atapulgita, así como los que contienen carbón activado. Se les atribuye un efecto fijador o inactivador de toxinas bacterianas y de otras sustancias causantes de diarrea. Sin embargo no tienen efecto significativo en reducir la cantidad de líquidos y sales en las heces de niños con diarrea.

- **Antimicrobianos:** Algunos son comercializados como antidiarreicos como por ejemplo: Estreptomicina, Neomicina, Hidroxiquinolinas y las Sulfonamidas no absorbibles. No producen beneficios demostrables y no están indicadas en las diarreas infantiles.

- **Estimulantes:** Ej. Adrenalina, Nicotinamida. No son útiles en el shock producido por la diarrea. Este se debe a la deshidratación e hipovolemia y debe ser tratado rápidamente con líquidos intravenosos apropiados.

- **Purgantes:** Empeoran la diarrea y la deshidratación; no deben emplearse nunca.

Además de los antidiarreicos, son frecuentemente usados los antieméticos (ej. Clorpropamida), los cuales no sirven para el tratamiento de los vómitos en niños con diarrea y pueden producir letargia, lo que dificulta más la TRO.

En adición a los efectos indeseables como depresión del sistema nervioso central, toxicidad gastrointestinal y el incremento de la gravedad y/o duración de la diarrea, los antidiarreicos y antieméticos desvían la atención de la madre y el médico sobre lo que es realmente importante: prevenir la deshidratación. Por otra parte es causa de múltiples gastos en familias que muchas veces no tienen lo suficiente ni para alimentarse.

Países como Costa Rica han adoptado como

norma oficial el no uso de antidiarreicos en niños (22). En las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social el único antidiarreico disponible en el Cuadro Básico de Medicamentos, al presente, es el Difenoxilato, únicamente para uso en adultos. No existe en este Cuadro Básico ningún antidiarreico para niños.

En cuanto al uso de antibióticos en el tratamiento de las diarreas se ha establecido que su administración sólo es necesaria cuando hay sangre en las heces o sea los casos de disentería (19,20,21,22), así como en casos de sospecha de cólera con deshidratación grave. En el Cuadro No. 11 se presenta el esquema de tratamiento antibiótico de las enfermedades diarreicas (19).

5. Factores que Influyen en el Manejo Correcto de los Casos de Diarrea:

El Programa de Control de las Enfermedades Diarreicas de la OMS/OPS ha señalado como estrategia para disminuir la mortalidad por esta causa, el MANEJO CORRECTO de los casos de diarrea tanto en los hogares como en los servicios de salud. Este manejo correcto comprende los siguientes puntos:

- La prevención de la deshidratación me-

CUADRO No. 11

ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE CASOS ESPECIFICOS DE DIARREA AGUDA

Diagnostico Clínico de la Causa	Droga(s) de Elección [1/]	Opción [1/]
Disenteria por Shigella	**TRIMETOPRIM (TMP) SULFAMETOXAZOL (SMX)** Niños - TMP 10 mg/kg/día y SMX, 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias durante cinco días Adultos _ TMP 160 mg y SMX 800 mg dos veces al dia durante cinco días	Acido Nalidíxico Niños 60 mg/kg/día, dividido en cuatro dosis durante cuatro dosis durante cinco días Adultos 1 gm, tres veces al día durante cinco días **AMPICILINA** 100 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias durante cinco días Adultos 1g, 4 veces al día, durante 5 días
Colera	**Tetraciclina** Niños* - 50 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias durante 3 dias Adultos - 500 mg cuatro veces al día durante tres días o Doxiciclina Adultos Una dosis unica de 300 mg	**FURAZOLIDONA** Niños 5 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias durante tres días Adultos 100 mg cuatro veces al día durante tres días **TRIMETOPRIN (TMP)** SULFAMETOXAZOL (SMX)** [4] Niños TMP - 10 mg/kg/día y SMX 50 mg/kg/día divididos en dos dosis diarias durante tres días Adultos TMP - 160 mg y SMX 800 mg dos veces al día durante tres días

CUADRO No. 11

ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE CASOS ESPECIFICOS DE DIARREA AGUDA
(Conclusión)

Amebiasis Intestinal aguda (1)	**METRONIDAZOL** Niños - 30 mg/kg/día divididos en tres dosis durante cinco dias Adultos - 750 mg tres veces al día durante cinco dias (10 días para casos graves)	En casos graves **CLORHIDRATO DE DIHIDROHEMETINA** Por inyección intramuscular profunda, 1-1 5 mg/kg (máximo 90 mg) hasta por cinco días, dependiendo de la respuesta (todas las edades
Giardiasis Aguda	**METRONIDAZOL** 2/ Niños - 15 mg/kg/dia durante cinco días divididos en tres dosis Adultos - 250 mg, tres veces al día durante cinco dias	**QUINACRINA** Niños. 7 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias durante 5 días Adultos 100 mg tres veces al día durante cinco días

* Mayores de cinco años

** De elección en menores de cinco años

1/ Todas las dosis indicadas son par administracion oral a menos que se especifique otra cosa

Fuente OPS/OMS Curso sobre habilidades de supervision, manejo del paciente con diarrea Dic 1991

diante el tratamiento adecuado de la diarrea en el hogar, utilizando líquidos disponibles o preparados en el mismo.

- El tratamiento de la deshidratación causada por la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO).

- La alimentación adecuada del niño durante y después de la diarrea.

- El uso selectivo de soluciones endovenosas y antibióticos.

- Educación a las madres sobre el conocimiento correcto de cuando solicitar tratamiento fuera del hogar.

También se promueven otras estrategias para disminuir la morbilidad como lo son: mejorar el estado nutricional a través de la lactancia materna y la alimentación complementaria durante el destete. Se hace énfasis en el consumo de agua limpia, la eliminación higiénica de las excretas, el lavado de las manos y la inmunización contra el sarampión.

Para evaluar la calidad del manejo de los

casos de diarrea en el hogar y en las Instalaciones de Salud de los diferentes países, el Programa CED de la OMS ha desarrollado y promovido el uso de manuales de encuestas sobre el manejo de la diarrea. Estas encuestas brindan información medible sobre algunos de los trece indicadores principales propuestos por el CED (Cuadro No. 5).

El manejo correcto de los casos de diarrea en las Instalaciones de Salud está determinado, principalmente, por factores como lo son el conocimiento que tenga el Personal de Salud acerca de la etiología, fisiopatología, cuadro clínico, tratamiento y prevención de la enfermedad diarreica y por las facilidades de infraestructura, organización y suministros con que cuente la Instalación de Salud. Además, la calidad y cantidad de información que se da al encargado del niño es determinante para el cumplimiento del tratamiento en el hogar.

En años recientes se han realizado estudios en diferentes países utilizando el Manual de Encuestas de la OMS sobre el Manejo de los Casos de Diarrea en Instalaciones de Salud.

El estudio realizado en Bangladesh (44) en

febrero de 1990, demostró que los Trabajadores de la Salud eran a menudo incapaces de distinguir entre niños con algunos signos de deshidratación y niños sin signos de deshidratación. También se encontró que a pesar de que las SRO estaban disponibles, no se contaba con áreas para TRO en los Servicios de Salud o estas áreas tenían escasez de equipo para la administración de las sales (cucharas, vasos, mobiliario, etc.). En base a estos hallazgos se crearon Unidades de Entrenamiento en el manejo de la enfermedad diarreica para capacitar los Trabajadores de la Salud y para que desarrollaran áreas de TRO en sus lugares de trabajo.

En Octubre de 1990, se llevó a cabo otro estudio similar en Egipto (44), el cual evidenció que a pesar de que las SRO estaban siendo recetadas a niños con diarrea, las cantidades recomendadas no eran las adecuadas para la rehidratación. Esto motivó que se tomaran las medidas para que los Trabajadores de Salud recetaran las cantidades adecuadas y orientaran a las madres sobre la importancia de que los niños recibieran las cantidades recomendadas de TRO.

En septiembre de 1990, en un estudio en Viet Nam (44) se encontró que los Trabajadores de Salud a los cuales se les monitorizaba y supervisaba luego del entrenamiento en el manejo de las diarreas, funcionaban mejor que

aquellos a los cuales no se les hacía ningún seguimiento. Estas Instalaciones establecieron entonces la monitoría y evaluación como una prioridad en sus programas. Además, los hallazgos de este estudio sugirieron que el entrenamiento en el manejo de los casos de diarrea había contribuido en una disminución apreciable del uso inapropiado de antidiarreicos, antibióticos y líquidos intravenosos.

El presente estudio realizado en los meses de mayo y agosto de 1992, intenta evaluar el manejo de los casos de diarrea en las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social del área Metropolitana y San Miguelito. Durante los años 1991 y 1992 la capacitación, actualización y reforzamiento del conocimiento acerca del manejo de la enfermedad diarreica con énfasis en cólera ha sido exhaustiva en todo el país, tanto en las Instalaciones del Ministerio de Salud como en las de la Caja de Seguro Social, abarcando al equipo de salud, al personal administrativo y a la comunidad.

En base a esto quisimos investigar si efectivamente se conocían y se cumplían las normas y parámetros recomendados tanto por la Organización Panamericana de la Salud como por el Ministerio de Salud, en su Programa Mater-

no-Infantil, para el manejo de la enfermedad diarreica. Quisimos saber si este manejo era diferente según el tipo de Profesional Médico que evaluara el caso, por lo cual encuestamos a Médicos Pediatras, Médicos Generales y Médicos Internos que de rutina atendieran a niños menores de cinco años. También estudiamos si el conocimiento del médico tratante y su práctica variaban según si laboraba en un Cuarto de Urgencia o en un Servicio de Consulta Externa.

Se evaluó, además, el apoyo que brindan las Instalaciones de Salud para el manejo de estos casos, ya que es indispensable, además del conocimiento del médico tratante, que se cuente con los insumos y facilidades necesarias para dar el tratamiento correcto.

Partimos de una revisión de expedientes de casos de diarrea en menores de cinco años sin poder encontrar suficiente información que reflejara la calidad del manejo, por lo cual, recurrimos a la observación directa de la atención de los casos de niños con esta enfermedad y a la encuesta de conocimientos de los Médicos tratantes.

Consideramos que la información recolectada será de enorme valor para mejorar el manejo de la enfermedad diarreica en los niños menores de cinco años en las instala-

ciones de salud, a un corto-mediano plazo, priorizando las intervenciones que sean más eficaces y eficientes en las áreas problemas encontradas en nuestro estudio.

SEGUNDA PARTE

Metodología, Resultados, Discusión,

Conclusiones y Recomendaciones

CAPITULO VI

METODOLOGIA

Tres encuestadores, quienes tenían experiencia previa en el manejo de casos de diarrea, fueron capacitados en el manejo correcto de las diarreas y en la aplicación de la encuesta por un período de una semana por un Equipo Nacional (Ministerio de Salud) e Internacional (Organización Mundial de la Salud e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá). Esto incluyó la adaptación del "Manual de Encuestas en Establecimientos de Salud - Manejo de Casos de DIArrea", OMS/OPS del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (CED) a Panamá, y la prueba de las encuestas en varios Centros de Salud.

Luego de los arreglos administrativos pertinentes se procedió durante los meses de mayo y agosto de 1992, a aplicar las encuestas a todas las Policlínicas de la Caja de Seguro Social en el Area Metropolitana (Pol. Calidonia, Pol. Bethania, Pol. Presidente Remón, Pol. San Francisco y Pol. Juan Díaz), del área de San Miguelito (Pol. Santa Librada y Pol. San Miguelito) y al Cuarto de Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid (CHAAM), lo que sumó ocho Instalaciones de Salud.

En el mes de mayo se dedicó un día a cada Policlínica

para aplicar las encuestas y dos días al Cuarto de Urgencias Pediátricas del Hospital por su mayor cobertura y demanda. En este período se observó el manejo y tratamiento de todos los casos de diarrea en niños menores de cinco años que acudieron para atención médica entre las 7:00 a.m. y las 3:00 p.m. de ese día. Además, se encuestaron todos los médicos que atendieron dichos casos y a los encargados o familiares de estos niños. En algunas ocasiones también se procedió a encuestar a médicos que aunque no hubieran atendido a niños con diarrea ese día, usualmente manejaban estos casos. Posteriormente, en el mes de agosto, se aplicó la encuesta de conocimiento sobre el manejo correcto de los casos de diarrea a los médicos que no participaron en el mes de mayo, a fin de aumentar la muestra en esta área de la encuesta, la cual es el punto principal de nuestra investigación por su mayor cobertura del personal que atiende los casos de diarrea en estas Instalaciones.

Del personal de salud sólo se observaron y entrevistaron Médicos, debido a que en las Instalaciones encuestadas los casos de diarrea son manejados por estos profesionales. La encuesta cubrió Médicos Internos, Médicos Generales y Médicos Pediatras, tanto de consulta externa como de cuartos de urgencia.

El instrumento utilizado, como se mencionó anteriormente, fue el "Manual de Encuestas en Establecimientos de Salud - Manejo de Casos de Diarrea del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas de la OMS/OPS". Este manual comprende cinco formularios presentados en el Anexo A.

A. Formulario No. 1: Revisión de Expedientes Clínicos:

Se procedió a la revisión de veinte expedientes clínicos en cada establecimiento encuestado (160 expedientes en total), de casos de diarrea en menores de cinco años que hubieran sido atendidos hasta seis meses antes de la encuesta (noviembre 1991 - mayo 1992). Se trató de obtener información sobre el manejo de los casos en aspectos tales como:

- **Datos relevantes de la evaluación:** Por ejemplo, ¿se pesó al niño?, ¿Se le tomó la temperatura?, ¿Estaba deshidratado?, ¿Qué grado de deshidratación tenía?, ¿Presencia o no de sangre en las heces?, etc..

- **Tratamiento dado:** ¿Se recomendó terapia de rehidratación oral (TRO)?, ¿Sales de rehidra-

tación oral?, ¿Se administró tratamiento en el hogar o en la Instalación de Salud?, ¿Se recetó algún antibiótico?, ¿Cuál antibiótico, o se recetaron otros medicamentos?.

B. Formulario No. 2: Observación del Manejo de Casos:

Al ingresar un niño menor de cinco años con diarrea a la Policlínica en estudio, uno de los encuestadores entraba con éste y el encargado o familiar, al consultorio médico. Luego de la presentación y explicación del estudio al Médico tratante, se le solicitaba su cooperación y se le pedía que explicara en voz alta todo lo que iba viendo, examinando, encontrando y sus conclusiones respecto al paciente. El encuestador observaba en silencio todo el manejo y anotaba sus resultados.

Este formulario proporcionaba la siguiente información:

- Lo que el médico pregunta al encargado del niño.
- Cómo examina el médico al niño.
- Qué evaluación realiza el médico para determinar si hay deshidratación o no?

- Qué tratamiento elige el médico?
- Qué tratamiento se brinda en ese Establecimiento de Salud?
- Qué consejos dá el médico al encargado del niño sobre el cuidado en el hogar?

C. Formulario No. 3: Entrevista con el Encargado del Niño y Examen del Niño por el Encuestador:

Luego de la observación de la evaluación del médico, se procedía a encuestar al encargado o familiar del niño. Se obtenía la siguiente información:

- Lo que sabe el responsable del niño sobre la administración de sales de rehidratación oral (SRO).
- Lo que sabe el encargado del niño sobre el tratamiento del niño en la casa.
- Lo que sabe el encargado del niño sobre la prevención de las diarreas.

Además, el encuestador procedía a examinar al niño para hacer una evaluación y decisión independientes sobre el tratamiento necesario. Esta evaluación y decisión podía coincidir o no con la del Médico tratante. En caso de

disentir, se tomaba como correcta la del encuestador pues éste había sido ampliamente capacitado en la evaluación y manejo correcto de los casos de diarrea.

D. Formulario No. 4: Entrevista con el Médico:

Se entrevistaba al Médico tratante del caso de diarrea o, a otros médicos que usualmente tenían la responsabilidad de atender niños menores de cinco años con diarrea. Se encuestó a Médicos Pediatras, Médicos Generales y Médicos Internos. Se les preguntaba sobre sus conocimientos y prácticas en el manejo de casos de diarrea incluyendo:

- ¿Qué pregunta y busca al examinar a un niño con diarrea?
- ¿Qué tratamiento da?
- ¿Qué consejos da al responsable del niño sobre el cuidado en el hogar?
- ¿Qué consejos da para la prevención de las diarreas?

E. Formulario No. 5: Evaluación de los Establecimientos y Suministros:

Finalmente se encuestaba al Director Médico, a los Jefes de los Departamentos de Estadística, Farmacia y Laboratorio para obtener información sobre:

- Estadísticas existentes sobre la Enfermedad Diarreica en la Policlínica.
- Personal, espacio físico y otros apoyos para el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas.
- Disponibilidad de equipos y suministros para tratar las diarreas en el establecimiento.
- Actividades de Educación en Salud.

También se recogieron impresiones subjetivas del establecimiento y sus necesidades.

Luego de recolectada la información se procedió a su tabulación y elaboración de cuadros según el "Manual de Encuestas en los Establecimientos de la Salud sobre el Manejo de Casos de Diarrea" (10) del programa CED de la OPS/OMS. Para la confección de los cuadros se utilizó el Programa Formtool y se aplicaron pruebas de significación estadística (Chi cuadrado) a las relaciones entre el conocimiento del personal médico en cuanto al manejo de las diarreas y su lugar de trabajo (cuarto de urgencias en relación a consulta externa), y según tipo de profesional (Médico Pediatra, Médico General y Médico Interno; información ésta contenida en el Formulario No. 4)

En los casos necesarios se aplicó la prueba exacta de Fisher. El resto de la información fue analizada descriptivamente.

CAPITULO VII

RESULTADOS

A. Formulario No. 1: REVISION DE EXPEDIENTES:

Se revisaron 20 expedientes clínicos, en cada Policlínica, de niños menores de cinco años atendidos por diarrea entre los seis meses previos a la encuesta, para sumar un total de 120 expedientes revisados. Los resultados se exponen en el Cuadro No. 12.

En relación al tratamiento con terapia de rehidratación oral o intravenosa recibido: en el 68.1% de los casos no hubo información suficiente para saber si fue correcto o no. Un 29.4% de los pacientes fue tratado correctamente y un 2.5% sí pudo asegurarse que fue tratado incorrectamente.

Al evaluar el uso de antibióticos u otra droga, se encontró que en el 65% de los casos tampoco había información suficiente para determinar si fue correcto o no. El 15% sí se pudo catalogar como correcto mientras que un 20% se determinó como incorrecto.

Sólo el 35% de los expedientes contenían información sobre el uso de medicamentos en el tratamiento de las diarreas. En el Cuadro No. 13 se presentan los medicamentos más

Cuadro #12. Evaluación del manejo de la enfermedad diarreica según expedientes clínicos. CSS. Áreas Metropolitana y San Miguelito. 1992.

	I N D I C A D O R			
	Tratamiento con TRO/IV apropiado*		Tratamiento Antibiótico u otro apropiado	
Observ.	#	%	#	%
SI	47	29.4	24	15.0
NO	4	2.5	32	20.0
NI	109	68.1	104	65.0
TOTAL	160	100.0	160	100.0

NI= No información
* = Incluye tratamiento de la diarrea y de la deshidratación.

Fuente: Formulario #1

Cuadro #13. Medicamentos más usados en el tratamiento de las diarreas según expedientes clínicos. CSS. Región Metropolitana y San Miguelito. 1992.

	C A S O S n = 56	
MEDICAMENTOS	#	%
Antibióticos	22	39.3
Antieméticos	17	30.4
Antidiarreicos	16	28.6
Antiparasitarios	12	21.4
Antiácidos	2	3.6

* Un mismo caso pudo recibir más de un medicamento.
* Sólo 56 de los 160 expedientes consignaban la información

Fuente: Formulario #1.

frecuentemente usados según estos expedientes.

Los antibióticos fueron recetados en el 39.3% de los casos. Los antibióticos más usados fueron el trimetropin-sulfametoxazol y la penicilina. Otros como los aminoglicósidos o macrólidos fueron menos usados. En segundo lugar se encontraron los antieméticos, recetados en un 30.4% de los casos. El más común fue la clorpropamida. Los antidiarreicos correspondieron al 28.6% de los medicamentos que se recetaron. Los antidiarreicos más comúnmente usados fueron el Caolín y Pectina, la Atapulgita y el Fenoxilato. Los antiparasitarios fueron recomendados en el 21.4% de los casos y fue el Metronidazol el más utilizado. Los antiácidos correspondieron al 3.6% de los recetados.

B. Formulario No. 2: OBSERVACION DEL MANEJO DE CASOS:

En los días en que se realizó la encuesta se presentaron a las instalaciones en estudio 12 niños menores de cinco años con cuadro de diarrea. El encuestador pudo observar el tratamiento que dió el médico tratante. Los resultados de esta encuesta fueron:

En el Cuadro No. 14 se aprecia los resultados generales que reflejan el manejo de los casos de diarrea por

Cuadro #14. Evaluación del manejo que dan los médicos tratantes a los casos de Diarrea. CSS. Áreas Metropolitana y San Miguelito. 1992.

I N D I C A D O R CED OPS/OMS	C A S O S
Casos de diarrea evaluados correctamente.	6 de 12
Casos de diarrea rehidratados correctamente. IV o SRO *	0 de 3
Encargados aconsejados correctamente sobre el tratamiento en el hogar. "	0 de 11
Casos de disentería que recibieron antibióticos adecuados.	0 de 0
O T R O S I N D I C A D O R E S	
Diarreas NO disentéricas tratadas sin antibióticos	12 de 12
Casos en que se evaluó la presencia de otra enfermedad.	4 de 12
Casos en que se evaluó el estado nutricional	3 de 12
Casos donde NO se usó otra droga para la diarrea	10 de 12

IV=Intravenoso SRO=Sales de Rehidratación

* Sólo 3 casos presentaron deshidratación
" 1 paciente fue hospitalizado

Fuente: Formulario #2.

estos funcionarios. Para ello se han agrupado los resultados en INDICADORES recomendados por la OMS/OPS en su programa para el control de enfermedaddes diarreicas y en otros indicadores útiles, también.

Se observó que en seis de los doce pacientes atendidos se completaron todos los pasos que se necesitan para una buena evaluación del estado de hidratación. De los 12 pacientes 9 no tenían ningún signo de deshidratación. Los otros tres presentaron deshidratación de leve a moderada. Sólo un caso fue hospitalizado por tener un mes de edad y residir lejos de las Instalaciones de Salud.

De los tres pacientes que presentaron deshidratación leve a moderada ninguno de ellos fue manejado correctamente.

Al evaluar el número de encargados o familiares que fueron aconsejados correctamente sobre el manejo de la diarrea del niño en la casa (preparación y administración de sales de rehidratación oral, alimentación durante y después de la diarrea y signos de alarma para llevar al niño al servicio de salud) encontramos que ningún Médico aconsejó correctamente (0/11).

Ninguno de los casos observados presentaba disentería y su manejo en relación al uso de antibiótico fue adecuado pues a ninguno se le recetó antibióticos. De los 12 casos, sólo cuatro fueron evaluados por la presencia de otra enfermedad concomitante. El estado nutricional de los niños fue evaluado sólo en tres de los casos.

El uso de otros medicamentos (antidiarreicos, antieméticos u otro) para el tratamiento de la diarrea fue bajo en los casos observados. No se usó ninguna otra droga en diez de los doce casos.

Al comparar el manejo de los casos por tipo de servicio: cuartos de urgencia vs consulta externa, encontramos los resultados del Cuadro No. 15.

De los doce casos atendidos en total, ocho fueron manejados en cuartos de urgencia y cuatro en consulta externa.

Según los mismos indicadores considerados anteriormente, encontramos que la proporción de casos correctamente evaluados fue igual tanto en los casos atendidos en cuartos de urgencia como en la consulta externa (4/8 y 2/4 respectivamente).

Cuadro #15. Evaluación del manejo de los casos de diarrea según el servicio donde labora el médico tratante. CSS. Áreas Metropolitana y San Miguelito. 1992.

INDICADOR CED OPS/OMS	Cuarto de urgencias n=8	Consulta Externa n=4	TOTAL n=12
Casos de diarrea evaluados correctamente	4 de 8	2 de 4	6 de 12
Casos de diarrea rehidratados correctamente. SRO o IV+	0 de 2	0 de 1	0 de 3
Encargados aconsejados correctamente sobre tratamiento en el hogar*	0 de 7	0 de 4	0 de 11
Casos de disentería que recibieron antibióticos adecuados.	0 de 0	0 de 0	0 de 0
OTROS INDICADORES			
Diarreas NO disentéricas tratadas sin antibióticos	8 de 8	4 de 4	8 de 12
Casos en que se evaluó la presencia de otra enfermedad	2 de 8	2 de 4	4 de 12
Casos en que se evalúo el estado nutricional	1 de 8	2 de 4	3 de 12
Casos donde NO se usó otra droga para la diarrea	6 de 8	4 de 4	10 de 12

IV= Intravenoso SRO= Sales de Rehidratación Oral
+ 3 pacientes presentaron deshidratación
* 1 paciente fue hospitalizado.
Fuente: Formulario # 2

De los casos de deshidratación de leve a moderada, dos fueron atendidos en cuartos de urgencia y uno en la consulta externa. Ninguno de ellos fue manejado correctamente (0/3).

Ni los encargados de niños atendidos en cuartos de urgencia, ni los de niños atendidos en la consulta externa, fueron aconsejados correctamente.

Al considerar otros indicadores, vemos que dos de los cuatro niños atendidos en la consulta externa fueron evaluados por la presencia o no de otra enfermedad en comparación a dos de los coho casos atendidos en los cuartos de urgencia (4/8). También el estado nutricional fue evaluado en dos de los cuatros pacientes atendidos en consulta externa (2/4), en relación a uno de los ocho pacientes vistos en cuartos de urgencia (1/8).

En cuanto al uso de otras drogas (no antibióticos), se observó que fueron más recetados en casos atendidos en los cuartos de urgencia, que en los atendidos en la consulta externa. El total (4/4) de los casos atendidos en la consulta externa, no recibió otra droga, en comparación a seis de los ocho atendidos en cuartos de urgencia (6/8) que tampoco la recibieron. De los casos cuyo manejo fue observado

ninguno presentaba disentería y no recibió antibióticos.

Al analizar la calidad de la atención según los diferentes tipos de Profesional Médico, tenemos que la encuesta abarcó a tres tipos de Médicos que atendieron niños con diarrea en el periódo de estudio. Estos fueron: Médicos Pediatras (No. 6), Médicos Generales (No. 3) y Médicos Internos (No. 3). Esto suma los 12 médicos que atendieron los 12 casos observados.

El Cuadro No. 16 presenta los resultados: los tres casos con diarrea, atendidos por Médicos Internos fueron correctamente evaluados (3/3). Los Pediatras evaluaron correctamente a tres de los seis pacientes que atendieron y los Médicos Generales atendieron tres casos y ninguno (0/3) fue bien evaludado.

De los tres pacientes que presentaron deshidratación leve-moderada, correspondió uno a cada tipo de Profesional, observándose que ninguno fue rehidratado correctamente (0/3). Ninguno de los tres tipos de Profesionales supo dar adecuadamente a los familiares los consejos sobre el tratamiento del niño en el hogar (0/11).

No hubo diferencias en el tratamiento de las

Cuadro # 16. Evaluación del manejo de casos de diarrea según tipo de Profesional Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

	CLASE DE MEDICO			
INDICADOR CED OPS/OMS	Pediatra n=6	General n=3	Interno n=3	TOTAL n=12
Casos de diarrea evaluados correctamente	3 de 6	0 de 3	3 de 3	6 de 12
Casos de diarrea rehidratados correctamente. SRO o IV. +	0 de 1	0 de 1	0 de 1	0 de 3
Encargados aconsejados correctamente sobre tratamiento en el hogar *	0 de 6	0 de 3	0 de 3	0 de 11
OTROS INDICADORES				
Diarreas NO disentéricas tratadas sin antibióticos	6 de 6	3 de 3	3 de 3	12 d 12
Casos en que se evaluó la presencia de otra enfermedad	2 de 6	1 de 3	1 de 3	4 de 12
Casos en que se evaluó el estado nutricional	2 de 6	1 de 3	0 de 3	3 de 12
Casos donde NO se usó otra droga para la diarrea	5 de 6	2 de 3	3 de 3	10 d 12

\+ 3 pacientes presentaron deshidratación
* 1 paciente fue hospitalizado

Fuente: Formulario # 2

diarreas no disentéricas. Ninguno de los tres Profesionales recetaron antibióticos a los casos observados. Igualmente, todos estos profesionales evaluaron la presencia de otra enfermedad concomitante en igual proporción: Pediatras (2/6), Médicos Generales (1/3) y Médicos Internos (1/3).

El estado nutricional fue evaluado en dos de los pacientes (2/6) atendidos por Médicos Pediatras y en uno de los tres atendidos por Médicos Generales (1/3); no fue evaluado en ninguno de los atendidos por Médicos Internos (0/3).

De los seis casos atendidos por Pediatras, cinco no recibieron ninguna otra droga para la diarrea. De los tres casos atendidos por Médicos Generales dos no recibieron ningún otro medicamento y de los tres atendidos por los Médicos Internos, a ninguno se le recetó otra droga.

Al analizar más detalladamente la evaluación que se hizo a los niños atendidos con diarrea, en las Instalaciones de la C.S.S., encontramos la frecuencia con que NO se realizaron ciertas tareas de evaluación importantes por el médico tratante: Cuadro No. 17.

Cuadro #17. Evaluación de los niños con diarrea, según las tareas realizadas por el médico tratante. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

TAREAS DE EVALUACIÓN	C A S O S
El médico NO pregunta por:	n = 12
Sed	9 de 12
Orina	7 de 12
Heces Sanguinolentas	4 de 12
Otras Enfermedades	3 de 12
Días con diarrea	0 de 12
# de evacuaciones liq.	0 de 12
El médico NO examina:	
Fontanela *	5 de 7
Apariencia General	8 de 12
Ojos y lágrimas	5 de 12
Signo del Pliegue	4 de 12
Respiración	3 de 12
Pulso/Frec. Cardiaca	3 de 12
Boca y Lengua	2 de 12
El médico NO evalúa:	
Estado Nutricional	9 de 12
Peso	7 de 12
Temperatura	6 de 12
Casos evaluados correctam.	6 de 12

* En base a 7 niños menores de 18 meses.

Fuente: Formulario #2

En nueve de los doce casos evaluados, no se preguntó sobre el grado de sed del paciente. En siete de los casos (7/12) observados no se pregunnto sobre la frecuencia o cantidad de orina. En cuatro de los casos (4/12) no se preguntó si había o no sangre en las heces.

Acerca de la presencia o no de otra enfermedad concomitante a la diarrea, se encontró que tres de los doce casos observados no fueron cuestionados al respecto.

El 100% de los médicos sí preguntó a los encargados de los niños sobre la duración de la diarrea y cuántas evacuaciones había tenido el niño en las últimas 24 horas.

Al evaluar el examen físico realizado por el médico tratante se encontró que en ocho pacientes (8/12) no se evaluó la apariencia general del niño. En cinco de los casos (5/12) no se examinó los ojos ni la presencia de lágrimas.

El signo del pliegue, no fue evaluado en cuatro de los casos (4/12). La respiración y la frecuencia cardiaca no se evaluó en tres de los casos (3/12). La humedad de la boca y lengua fueron el signo más frecuentemente evaluado; sólo en dos de los casos (2/12) no se examinó.

De los niños observados sólo siete estaban en edad de examinársele la fontanela (hasta los 18 meses). De estos siete, no se le evaluó la fontanela a cinco (5/7).

Al evaluar otros factores importantes en el niño con diarrea, como lo son: la temperatura, el peso y el estado nutricional, encontramos que el estado nutricional no se evaluó en nueve de los casos (9/12), el peso no fue medido en siete de los niños (7/12) y la temperatura no fue tomada en seis de los pacientes observados (6/12).

Previamente se había adecuado el Manual de Encuestas en los Establecimientos de Salud del Programa CED de la OMS/OPS a Panamá y se consideró que para que una evaluación del niño con diarrea por el Médico Tratante fuera considerada como correcta, éste debía haber realizado lo siguiente:

- Haber preguntado cuántos días tenía el niño con diarrea.
- Haber preguntado si había sangre en las heces.
- Haber preguntado y examinado por deshidratación; debía al menos cumplir con preguntar y/o examinar sobre cinco aspectos de los siguientes: sed, orina, apariencia general,

llenado capilar, ojos hundidos y/o lágrimas, boca y lengua, respiración, signo del pliegue, frecuencia cardiaca y pulso, además de examinar la fontanela, si era pertinente (Formulario No. 2, Anexo).

Al tabular los casos que cumplían todos los requisitos para considerar que habían sido bien evaluados, encontramos que sólo la mitad (6/12) de los casos observados habían salido bien evaluados.

C. Formulario No 3: ENTREVISTA AL ENCARGADO DEL NIÑO:

En esta parte de la encuesta se procedió a entrevistar a los familiares o responsables de los doce niños atendidos por enfermedad diarréica para evaluar sus conocimientos sobre el tratamiento y prevención de esta enfermedad. Los resultados se muestran en el Cuadro No. 18.

Se encontró que todos los encargados conocían al menos una medida de prevención de las diarreas (12/12). Siete de los doce encargados conocía las medidas apropiadas para el manejo correcto de las diarreas en el hogar.

Cinco (5/12) de los encargados conocían las instruc-

Cuadro #18. Conocimiento de los Encargados de niños con diarrea, sobre el Tratamiento y Prevención de las diarreas. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

ÁREA DE CONOCIMIENTO	ENCARGADOS n=12
Preparación y administración de SRO	5 de 12
Cuidados en casa	7 de 12
Prevención de la Diarrea	12 de 12
Conocimiento en las tres áreas anteriores	5 de 12

Fuente: Formulario #3

ciones correctas para la preparación y administración de las SRO.

Al sumar los encargados que estaban correctamente preparados en las tres áreas anteriores (preparación de SRO, cuidados en casa y medidas de prevención), encontramos que sólo cinco (5/12) de los encuestados tenía el conocimiento adecuado en las tres áreas.

D. Formulario No. 4: ENTREVISTA CON EL PERSONAL DE SALUD:

Como se explicó anteriormente, el Personal de Salud escogido para la encuesta fue sólo el Personal Médico, ya que es el que atiende los casos de niños con diarrea en las Instalaciones de la Caja de Seguro Social, en las Areas Metropolitana y San Miguelito. Abarcó Médicos Pediatras, Médicos Generales y Médicos Internos (CHAAM), que laboraban tanto en Cuartos de Urgencia como en la Consulta Externa y que de rutina atendieran a niños menores de cinco años con cuadros diarreicos.

Se logró encuestar a 38 de los aproximadamente 80 Pediatras que atienden estos casos (en Policlínicas y Cuartos de Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid) lo que representó un 47.5% de este per-

sonal. De los 15 Médicos Generales encargados de atender estos casos en las Policlínicas se logró encuestar a 13, lo que significó un 86% de estos profesionales y de los Médicos Internos, quienes sólo laboran en el hospital, logramos encuestar a tres que correspondían al 100% de los Internos que rotaban por Urgencias Pediátricas en la fecha de la encuesta.

Sumando todos los Profesionales Médicos que participaron en la encuesta tenemos que fueron 54 de un total de 98 Médicos susceptibles de ser encuestados durante las fechas en que se realizó la investigación, lo cual representa un 55% del Personal Médico responsable de la atención de los casos de diarrea en menores de cinco años, en las Instalaciones de la Caja de Seguro Social de las áreas mencionadas.

El 45% de los médicos restantes no pudieron ser encuestados por algunas de las siguientes causas:

- Personal de vacaciones
- Personal de permiso
- Personal incapacitado
- Personal que iniciaba labores luego de las 3:00p.m.

- Personal que ya había participado en una encuesta similar a nivel nacional
- Otros

Como hemos visto, debido a su mayor cobertura, esta parte de la encuesta ha sido ampliamente detallada y se han aplicado pruebas de significado estadístico a sus resultados.

En el Cuadro No. 19 se detalla los resultados del conocimiento global del Personal Médico, sobre el manejo de los casos de diarrea, según los diferentes tipos de Profesionales Médicos.

Se utilizaron algunos de los indicadores del Programa CED OMS/OPS y algunos otros indicadores.

Se encontró que sólo un 42.6% de todos los Médicos encuestados conocía la forma correcta de evaluar a un paciente con diarrea. Al desglosarlo por tipo de Médico vemos que la conocían bien un 46.1% de los Médicos Generales, un 42.1% de los Médicos Pediatras y sólo un 33.3% de los Médicos Internos.

Al hablar sobre la rehidratación correcta, tanto con

Cuadro # 19. Conocimiento global del Personal Médico sobre el manejo correcto de la enfermedad diarreica, según clase de Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

ÁREAS DE CONOCIMIENTOS PROGRAMA CED	CLASE DE MEDICO							
	Pediat.		General		Interno		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Evaluación Correcta	16	42.1	6	46.1	1	33.3	23	42. 6
Rehidratación Correcta*	2	5.3	0	0	1	33.3	3	5. 5
Consejos Correctos	2	5.3	0	0	0	0	2	3. 7
Tx. Disentería Correcto	30	79.0	9	69.2	3	100	42	77. 8
OTRAS ÁREAS								
No disent.-No antibiót.	25	65.9	4	30.8	3	100	32	59. 3
Eval. otras enfermedad.	25	65.9	7	53.8	1	33.3	33	61. 1
NO otras drogas. +	32	84.2	6	46.1	2	66.7	40	74. 1

+ p=0.015
*Rehidratación con sales de rehidratación o intravenosa.

Fuente: Formulario #4

sales de rehidratación oral (SRO) como con soluciones intravenosas, se observó que sólo un 5.5% de los Médicos sabían como hacerlo correctamente. Entre ellos conocían la forma de rehidratación correcta, un 33.3% de los Médicos Internos, un 5.3% de los Pediatras y de los Médicos Generales 0%.

Al indagar cuáles eran los consejos que se deben dar al encargado del niño con diarrea, sobre el manejo en el hogar y las medidas preventivas de futuros episodios, encontramos que sólo un 3.7% del total de los Médicos conocían los consejos correctos que deben darse. Al detallarlo por tipo de Médicos, encontramos que sólo un 5.3% de los Pediatras los conocían. De los Médicos Generales e Internos encuestados, ninguno contestó acertadamente los consejos necesarios que deben darse en estos casos (0%).

El conocimiento sobre el tratamiento adecuado de la disentería con antibióticos también fue evaluado. Se encontró que un 77.8% del total de los Médicos conocía el uso adecuado de los antibióticos para la disentería. De ellos respondieron satisfactoriamente el 100% de los Médicos Internos, el 79% de los Médicos Pediatras y el 69.2% de los Médicos Generales.

Además de los indicadores CED OMS/OPS se evaluaron otros indicadores como: si se conocían que no debe administrarse antibióticos a las diarreas no disentéricas? La encuesta reveló que un 100% de los Médicos Internos lo sabía, un 65.9% de los Pediatas y un 30.8% de los Médicos Generales lo conocía. En general, el 59.3% de los Médicos refirió no dar antibióticos a las diarreas no disentéricas.

En lo referente a la evaluación de otras enfermedades concomitantes a la diarrea en un paciente, el 61.1% de los Médicos admitió indagar y evaluar este aspecto. Esto comprendió a un 65.9% de los Pediatras, un 53.8% de los Médicos Generales y a un 33.3% de los Médicos Internos.

Al indagar si se conocía que no debe recetarse ningún otro medicamento para la diarrea (ej. antidiarreicos, antiespasmódicos, antieméticos, antiácidos y otros), un 74.1% de los Médicos refirió no darlo. Esto correspondió a un 84.2% de los Pediatras, un 66.7% de los Médicos Internos y a un 46.1% de los Médicos Generales.

Al aplicar la prueba de significación estadística, Chi^2 o la Prueba Exacta de Fisher (en los casos necesarios), a los valores absolutos obtenidos en esta encuesta, se decidió

agrupar a los médicos generales con los médicos internos para compararlos con los resultados obtenidos por los médicos pediatras.

Se encontró que no había diferencia significativa entre los conocimientos sobre: evaluación correcta, rehidratación correcta, consejería correcta, tratamiento de la disentería con antibióticos adecuados, no dar antibióticos a las diarreas no disentéricas y evaluación de otras enfermedades concomitantes, entre los Médicos Pediatras y el grupo de Médicos Generales e Internos. Al evaluar el indicador de no dar otros medicamentos para la diarrea sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa (P=0.015) entre los Pediatras, quienes la mayoría (84.2%) no administraron otros medicamentos, en relación al grupo de Médicos Generales más Médicos Internos quienes sólo el 50% manifestaron conocer que no debía darse otros medicamentos.

El Cuadro No. 20 muestra la misma información del conocimiento médico de los indicadores CED y otros indicadores, sólo que relacionada al servicio donde laboraban estos Médicos, ya fuera consulta Externa o el Cuarto de Urgencias.

En cuanto a la evaluación correcta del paciente con diarrea, un 40% de los Médicos del Cuarto de Urgencia la

Cuadro #20. Conocimiento global del Personal Médico sobre el manejo de la enfermedad diarreica, según servicio donde labora el Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito.
1992.

ÁREAS DE CONOCIMIENTOS PROGRAMA CED	S E R V I C I O					
	C.Urgencia n=15		C. Externa n=39		TOTAL n=54	
	#	%	#	%	#	%
Evaluación Correcta	6	40.0	17	43.6	23	42.6
Rehidratación Correcta*	1	6.7	2	5.1	3	5.5
Consejos Correctos	0	0	2	5.1	2	3.7
Tx. Disentería Correcto	10	66.7	32	82.0	42	77.8
OTRAS ÁREAS						
No disent.-No antibiót.	8	53.3	24	61.5	32	59.3
Eval. otras enfermedad"	6	40.0	27	69.2	33	61.1
NO otras drogas. +	8	53.3	32	82.0	40	74.1

" p=0.048
+ p=0.042
*Rehidratación con sales de rehidratación o intravenosa.

Fuente: Formulario #4

conocía en comparación a un 43.6% de los Médicos de la Consulta Externa.

Un 6.7% de los Médicos del Cuarto de Urgencia conocía la forma de rehidratación correcta (SRO-Intravenosa) y en la Consulta Externa la conocían sólo el 5.1% de los Médicos Encuestados.

Un 5.1% de los Médicos que laboran en la Consulta Externa conoce los consejos adecuados que deben dársele al familiar del niño con diarrea. Ninguno (0%) de los Médicos del Cuarto de Urgencia los conocía satisfactoriamente.

Sobre el tratamiento de la disentería con los antibióticos correctos, se encontró que el 82% de los Médicos de la Consulta Externa conocía el tratamiento correcto en relación al 66.7% de los Médicos del Cuarto de Urgencia.

Al indagarse sobre el conocimiento de no tratar diarreas no disentéricas con anbitióticos, el 61.5% de los Médicos de la Consulta Externa sabía que esto no debía hacerse. El 53.3% de los Médicos del Cuarto de Urgencia conocía este hecho.

En cuanto a la necesidad de la evaluación de otras enfermedades concomitantes, el 69.2% de los Médicos de la Consulta Externa refirió hacerlo en comparación a un 40% de los Médicos que laboran en los Cuartos de Urgencias.

Un 82% de los médicos que laboraban en la Consulta Externa refirió no dar otros medicamentos para el tratamiento de la diarrea no disentérica en relación a un 53.3% de los Médicos que trabajaban en el Cuarto de Urgencias.

Al aplicar la prueba de significación estadística, Chi^2, Prueba exacta de Fisher en los casos necesarios, a los valores absolutos de los indicadores según servicio donde laboraban los Médicos, encontramos que no había diferencia significativa en el conocmiento sobre: evaluación correcta, rehidratación correcta, consejería correcta, tratamiento de los casos de disentería con anbitióbicos adecuados y no dar antibióticos a las diarreas no disentéricas, entre los Médicos que laboraban en un Cuarto de Urgencia, comparándolos con los Médicos que laboraban en un servicio de Consulta Externa.

Al analizar los datos sobre si evaluaban la presencia de otras enfermedades concomitantes a la diarrea, se encontró una diferencia significativa ($p = 0.048$) entre los dos

servicios: los Médicos que laboran en la Consulta Externa refirieron evaluar más a menudo la presencia de otras enfermedades concomitantes en los niños con diarrea que los Médicos que laboran en Cuartos de Urgencias.

También se encontró una diferencia significativa ($p = 0.042$) en el conocimiento de que no debe administrarse ningún otro medicamento para la diarrea entre los Médicos de Urgencia y los de la Consulta Externa. Los Médicos que laboran en la Consulta Externa conocen mejor el hecho de que no debe administrarse ningún otro medicamento (ej. antidiarreicos, antieméticos) para las diarreas, que los Médicos que laboran en Cuartos de Urgencia.

Los Cuadros del No. 21 al No. 26 detallan los conocimientos sobre lo que comprende la evaluación correcta del paciente con diarrea, tanto las preguntas qué deben hacerse, como los aspectos básicos a examinar para poder determinar si el niño está deshidratado o no, y de estarlo, que grado de deshidratación presenta.

El Cuadro No. 21 muestra que el 81.5% del total de los Méddicos pregunta al encargado sobre la duración de la diarrea. En el grupo de los Pediatras un 81.6% preguntaba a

Cuadro #21. Conocimiento del Personal Médico sobre la evaluación correcta del paciente con diarrea, según clase de médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

	C L A S E D E M E D I C O							
EVALUACIÓN CORRECTA	Pediatra n=38		General n=13		Interno n=3		TOTAL n=54	
PROGRAMA CED	#	%	#	%	#	%	#	%
Pregunta # de días con diarrea	31	81.6	11	84.6	2	66.7	44	81.5
Pregunta por heces con sangre	26	68.4	9	69.2	2	66.7	37	68.5
Pregunta y examina por deshidratación	26	68.4	8	61.5	2	66.7	36	66.7

Fuente: Formulario #4.

Cuadro #22. Conocimiento del Personal Médico sobre la evaluación correcta del paciente con diarrea, según servicio donde labora el Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

	S E R V I C I O					
EVALUACIÓN CORRECTA	Cuarto de Urgencias n=15		Consulta Externa n=39		TOTAL n=54	
Programa CED	#	%	#	%	#	%
Pregunta # de días con diarrea	11	73.3	33	84.6	44	81.5
Pregunta por heces con sangre	12	80.0	25	64.1	37	68.5
Pregunta y Examina por deshidratación	12	80.0	24	61.5	36	66.7

Fuente: Formulario #4 CED=Control Enferm. Diarreicas.

UNIVERSIDAD DE PANAMA
BIBLIOTECA

este respecto, en el de los Médicos Generales un 84.6% y en el de los Médicos Internos un 66.7%.

En relación a si había sangre en las heces, un 68.5% de los Médicos encuestados refirió hacer esta pregunta. De ellos un 68.4% de los Pediatras, un 69.2% de los Médicos Generales y un 66.7% de los Internos.

Los Médicos que hacían preguntas adecuadas que los ayudaran a decidir si el niño estaba deshidratado o no (acerca de la sed y la orina), y además examinaban un número adecuado de signos (5 ó más era lo considerado como correcto) que los orientara sobre el grado de deshidratación o no, fueron un 66.7% del total. Entre los Pediatras un 68.4% clasificó correctamente en ese ítem, un 61.5% de los Médicos Generales y un 66.7% de los Médicos Internos.

Al relacionar el servicio donde se laboraba (Cuadro No. 22), se encontró que un 73.3% de los Médicos de Urgencia preguntaban sobre el número de días con diarrea. En los Médicos de la Consulta Externa lo hacía un 84.6%.

El 80% de los Médicos del Cuarto de Urgencia preguntaba sobre la presencia o no de sangre en las heces versus un

64.1% de los Médicos de la Consulta Externa. Igualmente el porcentaje de Médicos que preguntaba y examinaba por deshidratación en los Cuartos de Urgencia fue mayor (80%) que los que lo hacían en la Consulta Externa (61.5%).

El Cuadro No. 23 muestra específicamente la frecüencia conque los diferentes tipos de Médicos conocía las preguntas y aspectos claves a examinar en el niño con diarrea.

El 31.5% de los Médicos encuestados refirió preguntar si el niño tenía poca o mucha sed. De ellos, un 34.2% de los Pediatras, el 30.8% de los Médicos Generales y 0% de los Médicos Internos. Respecto a si el niño orinaba normal, poco, muy poco o nada, el 55.5% de los Médicos refirió preguntarlo. De los Pediatras el 63.2% preguntaba acerca de la orina, de los Médicos Generales lo hacía un 38.5% y de los Médicos Internos el 33.3% preguntaba al respecto.

En relación al examen físico para determinar el grado de deshidratación, si la hubiera, el 98.1% de los Médicos examinaba el signo del pliegue, el 94.4% examinaba la boca y lengua para detectar resequedad de la mucosa, el 88.9% evaluaba si los ojos estaban hundidos y la presencia o no de llanto con lágrimas. Un 57.4% de los Médicos refirió evaluar la fontanela en niños pequeños. Un 37% habló sobre la

Cuadro #23. Conocimiento del Personal Médico sobre lo que debe preguntarse y examinarse en casos de diarrea para evaluar el estado de hidratación, según clase de Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

	CLASE DE MEDICO							
ÁREA DE CONOCIMIENTO	M Pediatra n = 38		M General n = 13		M Interno n = 3		Total n = 54	
Pregunta por:	#	%	#	%	#	%	#	%
Sed	13	34.2	4	30.8	0	0	17	31.5
Orina	24	63.2	5	38.5	1	33.3	30	55.5
Examina:								
Apariencia Gral	15	39.5	4	30.8	1	33.3	20	37.0
Llenado capilar	9	23.7	1	7.7	2	66.7	12	22.2
Ojos/Lágrimas	33	86.8	12	92.3	3	100	48	88.9
Boca y Lengua	36	94.7	13	100	2	66.7	51	94.4
Respiración	2	5.3	0	0	0	0	2	3.7
Signo Pliegue	37	97.4	13	100	3	100	53	98.1
Pulso/F. Card.	3	7.9	0	0	0	0	3	5.5
Fontanela	21	55.3	7	53.8	3	100	31	57.4

Fuente: Formulario #4.

apariencia general (decaido, irritable o somnoliento). El llenado capilar fue mencionado por un 22.2% de los Médicos encuestados. Los signos menos evaluados fueron la respiración (3.7%) y el pulso o frecuencia cardiaca (5.5).

Por tipo de Profesional, se encontró que la apariencia general del niño era considerada por un 39.5% de los Pediatras, un 30.8% de los Médicos Generales y un 33.3% de los Médicos Internos.

El llenado capilar fue considerado como importante de evaluar por el 66.7% de los Médicos Internos, por el 23.7% de los Pediatras y por sólo el 7.7% de los Médicos Generales.

La evaluación de los ojos y/o lágrimas fue referida por el 100% de los Médicos Internos, el 92.3% de los Médicos Generales y el 86.8% de los Médicos Pediatras.

El 100% de los Médicos Generales refirieron evaluar la hidratación de la mucosa oral y lengua. De los Pediatras el 94.7% refirió hacerlo y de los Médicos Internos el 66.7%.

La respiración sólo era evaluada por el 5.3% de los

Pediatras. Ninguno de los Médicos Generales ni Internos refirió examinar la respiración para el diagnóstico de deshidratación.

El 100% de los Médicos Generales e Internos evaluaba el signo del pliegue. El 97.4% de los Pediatras lo hacía.

La frecuencia cardiaca o pulso era evaluada por sólo el 7.9% de los Pediatras. Ninguno de los Médicos Generales ni Internos la mencionó como importante para evaluar el estado de deshidratación o no (0%).

La evaluación de la fontanela fue mencionada por el 100% de los Médicos Internos, el 55.3% de los Médicos Pediatras y el 53.8% de los Médicos Generales.

Al evaluar la misma información anterior, pero relacionada al lugar de trabjo de los Médicos encuestados, encontramos lo siguiente: Cuadro No. 24.

La sed era evaluada por el 40% de los Médicos que laboran en el Cuarto de Urgencia y por el 28.2% de los que laboran en la Consulta Externa. La orina era evaluada por el 33.3% de los Médicos de Urgencia versus el 64.1% de los de la Consulta Externa. La apariencia general del niño fue

Cuadro #24. Conocimiento del Personal Médico sobre lo que debe preguntarse y examinarse en los casos de diarrea para valorar el estado de hidratación, según servicio donde labora el Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

ÁREA DE CONOCIMIENTOS	S E R V I C I O					
	C.Urgencia n = 15		C. Externa n = 39		Total n = 54	
Pregunta por:	#	%	#	%	#	%
Sed	6	40.0	11	28.2	17	31 5
Orina	5	33.3	25	64.1	30	55.5
Examina:						
Apariencia General	7	46.7	13	33.3	20	37.0
Llenado Capilar	7	46.7	5	12.8	12	22.2
Ojos y/o lágrimas	15	100.0	33	84.6	48	88.9
Boca y lengua	14	93.3	37	94.9	51	94.4
Respiración	1	6.7	1	2.6	2	3.7
Signo del Pliegue	15	100.0	38	97.4	53	98.1
Pulso y Frec. Card.	1	6.7	2	5.1	3	5.5
Fontanela	10	66.7	21	53.8	31	57.4

Fuente: Formulario #4.

considerada como importante por el 46.7% de los Médicos de Urgencia en comparación al 33.3% de los Médicos de la Consulta Externa.

El llenado capilar era evaluado por el 46.7% de los Médicos de Urgencia en comparación al 12.8% de los Médicos de la Consulta Externa. Los ojos hundidos y la presencia de lágrimas eran evaluados por el 100% de los Médicos de Urgencia y el 84.6% de los Médicos de la Consulta Externa.

La evaluación de la mucosa oral y la lengua fue referida por el 93.3% de los Médicos de Urgencia y el 94.9% de los de la Consulta Externa.

La respiración era evaluada por el 6.7% de los Médicos de Urgencia y sólo el 2.6% de los de la Consulta Externa.

La valoración del signo del pliegue fue considerada importante por el 100% de los Médicos del Cuarto de Urgencia y por el 97.4% de los Médicos que laboraban en la Consulta Externa.

La fontanela era evaluada por el 66.7% de los Médicos que trabajaban en el Cuarto de Urgencia en comparación al

53.8% de los que trabajaban en la Consulta Externa.

En el Cuadro No. 25 se muestra el conocimiento que tienen los Médicos encuestados acerca del tratamiento de la deshidratación con SRO o líquidos parenterales, según el tipo de Médico.

Se encontró que sólo el 16.7% de todos los Médicos encuestados trataban a los niños con algún grado de deshidratación en la Instalación de Salud. La gran mayoría (83.4%) manejaba las deshidrataciones leves en el hogar. Entre los diferentes Profesionales se encontró que de los Pediatras un 18.4% trataba las deshidrataciones leves en el Local de Salud, en los Médicos Generales lo hacía un 7.7% y de los Médicos Internos un 33.3%.

El 63% de los Médicos entrevistados conocía las cantidades correctas a recetar de SRO para tratar la deshidratación por diarrea. De los Médicos Pediatras las conocía el 57.9% de los Médicos Generales el 69% y de los Internos el 100%.

El 100% de los Médicos encuestados refirió admitir a los pacientes con deshidratación severa para darle tratamiento en el Establecimiento de Salud o referirlo al hospi-

Cuadro #25. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre la rehidratación con SRO o líquidos intravenosos, según tipo de Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

AREA DE CONOCIMIENTO	CLASE DE MEDICO							
	Pediatra n=38		General n=13		Interno n=3		TOTAL n=54	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Trata con algún signo de deshid.	7	18.4	1	7.7	1	33.3	9	16.7
Cantidad correcta de SRO	22	57.9	9	69.0	3	100.0	34	63.0
Trata con deshidratación severa	38	100.0	13	100.0	3	100.0	54	100.0
Cantidad de suero IV correcta	10 6NA	* 31.2	3 1NA	* 25.0	- 3NA	NA	* 13	* 29.5

SRO= Sales de Rehidratación Oral.
IV= Intravenoso
NA= No Aplica. No responsables de hidrat. parenteral.
*= Porcentajes calculados en base a los responsables de dar hidratación parenteral

Fuente: Formulario #4.

tal de ser necesario.

Al indagar sobre las cantidades correctas de soluciones intravenosas utilizadas para la rehidratación, en las deshidrataciones graves, sólo un 29.5% del total de los Médicos encuestados las conocía. Entre los Pediatras este porcentaje fue el 31.2% y entre los Médicos Generales fue de 25%. Los Médicos Internos del Cuarto de Urgencia Pediátrica del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid (CHAAM) no eran los responsables de calcular los líquidos intravenosos de los pacientes deshidratados. En algunas Policlínicas (Calidonia, Presidente Remón), los Médicos Pediatras refirieron no estar acostumbrados a dar rehidratación parenteral en la Instalación, sino a referir éstos casos al hospital, por lo cual no eran los responsables de administrar estas soluciones.

El Cuadro No. 26 muestra la misma información pero relacionada al servicio donde trabajaban los Médicos Encuestados. Se encontró que el 20% de los Médicos de Urgencia trataban en el Establecimiento de Salud los casos con algún signo de deshidratación, en comparación a un 15.4% de los Médicos de la Consulta Externa.

Cuadro #26. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre la rehidratación con SRO o líquidos intravenosos, según servicio donde labora. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

AREA DE CONOCIMIENTO	SERVICIO					
	CTO. URGENCIA n=15		CONS. EXTERNA n=39		TOTAL n=54	
	#	%	#	%	#	%
Trata con algún signo de deshid.	3	20.0	6	15.4	9	16.7
Cantidad correcta de SRO	12	80.0	22	56.4	34	63.0
Trata con deshidratación severa	15	100.0	39	100.0	54	100.0
Cantidad de suero IV correcta	5 4NA	* 45.4	8 6NA	* 24.2	13 10NA	* 29.5

SRO= Sales de Rehidratación Oral.
IV= Intravenoso
NA= No Aplica. No responsables de hidrat. parenteral.
*= Porcentajes calculados en base a los responsables de dar hidratación parenteral

Fuente: Formulario #4.

Los Médicos del Cuarto de Urgencia conocen mejor (80%) las cantidades correctas de sales de rehidratación oral (SRO) para tratar la deshidratación debida a diarreas que los Médicos de la Consulta Externa (56.4%).

En ambos servicios el 100% de los Médicos sabía que debían manejarse las deshidrataciones graves en las Instalaciones de Salud.

Los Médicos de Urgencia conocían las cantidades correctas para la rehidratación parenteral mejor (45.4%) que los de la Consulta Externa (24.2%).

Los Cuadros No. 27 y No. 28 se refieren al conocimiento de los Médicos encuestados sobre los consejos correctos que deben darse al encargado del niño con diarrea.

Vemos en el Cuadro No. 27 que sólo el 5.5% de los Médicos entrevistados aconsejaba correctamente en lo que se refiere a las SRO (sus funciones, cantidades a administrar, como se preparan y verificar que el encargado haya entendido). En relación a este punto, sólo el 7.9% de los Pediatras aconsejaba correctamente. Ninguno de los Médicos Generales ni Internos entrevistados lo hacía correctamente.

Cuadro # 27. Conocimiento de los médicos tratantes de niños con diarrea, sobre los consejos correctos que deben darse al encargado del niño, según clase de Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

ÁREAS DE CONOCIMIENTOS Programa CED	CLASE DE MEDICO							
	Pediat. n=38		General n=13		Interno n=3		TOTAL n=54	
Consejos sobre:	#	%	#	%	#	%	#	%
Instrucciones sobre las SRO (contenido)	3	7.9	0	0	0	0	3	5 5
Instrucciones sobre las SRO (método)	38	100	13	100	3	100	54	100.0
Tratamiento en casa del niño sin deshidrat.	15	39.5	5	38.5	1	33.3	21	38.9
Prevención de la diarrea	34	89.5	12	92.3	3	100	49	90.7

Fuente: Formulario #4 SRO= Sales de rehidratación oral

Cuadro #28. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre los consejos correctos que deben darse al encargado del niño, según servicio donde labora el Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

ÁREA DE CONOCIMIENTO Programa CED	SERVICIO					
	C.Urgencia n=15		C. Externa n=39		TOTAL n=54	
Consejos sobre:	#	%	#	%	#	%
Instrucciones sobre las SRO (Contenido)	0	0	3	7.7	3	5.5
Instrucciones sobre las SRO (Método)	15	100.0	39	100.0	54	100 0
Tratamiento en casa del niño sin deshidratación	5	33.3	16	41.0	21	38.9
Prevención de la diarrea	14	93.3	35	89.7	49	90.7

Fuente: Formulario #4. SRO= Sales de Rehidrat. Oral

Sobre el método empleado para dar las instrucciones sobre la preparación de las sales, el 100% de los Médicos refirió dar las instrucciones orales, sin ningún tipo de demostración. Muy pocos daban algún folleto ilustrativo.

En lo que se refiere a los consejos dados para el manejo en casa del niño con signos de deshidratación, el 38.9% de los Médicos encuestados refirió dar consejos sobre la alimentación durante y después de la diarrea y de cuando debía traerse al niño al Trabajador de Salud (si presentaba signos de deshidratación, muchas deposiciones, fiebre, no come o bebe normalmente o no mejora). Estos consejos correctos los dieron el 39.5% de los Pediatras, el 38.5% de los Médicos Generales y el 33.3% de los Internos.

Acerca de los consejos dados para prevenir la diarrea vemos que el 90% de los Médicos encuestados conocía por lo menos un área de prevención de la diarrea (nutrición adecuada, uso de agua limpia e higiene). El 100% de los Médicos Internos conocía los consejos correctos a dar para prevenir las diarreas. El 92.3% de los Médicos Generales los conocía y de los Pediatras el 89.5%.

Al evaluar los consejos dados según el servicio donde

laboran los Médicos (Cuadro No. 28) vemos que ninguno de los del Cuarto de Urgencia conocía los consejos correctos sobre la finalidad, cantidades, preparación y verificación de la comprensión del familiar. El 7.7% de los Médicos de la Consulta Externa sí aconsejaba correctamente al respecto.

Ambos grupos de Médicos utilizaban el método oral para dar las instrucciones sobre la preparación de las sales.

Los consejos sobre el tratamiento en casa del niño sin deshidratación se daban correctamente por el 41% de los Médicos de la Consulta Externa y por el 33.3% de los de Urgencia.

El 93.3% de los Médicos de Urgencia conocía correctamente los consejos que se deben dar para la prevención de la diarrea. entre los Médicos de la Consulta Externa este porcentaje fue de 89.7%.

En los Cuadros No. 29 y No. 30 se detalla el contenido correcto que deben tener las instrucciones sobre las sales de rehidratación oral (SRO) que se dan al encargado del niño con diarrea.

En el Cuadro No. 29 vemos que sólo un 20.4% de todos

Cuadro # 29. Conocimiento de los médicos tratantes de niños con diarrea, sobre el contenido de las instrucciones acerca de las Sales de Rehidratación Oral, que deben darse al encargado del niño, según clase de Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992

ÁREAS DE CONOCIMIENTOS Programa CED	C L A S E D E M E D I C O							
	Pediat. n=38		General n=13		Interno n=3		TOTAL n=54	
Contenido de las instrucciones sobre SRO	#	%	#	%	#	%	#	%
Explica que SRO reemplaza pérdida líquidos	9	23.7	2	15 4	0	0	11	20.4
Explica o demuestra cuanto dar de SRO	31	81.6	11	84.6	3	100	45	83.3
Da instrucciones de como preparar las SRO	38	100	13	100	3	100	54	100
Verifica encargado entienda instrucciones	4	10.5	0	0	1	33.3	5	9.2

SRO= Sales de Rehidratación Oral

Fuente: Formulario #4.

los Médicos explica que las SRO reemplazan las pérdidas de líquidos provocadas por la diarrea. Ninguno de los Internos contestó esto adecuadamente, en comparación a un 15.4% de los Médicos Generales y a un 23.7% de los Pediatras.

El 83.3% de los Médicos explica correctamente cuanto de SRO se debe dar. De los Pediatras el 81.6% lo conoce, de los Médicos Generales el 84.6% y de los Médicos Internos el 100%.

El 100% de los Médicos conocía perfectamente las instrucciones para preparar las sales de rehidratación oral.

Sólo el 9.2% de los Médicos verificaba que el encargado hubiera comprendido sus explicaciones. Esto correspondía al 10.5% de los Pediatras, al 0% de los Médicos Generales y al 33.3% de los Internos.

Al relacionarlo con el lugar donde laboran (Cuadro No. 30), vemos que el 6.7% de los Médicos de Urgencia explicaban las funciones de las SRO versus un 25.6% de los Médicos de la Consulta Externa.

El 93.3% de los Médicos del Cuarto de Urgencia encues-

Cuadro #30. Conocimiento de los Médicos tratantes de niños con diarrea, sobre el contenido de las instrucciones acerca de las Sales de Rehidratación Oral que deben darse al encargado, según servicio. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

ÁREA DE CONOCIMIENTO Programa CED	S E R V I C I O					
	C.Urgencia n=15		C. Externa n=39		TOTAL n=54	
Contenido de las instrucciones sobre SRO	#	%	#	%	#	%
Explica que SRO reemplaza pérdida líquidos	1	6.7	10	25.6	11	20.4
Explica o demuestra cuanto dar de SRO	14	93.3	31	79.5	45	83.3
Da instrucciones como preparar las SRO	15	100.0	39	100.0	54	100.0
Verifica encargado entienda instrucciones	1	6.7	4	10.2	5	9.2

SRO = Sales de Rehidratación Oral.

Fuente: Formulario #4.

tados explicaba correctamente cuando dar de SRO. En la Consulta Externa éste porcentaje correspondía a un 79.5%.

Sólo el 10.2% de los Médicos que laboran en la Consulta Externa verificaba que el encargado entendiera las instrucciones. En el Personal del Cuarto de Urgencia también fue mínimo el porcentaje (6.7%) de Médicos que verificaba este hecho.

El manejo correcto en el hogar, del niño con diarrea pero sin signos de deshidratación, comprende básicamente las recomendaciones sobre la dieta durante y después de la diarrea (continuar dando líquidos y alimentos y amamantar más frecuentemente) y los consejos acerca de cuando se debe traer el niño al Médico o al Trabajador de Salud (cuando no mejora, tiene fiebre, las evacuaciones son muy abundantes, presenta los ojos hundidos, está muy sediento, decaido o somnoliento, mucha sed u orina escasa u otro signo de deshidratación).

En los Cuadros No. 31 y No. 32 se presenta la información sobre el conocimiento de los Médicos estudiados, al aconsejar a los padres del niño con diarrea, pero sin deshidratación.

Cuadro # 31. Conocimiento de los médicos tratantes sobre los consejos que deben darse al encargado del niño con diarrea pero sin deshidratación, acerca del manejo de éste en el hogar, según clase de Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

ÁREAS DE CONOCIMIENTOS Programa CED	CLASE DE MEDICO							
	Pediatra n=38		General n=13		Interno n=3		TOTAL n=54	
Consejos sobre:	#	%	#	%	#	%	#	%
Dieta durante y después de la diarrea	29	76.3	9	69 2	1	33.3	39	72.2
Cuando traer al niño al trabajador de salud	21	55.3	6	46.1	2	66.7	29	53.7

Fuente: Formulario #4.

Cuadro #32. Conocimiento de los Médicos tratantes sobre los consejos que deben darse al encargado del niño con diarrea pero sin deshidratación, acerca del manejo de éste en el hogar, según servicio donde labora el Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992

ÁREA DE CONOCIMIENTO Programa CED	SERVICIO					
	C.Urgencia n=15		C. Externa n=39		TOTAL n=54	
Consejos sobre:	#	%	#	%	#	%
Dieta durante y después de la diarrea	9	60.0	30	76.9	39	72.2
Cuando traer al niño al trabajador de salud	8	53.3	21	53.8	29	53.7

Fuente: Formulario #4

En el No. 31 vemos que el 72.2% de los entrevistados daban consejos adecuados sobre la dieta durante y después de la diarrea. Esto correspondía a un 76.3% de los Pediatras, un 69.2% de los Médicos Generales y un 33.3% de los Internos. Los consejos sobre cuando se debe traer al niño al Trabajador de Salud eran conocidos correctamente por el 53.7% de los Médicos entrevistados. Entre los Médicos Internos los conocía un 66.7% de ellos, un 55.3% de los Pediatras los conocía completa y correctamente y de los Médicos Generales un 46.1%. El Cuadro No. 32 nos muestra que los Médicos de la Consulta Externa conocen mejor los consejos que dar sobre la dieta durante y después de la diarrea (76.9%) a los niños con diarrea, que los Médicos de Urgencia (60%). Respecto a los consejos sobre cuando traer al niño al Médico, contestaron correctamente el 53.3% de los Médicos de Urgencia e igualmente el 53.8% de los Médicos de la Consulta Externa.

El Cuadro No. 33 detalla los resultados del conocimiento de las medidas preventivas que se deben promover para evitar las diarreas. Se encontró que las medidas menos recomendadas por los Médicos del estudio eran aquellas relacionadas a una nutrición adecuada (13%), lo que comprende la lactancia materna exclusivamente durante los primeros cuatro

Cuadro # 33. Conocimiento de los Médicos tratantes sobre los consejos que deben darse al encargado del niño con diarrea de como prevenir esta enfermedad, según clase de Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992 .

ÁREAS DE CONOCIMIENTOS Programa CED	CLASE DE MEDICO							
	Pediatra n=38		General n=13		Interno n=3		TOTAL n=54	
Consejos sobre:	#	%	#	%	#	%	#	%
Nutrición Adecuada	6	15.8	0	0	1	33.3	7	13.0
Uso de Agua Limpia	16	42.1	10	76.9	1	33.3	27	50.0
Higiene Adecuada	34	89.5	12	92.3	3	100	49	90.7

Fuente: Formulario #4.

Cuadro #34. Conocimiento de los Médicos tratantes sobre los consejos que deben darse al encargado del niño con diarrea de como prevenir esta enfermedad, según servicio donde labora el Médico. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

ÁREA DE CONOCIMIENTO Programa CED	SERVICIO					
	C.Urgencia n=15		C. Externa n=39		TOTAL n=54	
Consejos sobre:	#	%	#	%	#	%
Nutrición Adecuada	2	13.3	5	12.8	7	13.0
Uso de Agua Limpia	9	60.0	18	46.1	27	50.0
Higiene Adecuada	14	93.3	35	89.7	49	90.7

Fuente: Formulario #4

meses de vida, el continuar amamantando al niño hasta el primer año y añadir comidas de destete a los cuatro meses. Entre los diferentes Médicos, los Médicos Internos fueron los que más la recomendaron (33.3%), luego los Pediatras (15.8%) y de los Médicos Generales ninguno recomendó la nutrición adecuada como una forma de prevenir la diarrea.

El uso de agua limpia para prevenir la diarrea fue considerada por el 50% de los Médicos encuestados. Entre los Médicos Internos fue mencionado por un 33.3%, entre los Pediatras un 42.1% y fueron los Médicos Generales quienes la consideraron mayormente (76.9%) como una medida útil para prevenir la diarrea.

La higiene adecuada (lavado de manos, preparación adecuada de los alimentos, eliminación sanitaria de las heces, entre otras) fue recomendada por el 90.7% de los Médicos entrevistados. Un 89.5% de los Pediatras la recomendó, un 92.3% de los Médicos Generales y el 100% de los Internos la aconsejó como una forma eficaz de prevenir estas enfermedades.

Casi no hubo diferencia entre el porcentaje de Médicos que aconsejaban una nutrición adecuada en el servicio de

Urgencia (13.3%) y los de Consulta Externa (12.8%). En el uso de agua limpia fue recomendada mayormente por los Médicos de Urgencia (60%) que por los de la Consulta Externa (46.1%). El 93.3% de los Médicos de Urgencia refirieron aconsejar las medidas de higiene para prevenir la diarrea. En la Consulta Externa un 89.7% de los encuestados manifestó recomendarlas (Cuadro No.34).

E. Formulario No. 5: ESTABLECIMIENTOS Y SUMINISTROS:

Como se explicó en la metodología, se estudió al 100% de las instalaciones de la Caja de Seguro Social en las áreas Metropolitana y San Miguelito, lo que incluía siete Policlínicas y un Hospital, para sumar ocho Instalaciones en total.

En el Cuadro No. 35 se presentan los resultados. Se detectó que de las ocho Instalaciones encuestadas, cuatro no tenían un área para dar terapia de rehidratación oral (TRO), no contaban con espacio suficiente para una posible instalación de ésta área y, por supuesto, tampoco tenían equipo para dar esta atención. Las Instalaciones en esta situación eran: el Cuarto de Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid (CHAAM), la Policlínica de Santa Librada, Policlínica Presidente Remón y la Policlínica de San Miguelito.

Cuatro de las ocho instalaciones refirieron problemas ocasionalmente por escasez de los antibióticos usados en el tratamiento de la disentería (Pol. Presidente Remón, Santa Librada, Calidonia y Juan Díaz). También cuatro Instalaciones refirieron problemas en algunas ocasiones, por desabastecimiento de sueros intravenosos, principalmente solución salina normal (SSN), o presentaciones inadecuadas como lo son las venoclisis de 1000cc para niños del Cuarto de Urgencia Pediátrica del CHAAM. Otras policlínicas con problema similar fueron: Juan Díaz, Presidente Remón y Bethania.

Tres de las ocho Instalaciones manifestaron haber tenido déficit de sobres de sales de rehidratación oral (SRO) en alguna ocasión (CHAAM, San Miguelito, Santa Librada). En el momento de la encuesta todas contaban con sobre suficientes. Una de las ocho Instalaciones (Pol. Presidente Remón), no tenía un lugar adecuado para almacenar las SRO, lo cual se debía a la remodelación que sufría el edificio. En todas las otras Instalaciones las cajas de SRO estaban almacenadas en lugares secos y en condiciones óptimas.

Al evaluar la **Educación en Salud** que se brindaba en los establecimientos, encontramos los resultados en el Cuadro

Cuadro #35. Problemas detectados con los Establecimientos y Suministros. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	ESTABLECIMIENTOS n-8
No hay área para Terapia de Rehidratación Oral (TRO)	4 de 8
Escasez de espacio y equipo para TRO	4 de 8
Antibióticos insuficientes ocasionalmente para Tx. de disentería	4 de 8
Suero IV y equipo de venoclisis insuficiente, ocasionalmente	4 de 8
Sales de Rehidratación Oral (SRO) insuficientes, ocasionalmente	3 de 8
Presentación inadecuada de sol. intravenosas, ocasionalmente	1 de 8
Almacenamiento inadecuado de las SRO	1 de 8

Fuente: Formulario # 5

No. 36.

Ninguno de los establecimientos encuestados (8/8) contaba con material educativo (ej. folletos) para entregar a los pacientes. Una de las ocho instalaciones no contaba con afiches educativos referentes a la diarrea o cólera. Las otras Instalaciones contaban con material (afiches, rotafolios, murales, videos, etc.), que demostró ser correcto y apropiado a la población a la cual iba destinada.

Encontramos que siete (7/8) de los establecimientos tenían regulares de docencia intrainstitucional, tanto para el personal que labora en ellas como para la Comunidad. Sólo en la Policlínica de Calidonia esta actividad se daba en forma irregular (1/8).

Además, se comprobó que todas las Instalaciones contaban con guías de evaluación y tratamiento del cólera, las cuales eran útiles también para las otras diarreas.

Al evaluar la **Organización y Supervisión** del establecimiento (Cuadro No. 37), encontramos que en siete (7/8) de las Instalaciones los registros médicos se llenaban de una forma inadecuada. El Cuarto de Urgencia Pediátrica del CHAAM fue la única Instalación donde los expedientes médicos

Cuadro #36. Problemas detectados con los Programas y Materiales de Educación en Salud. CSS. Área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	ESTABLECIMIENTOS n=8
No hay folletos educativos para dar a los pacientes	8 de 8
Educación en Salud irregular	1 de 8
No hay afiches de prevención de la diarrea	1 de 8

Fuente: Formulario #5

Cuadro #37. Problemas con la Organización y Supervisión del Establecimiento. CSS. área Metropolitana y San Miguelito. 1992.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	ESTABLECIMIENTOS n=8
Registros médicos inadecuados	7 de 8
Personal Insuficiente	3 de 8
Falta transporte para referir pacientes	2 de 8
Gran demanda de atención diaria	1 de 8
No hay o no se usan estadísticas sobre diarrea	0 de 8

Fuente: Formulario #5

contenían una buena calidad y cantidad de información que nos permitiese valorar lo adecuado o no del manejo de los casos de diarrea.

Tres (3/8) de los establecimientos encuestados refirió tener personal insuficiente para el manejo adecuado de los casos de diarrea. Urgencias Pediátricas del CHAAM reportó escasez de Médicos Internos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería. Las otras dos afectadas refirieron necesitar más Personal Auxiliar y Aseadores (San Miguelito y San Francisco).

Dos de los establecimientos encuestados reportaron tener dificultad al referir pacientes, pues no cuentan con transporte ni ambulancia (Pol. Calidonia) o el servicio es deficiente (PPR).

Solamente una (1/8) manifestó como problema la gran demanda diaria de atención para el escaso Personal con que cuentan. Este fue el Cuarto de Urgencia Pediátrica del CHAAM.

Al investigar sobre la disponibilidad de estadísticas sobre las diarreas, encontramos que el 100% de las Instala-

ciones contaban con datos estadísticos al respecto (frecuencia semanal de enfermedades diarreicas por grupo etareo) que sirven para la vigilancia epidemiológica y la planeación de recursos. Sólo la Pol. Presidente Remón no tenía sus estadísticas actualizadas por los problemas de remodelación del edificio antes mencionado.

CAPITULO VIII

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

A. Revisión de Expedientes Clínicos:

Al evaluar los expedientes clínicos se demostró que estos no contienen la cantidad ni la calidad de información necesaria para poder evaluar el manejo que se da a la enfermedad diarreica en las Instalaciones de Salud. En muchas Policlínicas no existen formularios especiales para la atención de casos y los Médicos hacen sus anotaciones en hojas en blanco con letra muchas veces ilegible. Sólo los expedientes de los pacientes atendidos en el Cuarto de Urgencia Pediátrica del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid, atendidos por los Médicos Internos, presentaban información correcta sobre la evaluación y el manejo dado a los pacientes con diarrea. Esto puede explicarse debido a que es un personal en formación, que recibe docencia constantemente y que igualmente, es supervisado y calificado regularmente.

A pesar de que la mayoría de los expedientes no aportaba suficiente información, sí se pudo constatar un 20% (cifra que debe ser mayor por el subregistro), de uso incorrecto de antibióticos y otras drogas en el tratamiento de las diarreas. Si consideramos que desde 1991 y con mayor énfasis desde la introducción del cólera al país (septiembre

1991), se ha insistido en el manejo correcto de las diarreas con el uso apropiado de antibióticos para los casos indicados y el no uso de antieméticos, antiespasmódicos ni antidiarreicos, pensamos que anteriormente el porcentaje de mal uso de estos medicamentos era aún mayor.

Entre los expedientes que sí contaban con la información al respecto, se encontró que los antimicrobianos más usados eran: el metronidazol, el trimetropin-sulfatoxazol y la penicilina.

Las otras drogas mayormente recetadas, según los expedientes que contenían la información fueron: antieméticos (metoclopramida) y antidiarreicos (caolín y pectina, atapulgita y fenoxilato), en ese orden.

B. Observación del Manejo de Casos:

En los días y horarios estipulados para la encuesta acudieron sólo 12 casos de niños con diarrea. De estos niños, sólo la mitad (6/12) fueron evaluados correctamente detectándose que la mayoría no presentaba ningún grado de deshidratación. Tres de ellos presentaron deshidratación leve a moderada y ninguno presentó deshidratación grave. Ninguno de los casos que presentaron deshidratación fueron

rehidratados correctamente.

Ninguno de los encargados de los niños con diarrea fue aconsejado correctamente por el Médico Tratante sobre como se debía tratar la diarrea en el hogar, lo cual incluía: dar más líquidos de lo usual, preparación y administración de sales de rehidratación oral, alimentación durante y luego del episodio diarreico y los signos de alarma para llevar al niño al Médico.

En muchas ocasiones las diarreas se presentan concomitante o como sintomatología de otra enfermedad, frecuentemente viral, pero sólo cuatro (4/12) de los pacientes observados fueron indagados por la presencia de otra enfermedad.

El estado nutricional, que se ve afectado negativamente en los niños con diarrea fue muy poco evaluado (3/12) en los casos observados. Una de las razones expresadas fue la falta de personal auxiliar para pesar a los pacientes.

El uso de otros medicamentos como los antidiarreicos, antieméticos o antiespasmódicos fue bajo en los casos observados (2/12).

Al relacionar el manejo de la enfermedad diarreica con el servicio donde laboraba el Médico Tratante (Consulta Externa en comparación al Cuarto de Urgencia), no se observó diferencia en cuanto a los siguientes indicadores:

- Casos evaluados correctamente.
- Casos rehidratados correctamente.
- Encargados aconsejados correctamente.
- No disentería - no antibiótico

Se observó que la presencia de otra enfermedad concomitante fue mayormente evaluada por los Médicos de la Consulta Externa que por los del Cuarto de Urgencia. Igualmente el estado nutricional del niño fue evaluado más frecuentemente por los Médicos de la Consulta Externa que por los del Cuarto de Urgencia.

Estos resultados reflejan la situación de muchos cuartos de urgencia donde la demanda de atención es alta y el Personal escaso, lo que obliga a los Médicos a enfocar el tratamiento en la sintomatología más apremiante sin indagar por otras enfermedades o sin evaluar el estado nutricional del niño.

Se observó que los Médicos de la Consulta Externa recetaron menos medicamentos para la diarrea no disentérica que

los que trabajaban en un Cuarto de Urgencia. Posiblemente los Médicos en los Cuartos de Urgencia ante la mayor severidad de los casos y la presión de los familiares, optan por recetar antibióticos u otro medicamento.

En cuanto a los encargados, quienes ninguno fue aconsejado correctamente ni por los Médicos de Urgencia ni por los de la Consulta Externa, esto podría reflejar que a pesar de tener más tiempo para la orientación del familiar y menos tensión, el Personal de la Consulta Externa no invierte mayor tiempo o no aconseja correctamente a los encargados del niño sobre el manejo de las diarreas en el hogar.

Al relacionar los mismos indicadores de acuerdo a la especialidad del Médico que atendió los casos de diarreas se encontró que todos los casos atendidos por Médicos Internos fueron correctamente evaluados. Nuevamente esto podría explicarse a su actualización, docencia, supervisión y evaluación permanente. De los casos atendidos por los Pediatras, sólo se evaluó bien a la mitad de ellos y ninguno de los atendidos por los Médicos Generales fue bien evaluado.

Ninguno de los tres tipos de Profesionales supo rehidratar correctamente a sus pacientes con deshidratación leve-moderada. Tampoco hubo diferencia en la capacidad para

aconsejar al familiar del niño, ya que ninguno lo hizo adecuadamente.

No hubo diferencias entre la administración de antibióticos a diarreas no disentéricas entre los distintos tipos de médicos. Ninguno lo recetó.

Tampoco hubo diferencias entre la evaluación de otras enfermedades concomitantes, siendo investigadas en igual proporción (1/3) por cada tipo de Profesional.

Ninguno de los Médicos Internos recetó otra droga a sus pacientes, en comparación a los Médicos Generales quienes las recetaron más frecuentemente (1/3). La mayoría de los Pediatras tampoco recetó ninguna otra droga para tratar las diarreas. Creemos que la intensiva campaña contra el no uso de los antibióticos ni antidiarreicos, propiciada por el cólera, está teniendo efecto entre el Personal Médico.

Al analizar más detalladamente la evaluación que se hacía a los niños con diarrea encontramos que existe deficiencia en la anamnesis, en muchas ocasiones no se preguntó por la sed, la orina y la presencia de sangre en las heces; preguntas que son importantes para orientar el grado de

deshidratación que presenta y el tratamiento que debe recibir el paciente.

En cuanto al examen que realiza el Médico, se detectaron faltas al examinar: la fontanela, la apariencia general y los ojos y/o lágrimas, los cuales fueron los parámetros menos examinados en los pacientes observados. El signo del pliegue, considerado como uno de los más importantes para determinar el grado de deshidratación, no fue evaluado en cuatro de los doce casos atendidos. Se observó que el Médico evaluaba muy poco el estado nutricional, el peso y la temperatura.

C. Entrevista al Encargado del Niño:

Al analizar los resultados se encontró que todos los encargados o familiares de los niños conocían al menos una medida de prevención de las diarreas, por ejemplo: uso de agua limpia, higiene personal, buena manipulación de alimentos, adecuada eliminación de excretas, etc..

Menos de la mitad de los encuestados (5/12) conocía como se deben preparar y administrar las sales de rehidratación oral (SRO).

La encuesta reveló que más de la mitad de los encuestados (7/12) conocía las medidas para manejar correctamente las diarreas en el hogar: dar más líquidos de los usual, alimentación durante y después de la diarrea, utilización de SRO, los signos de alarma para llevar el niño a la Instalación de Salud. Al evaluar el número de encargados que tenían un conocimiento satisfactorio en las tres áreas, se encontró que eran sólo cinco de los doce (5/12).

Consideramos que la proporción de encargados que no sabían preparar y administrar correctamente las sales de rehidratación oral (7/12) es aún alto. Es importante resaltar que de nada sirve aumentar las tasas de acceso a las SRO y el convencer a los médicos de que lasreceten, si las madres o encargados no saben prepararlas ni usarlas correctamente, lo cual puede ser peligroso al catalogarlas como inefectivas y descontinuar entonces, su uso. Por lo tanto, la capacitación al Personal de Salud debe tener entre sus prioridades la consejería correcta al encargado del niño con diarrea sobre las SRO: sus objetivos, preparación y dosificación y la verificación de que el encargado haya comprendido el mensaje.

D. Entrevista al Personal de Salud:

La entrevista cubrió sólo a Personal Médico, ya que ellos son quienes atienden los casos de diarrea en las instalaciones estudiadas.

Se logró entrevistar a 38 Pediatras, 13 Médicos Generales y 3 Médicos Internos para sumar 54 Médicos. De ellos, 15 laboraban en Cuartos de Urgencia y 39 en la Consulta Externa. En este grupo estaban incluídos los 12 Médicos a los cuales se había observado previamente tratando a niños con diarrea (Formulario No. 2).

Al evaluar el conocimiento que tenían estos Profesionales sobre el manejo de la enfermedad diarreica, encontramos que sólo un 42.6% del total conocía los parámetros que comprendía una evaluación correcta del paciente con diarrea (lo que debe preguntar, lo que debe examinar), lo cual coincide con lo observado en la práctica, donde el 50% de los casos atendidos fue evaluado correctamente. No existió diferencia notable en el conocimiento en esta área cuando se comparó según los diferentes tipos de Profesionales Médicos y según el servicio donde laboraban. En el Cuadro No. 38 se compara lo que se observó en la práctica con el conocimiento que poseía el Personal Médico.

Cuadro #38. Comparación entre el Conocimiento Médico y la Práctica Médica, según los Indicadores CED de la OPS/ OMS. CSS. Áreas Metropolitana y San Miguelito. 1992.

INDICADOR CED OPS/OMS	M E D I C O S			
	CONOCIMIENTO n=54		PRÁCTICA n=12	
	#	%	#	%
Casos de diarrea evaluados correctamente	23/54	42.6	6/12	50.0
Casos de diarrea rehidratados correctamente. SRO o IV	3/54	5.5	0/3 +	0.0
Encargados aconsejados correctamente sobre tratamiento en el hogar	2/54	3.7	0/11 *	0.0
OTROS INDICADORES				
Diarreas NO disentéricas tratadas sin antibióticos	32/54	59.3	12/12	100 0
Casos en que se evaluó la presencia de otra enfermedad	33/54	61.1	4/12	33.3
Casos donde NO se usó otra droga para la diarrea	40/54	74.1	10/12	83.3

+ 3 pacientes presentaron deshidratación
* 1 paciente fue hospitalizado.

Fuente: Formularios #2 y #4

El porcentaje de Médicos que conocía correctamente como se llevaba a cabo una rehidratación tanto oral como intravenosa fue mínimo (5.5%), lo que concordó con la práctica, donde se observó que ningún paciente (0%) fue rehidratado correctamente. En este aspecto tampoco se encontró diferencia asociada a los diferentes tipos de Médicos ni a los lugares donde trabajaban.

La mayoría de los Médicos encuestados no conocía los consejos correctos y completos que deben darse al encargado del niño con diarrea, sobre el tratamiento de esta enfermedad en el hogar. Sólo el 3.7% de los encuestados los conocía. Igualmente en la observación del manejo de casos se vió que ningún encargado (0%) fue aconsejado correctamente. En este aspecto tampoco se encontró diferencias entre las distintas categorías evaluadas.

Sin mostrar diferencias entre los grupos estudiados, la mayoría de los galenos entrevistados (77.8%), mostró conocer el manejo correcto de la disentería. Este dato no se pudo comparar con la práctica médica ya que ninguno de los casos de diarrea atendidos presentaba disentería.

En cuanto a no administrar antibióticos a las diarreas

no disentéricas, se observó que un 59.3% de los encuestados conocía este hecho en comparación a un 40.7% que sí refirió recetarlos. Sin embargo en la práctica se observó que el 100% de los casos atendidos, que no eran disenterías, no recibieron ningún antibiótico. No hubo diferencias entre los grupos en estudio.

Más de la mitad de los Médicos encuestados (61.1%) sabía que debía investigar por otras enfermedades concomitantes a la diarrea, pero en la observación de casos atendidos, sólo un 33.3% de los enfermos fueron evaluados por la presencia de otra enfermedad. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el conocimiento en esta área por tipo de Médico, pero sí al relacionarlo según el servicio donde laboraban: fue mayor el porcentaje de Médicos de la Consulta Externa que investigaba por otra enfermedad concomitante, en comparación al de los Cuartos de Urgencia ($p = 0.048$).

La mayoría de los médicos (74.1%) conocía que no debía administrarse otros medicamentos (ej. antidiarreicos, antieméticos, antiespasmódicos, etc.) a las diarreas, lo cual coincidió con la práctica, donde el 83.3% de los casos atendidos no recibió otra droga. Se observó que los Médicos Pediatras conocían mejor este hecho que el grupo de Médicos

Generales e Internos, quienes los recetaban más frecuentemente. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.015$). También se observó una diferencia significativa ($p = 0.042$) al comparar el conocimento de los Médicos del Cuarto de Urgencia versus los de la Consulta Externa en esta área: los Médicos que laboran en Cuartos de Urgencia refirieron recetar mayormente otros medicamento que lo que manifestaron los de la Consulta Externa. Como se explicó anteriormente, esto puede deberse a la presión por parte de los familiares del niño enfermo o a la falta de conocimiento del Médico tratante.

Procederemos a analizar más detalladamente los indicadores estudiados. Una evaluación correcta del paciente con diarrea comprendía: preguntar el número de días con diarrea, preguntar si había o no sangre en las heces y preguntar y examinar por signos de deshidratación (sed, orina, mucosa oral, ojos, lágrimas, signo del pliegue y otros). Se encontró que la mayoría de los Médicos, independientemente del tipo de Médico o servicio donde laborara solía preguntar por el número de días con diarrea y por la presencia de sangre en las heces, lo cual presentó similares resultados en los casos que se observaron.

Se detectó fallas en el conocimiento de los Médicos en relación a qué preguntas sobre la sed y la orina pueden orientar sobre el estado de deshidratación del paciente. Anteriormente, durante la observación del manejo de casos, también se mostró que la mayoría de los médicos no habían preguntado al respecto.

En cuanto a los signos a examinar para determinar el estado de hidratación, la mayoría de los Médicos refirió que era importante examinar el signo del pliegue, la mucosa oral y lengua y los ojos y lágrimas principalmente. No consideraron importante la evaluación de la respiración, el pulso o la frecuencia cardíaca con signos que orientaran sobre deshidratación o no. Los resultados fueron similares en los diferentes grupos estudiados. En la práctica se había observado que la mayoría de los Médicos sí examinaba la respiración y la frecuencia cardíaca, lo cual nos lleva a pensar que se hace de rutina, como parte del examen general, pero sin considerarlos como signos importantes de evaluar para determinar estado de hidratación. En los casos cuyo manejo se observó, los signos menos evaluados fueron la fontanela y la apariencia general.

Al analizar más detalladamente los conocimientos de los diferentes Médicos sobre la rehidratación tanto oral como

intravenosa, se notó que todos tenían una deficiencia al no saber que los pacientes con deshidratación leve deben ser tratados en la Instalación de Salud, antes de enviarlos a casa. Esta deficiencia fue más marcada en los Médicos Generales y Pediatras que en los Médicos Internos y fue levemente mayor en los Médicos de Consulta Externa que en los del Cuarto de Urgencia.

Acerca de las cantidades correctas de SRO que deben administrarse al niño deshidratado, el 63% de los Médicos entrevistados las conocía. El grupo de los Pediatras fue el que mostró conocerlas menos. Los Médicos Internos contestaron correctamente las preguntas al respecto. El grupo de Médicos que laboraba en el Cuarto de Urgencia mostró conocer mejor las cantidades de SRO a administrar que los de la Consulta Externa.

Todos los encuestados, independientemente de su categoría o lugar de trabajo, admitió tratar a los pacientes con deshidratación severa en la Instalación de Salud. Al evaluar si conocían o no, la cantidad de líquidos intravenosos que se debían administrar a un niños con deshidratación severa, encontramos que fue muy bajo el porcentaje de Pediatras (31.2%) y Médicos Generales (25%) que conocían las

cantidades a administrar. Este hecho era más grave en los Médicos de la Consulta Externa que en los del Cuarto de Urgencia. Los Médicos Internos no eran responsables de la hidratación parenteral en el Cuarto de Urgencia Pediátrica del CHAAM.

Para explicar esta situación, algunos Médicos de la Consulta Externa manifestaron que los casos con deshidratación graves eran atendidos en los Hospitales y no en los Cuartos de Urgencia, por lo cual ellos no estaban familiarizados con las soluciones o cantidades a administrar. Sin embargo, si consideramos que ante una situación de urgencia como lo es la epidemia del cólera, se ha tratado de capacitar en el manejo de esta enfermedad, que es una diarrea, a todo el Personal Médico, independientemente de su especialidad o sitio de trabajo y se han repartido extensamente las normas de tratamiento, vemos que esta excusa no es muy válida.

Al indagar sobre los consejos que los Médicos Tratantes consideraban como correctos e importantes para dárselos a los encargados del niño con diarrea, encontramos que la gran mayoría no sabía dar la información completa sobre las sales de rehidratación oral (SRO), lo cual incluye: explicar al encargado que éstas reemplazan las pérdidas de líquidos,

explicar cómo se preparan y qué cantidades se deben dar y verificar que el encargado haya entendido sus indicaciones. Casi ninguno explicaba la utilidad de las sales ni verificaba que el encargado comprendiera las instrucciones. Se obtuvo iguales resultados en los diferentes tipos de Médicos y en ambos servicios.

Todos los Médicos participantes refirieron dar las instrucciones oralmente, pues no contaban con folletos instructivos y mucho menos manifestaron dar demostraciones prácticas, las cuales han mostrado ser más eficaces en la enseñanza a los familiares o encargados.

Los consejos correctos que se deben dar al encargado del niño con diarrea, pero sin signos de deshidratación, para el manejo de la enfermedad en el hogar incluyen: dar más líquidos de los usual, alimentación durante y después de la diarrea y conocer los signos de alarma para llevar al niño al Médico (fiebre, poca ingesta, vómitos frecuentes, deterioro del estado general, no mejoría en dos días, sangre en las heces, etc.).

El estudio mostró que sólo el 38.9% de los Médicos encuestados conocía correctamente estos consejos. La mayor

deficiencia consistió en no orientar al encargado sobre los signos de alarma, y fueron los médicos Generales quienes menos lo hacían. Los Médicos Internos y el Personal de Urgencia mostraron desventaja en relación a los otros grupos, en cuanto al conocimiento sobre los consejos sobre alimentación.

Al hablar sobre los consejos correctos que se deben dar al encargado para prevenir futuros episodios de diarrea, según el CED OPS/OMS, se consideran los siguientes: nutrición adecuada (lactancia materna, buenas prácticas de destete), el uso de agua limpia y una higiene adecuada (lavarse las manos antes de comer, antes de preparar alimentos, luego de defecar).

Se encontró que más del 90% de los encuestados no daba la cantidad o calidad de consejos necesarios para prevenir las diarreas. No hubo diferencias entre los diversos grupos de Médicos ni entre los servicios estudiados. Los consejos que menos se brindaban eran los relacionados con la nutrición adecuada. Los Médicos Generales aconsejaban menos en ese aspecto en comparación a los Médicos Internos, quienes eran los que mejor lo hacían. El uso de agua limpia era más recomendado por los Médicos Generales que por los Pediatras o Médicos Internos y el Personal de Urgencia lo reco-

mendaba más a menudo que el de Consulta Externa. Las medidas más recomendadas por todos los Médicos en general fueron aquellas relacionadas con un buena higiene.

E. Establecimientos y Suministros:

Encontramos que cuatro de las ocho Instalaciones encuestadas no contaban con un area para dar terapia de rehidratación oral (TRO).

La explicación en la mayoría de los casos fue el no tener espacio físico para su instalación ni equipo adecuado. En el Cuarto de Urgencia Pediátrica del CHAAM, además de lo anterior, se sumaba el problema de no tener suficiente Personal de Enfermería que supervisara la rehidratación del niño por la madre, con las SRO. Esto llevaba a que muchos de los casos que podrían ser rehidratados oralmente se rehidratasen parenteralmente.

En algunas Policlínicas, como la de Santa Librada, el espacio físico en el Cuarto de Urgencia era tan mínimo que dificultaba incluso la misma atención y evaluación de los pacientes. En la Policlínica de San Miguelito, debido a la gran demanda de atención, los pacientes con deshidratación leve son enviados para hidratación en el hogar y aquellos

con mayor grado de deshidratación son hidratados parenteralmente. No hay espacio para que el niño con diarrea permanezca, junto a su madre, rehidratándose oralmente por varias horas.

En la Policlínica Presidente Remón existió hace años una área para TRO, la cual fue eliminada por falta de personal que supervisara las rehidrataciones orales. Actualmente, los niños pueden enviarse al Cuarto de Urgencia de la Policlínica a recibir rehidratación oral o parenteral, pero la costumbre más frecuente es enviar al niño con deshidratación leve a su casa con recomendaciones y a los más graves no los hidratan allí, sino que son trasladados al Cuarto de Urgencia Pediátrica del CHAAM. Esto también se practica en la Policlínica Pediátrica.

Al parecer esta modalidad de atención es la que se ha venido dando, principalmente porque la mayoría de los casos de diarrea que llegan a las policlínicas no presentan deshidratación. Esto les ha funcionado y nos pareció que no existe mucho interés por parte del Personal Médico a un cambio.

La mitad de las Instalaciones refirieron problemas

esporádicos con los suministros de antibióticos para las disenterías y algunas veces de solución salina normal. No existía problemas con el abastecimiento de SRO, pues todas las Policlínicas contaban con SRO para usar en los casos de diarreas más un Banco de Cólera programado para tres meses, el cual era renovado periódicamente.

La mayoría de las Instalaciones tenían sesiones de docencia mensual para el Personal de la Institución y semanal para los pacientes y sus acompañantes. También se programaban charlas extramuros para la Comunidad, Instituciones Gubernamentales y Empresas Privadas.

La mayoría de las Instalaciones contaba con murales o material educativo referente al cólera. Sin embargo, no se contaba con folletos didácticos para entregar a los encargados de los niños con diarrea, sobre el manejo de las diarreas en el hogar, la preparación y administración de las SRO y las medidas preventivas de futuros casos de diarreas.

La falta de Personal de Enfermería o Auxiliares de Enfermería, referida por tres Instalaciones, dificultaba el manejo adecuado del paciente, al no haber personal que supervisara las rehidrataciones orales, que pesara al niño o tomara la temperatura.

Todas las Policlínicas y el Cuarto de Urgencia Pediátrica del CHAAM contaban con estadísticas semanales sobre los cuadros diarreicos, y algunos tenían elaboradas la incidencia entre menores y mayores de 15 años, esto como parte de la vigilancia del cólera. También se lleva el registro de diarreas específicas como amebiasis, shighellosis y cólera.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES.

1. Revisión de Expedientes:

a. El manejo de la enfermedad diarreica en las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social (CSS), no puede ser evaluado a través de los expedientes médicos, ya que la información contenida en ellos es deficiente en cantidad y calidad. La excepción la constituyen los expedientes del Cuarto de Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid (CHAAM), llenados por Médicos Internos, los cuales contienen información adecuada.

b. No existen formularios especiales para que los Médicos anoten la información (datos generales, examen físico, tratamiento) sobre la atención médica por morbilidad. La excepción nuevamente fue el Cuarto de Urgencia Pediátrica del CHAAM.

2. Observación de Casos:

a. La mitad de los casos atendidos (6/12) no fue

evaluada correctamente, tanto los atendidos en la Consulta Externa como los atendidos en Cuartos de Urgencia.

b. La mayoría de los casos atendidos no presentaban ningún grado de deshidratación (9/12).

c. Ninguno de los casos que presentó algún grado de deshidratación fue rehidratado correctamente (0/3). No hubo variación entre los diferentes tipos de Médicos, ni en el servicio donde se brindó la atención.

d. Ninguno de los encargados de los niños atendidos fue aconsejado correctamente sobre el tratamiento de la diarrea en el hogar.

e. No se presentó ningún caso de disentería.

f. No hubo mal uso de antibióticos en los casos atendidos.

g. Los antidiarreicos y antieméticos fueron poco recetados (2/12) y quienes los recetaron fue-

ron principalmente los Médicos Generales y el personal que labora en Cuartos de Urgencia.

h. El estado nutricional (3/12) y la presencia de otra enfermedad concomitante (4/12) fue poco evaluado en los niños atendidos, menos aún en los tratados en Cuartos de Urgencia.

i. Signos y síntomas como: la sed, orina, fontanela y apariencia general, fueron los menos evaluados para determinar el grado de deshidratación.

j. No se aprovechó la oportunidad para aconsejar medidas de prevención contra el cólera a ninguno de los encargados.

3. Conocimiento del Encargado:

a. Luego de la entrevista con el Médico Tratante, menos de la mitad de los encargados sabía cómo preparar y administrar las sales de rehidratación oral a sus niños (5/12).

b. Un número importante de los encargados (5/12), luego de salir del consultorio médi-

co, no tenían claros los conocimientos sobre el manejo de la diarrea en el hogar (dieta, signos de alarma, etc.).

c. Todos los encargados tenían conocimiento de alguna medida preventiva contra la diarrea (12/12).

d. Al sumar los conocimientos en las tres áreas anteriores, se encontró que menos de la mitad de los encargados tenía conocimientos suficientes en las tres áreas (5/12).

4. Conocimiento del Personal Médico:

a. Existe deficiencia en el conocimiento médico sobre la evaluación correcta del paciente con diarrea. Esto se observó en el grupo de Médicos Pediatras, Médicos Generales y Médicos Internos independientemente del servicio donde laboraran. Sólo un 42.6% sabía la evaluación correcta.

b. Signos como la respiración, pulso, frecuencia cardiaca y apariencia general fueron poco

mencionados por los Médicos como útiles para evaluar el estado de hidratación del niño con diarrea.

c. Los Médicos que laboran en Cuartos de Urgencia consideran menos importante la evaluación de otras enfermedades concomitantes a la diarrea que los Médicos que trabajan en la Consulta Externa. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.048$).

d. Un 37.0% de los Médicos encuestados no conócía la forma correcta de rehidratación oral. El porcentaje fue mayor en los Pediatras que en los Médicos Generales y en los Médicos de la Consulta Externa que en los de Cuarto de Urgencia.

e. Un 70.0% de los Médicos no conoce las cantidades de líquidos parenterales a administrar en los casos con deshidratación severa. El porcentaje fue mayor en los Médicos Generales que en los Pediatras y en la Consulta Externa en relación a los Cuartos de Urgencia.

f. La mayoría de los Médicos (83.3%) tratan la deshidratación leve en el hogar, lo cual es una práctica incorrecta.

g. Existe un 40.7% de Médicos que hace mal uso de los antibióticos en el tratamiento de diarreas no disentéricas. No hubo diferencia significativa entre los grupos estudiados.

h. Persiste un 25.9% de Médicos que aún tratan las diarreas inadecuadamente con antidiarreicos, antieméticos u otras drogas. Estos Médicos trabajan principalmente en Cuartos de Urgencia ($p = 0.042$) y la mayoría pertenece al grupo de Médicos Generales e Internos ($p = 0.015$). La diferencia fue estadísticamente significativa.

i. El conocimiento sobre el tratamiento correcto de la disentería fue satisfactorio en todo el grupo.

j. El 96.3% de los Médicos no conoce los consejos correctos y completos que debe dar al

encargado del niño sobre el manejo de la diarrea en el hogar. No hubo diferencia significativa entre los diversos grupos.

k. La mayoría de los Galenos no sabe dar correctamente todas las instrucciones sobre la utilidad y uso de las sales de rehidratación oral, ni verifican que el encargado haya comprendido su mensaje (94.5%). No hubo diferencia notable entre los grupos estudiados.

l. Casi un 30.0% de los Médicos no conoce correctamente los consejos que debe dar al encargado sobre la alimentación durante y después del episodio diarreico. La deficiencia fue mayor en el grupo de Médicos Internos y en el Personal del Cuarto de Urgencia.

m. Un 46.3% de los encuestados no aconseja adecuadamente sobre los signos de alarma que ameriten llevar al niño con diarrea para que reciba atención médica. Esto fue más notorio en el grupo de los Médicos Generales sin diferencia por lugar de trabajo.

n. La mayoría de los Médicos encuestados (90.7%) tienen un conocimiento satisfactorio sobre las medidas de prevención de las diarreas, sin diferencias notables por tipo de Médico o lugar de trabajo.

o. Consejos sobre una nutrición adecuada, incluyendo la lactancia materna y buenas prácticas de destete, como medidas preventivas de cuadros diarreicos, fueron poco mencionados (13.0%) por los médicos encuestados. La deficiencia fue mayor en los Médicos Generales, sin diferencias por sitio de trabajo.

5. Establecimientos y Suministros:

a. Cuatro de las ocho Instalaciones encuestadas no contaban con área para terapia de rehidratación oral (TRO); éstas eran: Policlínica de Santa Librada, Presidente Remón, San Miguelito y el Cuarto de Urgencias Pediátricas del CHAAM. Al momento del estudio no había posibilidad de creación de estas salas por falta de espacio físico.

b. Los problemas de suministro de antibióticos para las disenterías o soluciones intravenosas para las deshidrataciones graves eran ocasionales, según la mitad de las instalaciones en estudio.

c. Todas las instalaciones contaban con sobres de rehidratación oral y venoclisis de Lactato de Ringer al momento de la evaluación.

d. No existe material educativo para entregar al encargado del niño sobre el manejo de las diarreas en el hogar y su prevención en ninguna de las Instalaciones.

e. La mayoría de las Instalaciones realiza sesiones regulares de docencia tanto para el Personal de Salud como para la Comunidad (7/8).

f. Todas las Instalaciones contaban con guías de evaluación y tratamiento para el cólera.

g. Tres de los ocho establecimientos refirieron

escasez de personal para la mejor atención de los pacientes en general. La necesidad principal es de Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Aseadores. Urgencia Pediátrica se quejó de la escasez de Médicos Internos.

h. Dos Instalaciones refirieron dificultad para el traslado de pacientes (Calidonia y Presidente Remón).

i. La mayoría de las Instalaciones contaban con información actualizada sobre la situación de las diarreas en su unidad (7/8).

B. RECOMENDACIONES.

1. Definir una Política Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas (CED).

2. Revisión y actualización de las Normas Nacionales de manejo de la enfermedad diarreica.

3. Difundir y promover ampliamente las normas de CED a Nivel Nacional.

4. Actualizar al Cuerpo Médico y al Equipo de Salud sobre el manejo correcto de la enfermedad diarreica, tanto en el hogar como en las Instalaciones de Salud, asegurando la participación de la mayoría de ellos.

5. Capacitar a los Médicos sobre la importancia de las sales de rehidratación oral (SRO) y terapia de rehidratación oral (TRO) en las Instalaciones de Salud.

6. Establecer un mejor control del uso de antidiarreicos, antieméticos, antiespasmódicos y otros

medicamentos mal usados en las diarreas, tanto en las Instalaciones de Salud como en las farmacias o comercios.

7. Prohibir el uso de antidiarreicos.

8. Concientizar a los Médicos sobre la importancia y necesidad de recomendar medidas preventivas para impedir futuros episodios diarreicos.

9. Suplir a las Instalaciones de Salud con material didáctico referente a las diarreas, tanto para la docencia intrainstitucional, como para repartir a la Comunidad.

10. Apoyar la educación a la Comunidad con el propósito de que se manejen mejor los casos en el hogar y disminuya el número de niños con diarrea que necesiten ser tratados en un Centro de Salud o ser hospitalizados.

11. Capacitar al personal de salud en investigaciones relacionadas al CED.

12. Realizar estudios periódicos a niveles locales

para identificar la etiología bacteriana de nuestras diarreas, principalmente las disentéricas.

13. Evaluaciones periódicas, como la realizada en este trabajo, para medir el cumplimiento de las normas de tratamiento y la evolución del progreso en los indicadores propuestos por el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas OPS/OMS, los cuales son útiles y factibles de medir en nuestro país.

14. Idear mecanismos para mejorar la calidad de los expedientes médicos.

15. Proveer instrumentos útiles y fáciles de llenar, para recoger la información de la atención médica por morbilidad.

16. Mantener una adecuada coordinación entre los Programas Materno-Infantil de la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud para un mejor conocimiento de la enfermedad diarreica, para la detección de soluciones, para la distribución de recursos Nacionales e Internacionales y para obtener el mejor beneficio para toda la población.

17. Emplear como estrategia la magnitud e impacto que ha causado el cólera en el país relacionándolo a las diarreas, para lograr interiorizar y arraigar los conocimientos sobre manejo y prevención de las diarreas, tanto en el Equipo de Salud como en la Comunidad.

18. Mejorar el saneamiento ambiental de las áreas de mayor riesgo para disminuir el número de casos.

19. Mejorar las prácticas alimentarias de la población para disminuir la susceptibilidad, principalmente de los niños, a estas infecciones.

20. Reforzar y promover la lactancia materna en todo el país.

21. Promover y aumentar las coberturas de vacunación para disminuir las complicaciones y muertes por diarreas.

22. Aumentar el nivel educativo de la población para la mejor recepción y comprensión de los mensajes de salud.

23. Incluir dentro de los planes de estudio de las Facultades afines al Sector Salud (Medicina, Enfermería y Farmacia), los conceptos actualizados sobre el manejo correcto de la enfermedad diarreica.

24. Igualmente reforzar estos conocimientos en los Programas de Formación de Médicos Internos y Residentes.

25. Mantener un adecuado abastecimiento de sales de rehidratación oral en el país de acuerdo a una adecuada programación de las necesidades.

26. Asignar suficiente recurso humano, material y financiero para realizar ampliamente las actividades CED.

27. Mantener una realimentación periódica a los niveles locales y regionales con el fin de informarlos y mantener constante su interés en cooperar con las actividades de CED.

A N E X O

Formulario 1. REVISION DE REGISTROS CLINICOS
(20 registros aleatorios)

Provincia o Region: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____
Tipo de establecimiento: __Hospital __Centro de Salud __Subcentro de Salud __Puesto de Salud . Historia Clinica de Paciente.hospitalizado: __ambulatorio.___

Encuestador: _____

5.1 No. Registro	5.2 Peso registrado		5.3 Diagnostico (especifique)	5:4 Estado de Deshidratación				5:5 Sangre en las heces			5.6 Tratamiento para diarrea						5.7 Antibioticos, Drogas y Otros Tratamientos para la diarrea (especifique)	5.8 Tratamiento con TRO/IV Apropiado			5:9 Tratamiento Antibiotico, Droga u Otro apropiado (Especifique)		
	SI	No		A	B	C	NE	SI	No	NE	Casa/consejo	Casa con SRO	SRO en Establecimiento	Admitir/Referir para IV	Dar Antibioticos	NE		SI	No	NI	SI	No	NI
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
otal			XXXXXXXXXXXXXX														XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						

Diagnostico
Diarrea
Disenteria Sanguinolenta
Diarrea Persistente
Cólera
Giardiasis/amoebiasis

Estado de Deshidratación
A = Sin signos
B = Algunos
C = Severa

NE = No Especificado
NI = No hay suficiente información para determinar propiedad del tratamiento

Registre los problemas identificados en el otro lado _____)

Formulario 2: OBSERVACIÓN DEL MANEJO DE CASOS

Provincia: _____ Distrito: _____ Tipo de trabajador de salud: _____
Corregimiento _____ Comunidad: _____
Nombre del Establecimiento de Salud: _____
Tipo del Establecimiento: Hospital__ Centro de Salud__ Nombre del niño: _____ Edad: __
Subcentro de Salud__ Puesto de Salud__ Otro__ Encuestador: _____

1:1 El trabajador de salud pregunta acerca de:	No	Si	Encargado del niño no sabe	Respuestas dadas D			Si
1:1 1 ¿Cuantos días de diarrea?	☐	☐	☐	☐ ≤14 días	☐ >14 días		☐ 1:1.1
1:1 2 ¿Hay sangre en las heces?	☐	☐	☐	☐ No	☐ Si		☐ 1:1 2
1:1.3 ¿Tiene el niño otras enfermedades?	☐	☐	☐	☐ No	☐ Si, La enfermedad es:		☐ 1:1.3
1:1 4 ¿Numero de evacuaciones liquidas en las últimas 24 horas?	☐	☐	☐	☐ <4	☐ 4-10	☐ >10	

1:2 El trabajador de salud pregunta acerca de:	Pregunto No	Si	Encargado del niño no sabe	Respuestas dadas A	B	C	
1:2.1 ¿Sed? (N C)	☐	☐	☐	☐ Normal	☐ Sediento	☐ Incapaz de beber	
1:2 2 ¿Orina?	☐	☐	☐	☐ Normal	☐ Poca	☐ Ninguna en las últimas 6 horas	
1:3 Examina el trabajador de salud:	Examino No	Si	Resultados del examen				
1:3 1 ¿Apariencia general del niño? (N C)	☐	☐		☐ Bien, alerta	☐ Intranquil irritable	☐ Deprimido o comatoso	
1:3 2 ¿Llenado capilar?	☐	☐		☐ Menor de 2 seg.	☐ De 3 a 10 seg	☐ Mayor de 10 seg	
1:3 3 ¿Ojos? (N C)	☐	☐		☐ Normal	☐ Hundidos	☐ Muy Hundidos y secos	
1:3 4 ¿Boca y lengua? (N C)	☐	☐		☐ Húmeda	☐ Seca	☐ Muy seca	
1:3 5 ¿Respiración?	☐	☐		☐ Normal	☐ Aumentada	☐ Muy rápida y profunda	
1:3.6 ¿Signo del pliegue? (N C)	☐	☐		☐ Desaparece rápido	☐ Desaparece lento	☐ Desaparece muy lento (>2 seg.)	
1:3.7 ¿Pulso o frecuencia cardiaca?	☐	☐		☐ Normal	☐ Rápido	☐ Muy rápido y débil	
1:3 8 ¿Fontanela? (En menores 18 a)	☐	☐	☐ Cerrada	☐ Normal	☐ Hundida	☐ Muy hundida	
Puntaje: __ Si de 10. Aceptable (≥6): Si							Si ☐ 1:2, 1:3

	Evaluó No	Si				Si
1:4 ¿Temperatura?: (Por termómetro)	☐	☐				☐ 1:4
1:5 ¿Peso?:	☐	☐	☐ Tomado correctamente	☐ Tomado incorrectamente	☐ Balanza no disponible	
1:6 Estado nutricional:	☐	☐	☐ Normal	☐ Desnutrición moderada	☐ Desnutrición grave	

	A	B	C
1:7 La conclusión del trabajador de salud acerca del grado de deshidratación es:	☐ No hay señal de deshidratación	☐ Deshidratación leve-mod	☐ Deshidratación severa

N C = NUEVA CLASIFICACION

1:8 El tratamiento inicial escogido por el trabajador de salud es: ☐ Hogar sin consejo sobre SRO o liquido casero ☐ A Hogar solo con consejo sobre SRO o liquidos caseros ☐ B Tratado con SRO en el centro de salud ☐ C Admitido o referido para rehidratacion I.V. ☐ Admitido por otras enfermedades, especifique: _____

1:9.1 ¿Da el trabajador de salud algun antibiotico? No ☐ Si ☐

→ [En caso afirmativo]:
Escriba el nombre del antibiotico dado para disenteria u otra razon:
a. Razon: Tratamiento de disenteria con sangre Cual antibiotico: _____
b. Razon: Otra (Explicar) Cual antibiotico: _____

1:9.2 ¿Da el trabajador de salud algun medicamento antiparasitario? No ☐ Si ☐

→ [En caso afirmativo]:
Escriba el nombre del medicamento antiparasitario y la razón que Explique
a. Razón: Tratamiento de giardia o ameba Cual medicamento: _____
Diagnostico basado en: _____
b. Razón: Otra (Explicar) Cual medicamento: _____

1:9.3 ¿Da el trabajador de salud algun otro medicamento? No ☐ Si ☐

→ [En caso afirmativo]:
Especifique el nombre del medicamento dado para la diarrea u otra
a. Razon: Tratamiento de diarrea Cual medicamento(s): _____
b. Razon: Otra (Explique) Cual medicamento: _____

Consejo dado al encargado del niño

1:10 ¿Son las SRO o los liquidos caseros recomendado para el tratamiento del niño? No ☐ Si ☐

→ [En caso afirmativo]:
1:10.1 ¿Se dan instrucciones para el uso de SRO y/o de un suero casero recomendado? (NA si el niño es referido o admitido) No ☐ Si ☐

→ [En caso afirmativo]:
1:10.2 ¿Como se dan las instrucciones para el uso del SRO y/o liquidos caseros? [Marque solo una casilla] ☐ 1 Folleto sin instrucciones verbales ☐ 2 Instrucciones verbales sin demostración ☐ 3 El trabajador de salud da demostración ☐ 4 El encargado del niño participa en la demostración

Aceptable [Respuesta 2, 3, o 4]: Si ---------- 1:10 ---> Si ☐ 6 NA ☐

→ [En caso afirmativo]:

		No	Si
1:11	Al dar instrucciones, el trabajador de salud: (NA si el niño es referido o admitido):		
1:11.1	¿Explica que el SRO reemplaza la perdida de liquido?	☐	☐
1:11.2	¿Explica cuanto se debe dar? (Tanto como el niño quiera o para diarrea: 1-4 taza por un niño menor de 2 años, 1-2 taza para niños mayores --- luego de cada deposición. O para la deshidratacion: una cucharada cada 1-2 minutos durante las primeras 4-6 horas.)	☐	☐
1:11.3	¿Da instrucciones de como preparar el SRO? (Mezcle SRO con 1 litro de agua limpia.)	☐	☐
1:11.4	¿Verifica que el encargado del niño entienda las instrucciones? (Pide que repita las instrucciones o que demuestre como mezclar el SRO.)	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 4. Aceptable [4]: Si ---------- 1:11 ---------> Si ☐ 6 NA ☐

1:12 ¿Da el trabajador de salud consejo verbal al encargado del niño para el cuidado en casa (NA si el niño es referido o admitido):

	No	Si
1:12.1 ¿Acerca de la dieta después de la diarrea? (Continuar dando líquidos y alimentos, y si es apropiado, dar lactancia mas frecuentemente.)	☐	☐
1:12.2 ¿Acerca de cuando llevar el niño al trabajador de salud para su cuidado? (si el niño tiene signos de deshidratación [hace muchas evacuaciones, esta muy sediento, ojos hundidos], tiene fiebre, no come ni bebe normalmente o no presenta mejoría--mencionar por lo menos 2)	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 2. Aceptable [2]: Si ☐ ----------1:12--> Si ☐ o NA ☐

1:13 ¿Da el trabajador de salud consejo al encargado del niño acerca de como prevenir la diarrea? (NA si el niño es referido o admitido):

	No	Si
1:13.1 ¿Acerca de la nutrición apropiada? (Amamantar exclusivamente los primeros 4-6 meses y continuar amamantando el 1er año, dar comida de destete a los 4 meses.)	☐	☐
1:13.2 ¿Acerca del uso de agua limpia? (recolección de una fuente limpia y su almacenamiento.)	☐	☐
1:13.3 ¿Acerca de la higiene apropiada (lavarse las manos con jabón después de defecar y antes de comer o preparar alimentos, y eliminar las heces en una letrina o enterrándolas--debe mencionar al menos 1.)	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 3. Aceptable [≥1]: Si ☐ ----------1:13--> Si ☐ ó NA ☐

Tratamiento recibido en el establecimiento de salud

1:14 ¿Se recibe el tratamiento de SRO en el establecimiento? ☐ No ☐ Si

→ [En caso afirmativo]:

	No	Si	No se sabe
1:14.1 ¿Esta correctamente preparada la solucion SRO? (mezclada bien con 1 litro de agua limpia)	☐	☐	☐
1:14.2 ¿Esta correctamente calculada la cantidad de SRO? (Ver la guia en la tabla de la página siguiente*)	☐	☐	☐
1:14.3 ¿Esta siendo dada apropiadamente la solucion al niño? (cucharaditas o tragaitos)	☐	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 3. Aceptable [3]: Si ☐ ----------1:14--> Si ☐ o NA ☐

1:15 ¿Se esta recibiendo tratamiento intravenoso en el establecimiento de salud? ☐ No ☐ Si

→ [En caso afirmativo]:

	No	Si	No se sabe
1:15.1 ¿Esta recibiendo la solución correcta? (_____)	☐	☐	☐
1:15.2 ¿Esta calculada correctamente la cantidad de solución? (150 ml)(Ver la guia en la página siguiente.**)	☐	☐	☐
1:15.3 ¿Es administrada la solucion correctamente ? (con equipo estéril y con prontitud)?	☐	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 3. Aceptable [3]: Si ☐ ----------1:15--> Si ☐ o NA ☐

*Cantidad de solucion SRO a ser dada en las primeras 4-6 horas: **Cantidad de liquido IV a ser dado:

MANEJO O TRATAMIENTO DE LOS CASOS DE DIARREA.

1. Determinar el estado de hidratación.
2. Decidir el plan de tratamiento a seguir.

El Encuestador debera cotejar que esquema de evaluación se usa en esa instalación:

-El que aparece en las normas infantiles (año 1988).

O

-El esquema actualizado (que se difundio a partir de la capacitacion con el programa de control de colera (Septiembre 1991).

Observar si lo esta haciendo correctamente según esquema aprendido. Si el tratamiento no se hace adecuadamente o si lo hace con el esquema anterior, debera orientar y dejar copia del esquema y del modulo de actualizado de tratamiento de diarrea.

1:16

EVALUACIÓN DEL ENCUESTADOR:

1:16.1 Basado en signos identificados por el trabajador de salud, ¿son sus conclusiones acerca del grado de deshidratación correctas de acuerdo con los criterios de OMS? (método de las 2 marcas) — No ☐ Si ☐

[Para contestar solo después que el encuestador examine al niño ver Formulario 2, Parte 2]:

1:16.2 Ver Formulario 2: Entrevista con Encargado del niño, ítem 1:8:

¿Es la evaluación del trabajador de salud acerca del estado nutricional correcta de acuerdo a la evaluación del encuestador? — No ☐ Si ☐ ----1:16.2---> Si ☐

1:16.3 Ver Formulario 2: Entrevista con Encargado del niño, ítem 1:9:

¿Cual es su conclusion acerca del grado de deshidratación? — A Sin signo de deshidratación ☐ B Deshidratación leve ☐ C Deshidratación severa ☐

¿Es la conclusión de trabajador acerca del grado de deshidratación correcta de acuerdo con la evaluacion del encuestador? — No ☐ Si ☐ ----1:16.3---> Si ☐

→ [En caso negativo], indique la razón:

☐ Evaluación incorrecta de los signos (no pregunto, examino)
☐ Evaluación correcta pero resultados diferentes (si pregunto examino)
☐ Evaluación y resultados correctos pero conclusiones diferentes sobre la deshidratación
☐ Otros, describa:

1:17

DECISIÓN DE TRATAMIENTO DEL ENCUESTADOR [para ser contestado despues que el encuestador examine el niño--ver Formulario 2, Parte 2]:

1:17.1 ¿Es el tratamiento escogido por el trabajador de salud correcto en base a la evaluación del encuestador acerca de la desbidratación del niño? (compare ítem 1:8 con el formulario 2 ítem 2:10 — No ☐ Si ☐ ----1:17.1---> Si ☐

1:17.2 ¿Tiene el niño diarrea con sangre? (Ver Formulario 2, Ítem 2:11.) — Si ☐ o No ☐ ----1:17.2---> Si ☐

1:17.3 En caso afirmativo, el niño tiene disenteria ¿fue dado un antibiotico apropiado para el tratamiento? (Ver ítem 1:9.1a) (_____) — No ☐ Si ☐ ----1:17.3---> Si ☐

1:17.4 En caso negativo, el niño no tiene disenteria: ¿Fue dado al niño un antibiótico para el tratamiento de diarrea? (Ítem 1:9.1a o b) — Si ☐ No ☐ ----1:17.4---> No ☐

1:17.5 ¿Fue dado al niño un antiparasitario para el tratamiento de diarrea? (Ver Ítem 1:9.2) — Si ☐ No ☐

1:17.6 ¿Fue dada al niño algun otro medicamento para tratamiento de diarrea? (Ver Ítem 1:9.3a) — Si ☐ No ☐ ----1:17.6---> No ☐

Formulario 3: ENTREVISTA CON EL ENCARGADO DEL NIÑO
(y examen del niño por el encuestador)

Provincia:_____ Distrito:_____
Corregimiento:_____ Comunidad:_____ Nombre del Niño:_____ Edad:___
Nombre del Establecimiento:_____ Encuestador:_____

Parte I. Entrevista con el Encargado del Niño

2:1 Parentesco del encargado con el niño ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro, Especifique:_____

2:2 ¿Fueron dadas instrucciones acerca del uso de SRO o liquido casero recomendado al encargado del niño? ☐ No ☐ Si EN CASO NEGATIVO PASE A 2.3

[Preguntar al encargado]:
Que sabe acerca de:

		No	Si
2:2.1	¿Cuando y cuanto SRO debe dar? (Tanto como el niño quiera. 0 para la diarrea: ½-1 taza grande para niños menores de 2 años; ½-1 taza grande para niños mayores-- después de cada deposición. 0 para la deshidratación: una cucharada cada 1-2 minutos durante las 4-6 primeras horas.)	☐	☐
2:2.2	¿Como prepara SRO? (Mezclar SRO con 1 litro de agua limpia y/o hervida)	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 2. Aceptable [2]: Si ☐ ----2:2----> Si ☐

2:3 ¿Que sabe acerca de :

		No	Si
2:3.1	¿La alimentación durante la diarrea? (Mantener los alimentos y/o lactancia materna)	☐	☐
2:3.2	¿Cuando traer al niño al trabajador de salud para su cuidado? (Traer el niño si tiene signos de deshidratación [tiene mucha diarrea mucha sed, y ojos hundidos], tiene fiebre, no come ni bebe normalmente, o no presenta mejoría. El encargado debe mencionar por lo menos 2 de estos signos.)	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 2. Aceptable [2]: Si ☐ ----2:3----> Si ☐

2:4 ¿Que sabe acerca de :

		No	Si
2:4.1	¿La lactancia materna? (amamantar exclusivamente los primeros 4-6 meses, y continuar amamantando el primer año, añadiendo comidas de destete a los 4-6 meses)	☐	☐
2:4.2	¿Acerca de cómo debe ser el agua para beber? (De una fuente limpia, potable o hervida, y almacenada adecuadamente)	☐	☐
2:4.3	¿Acerca de la higiene adecuada (Lavarse las manos con jabón después de defecar y antes de preparar alimentos; y eliminar las heces en una letrina o enterrándolas - al menos 1)	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 3. Aceptable [1]: Si ☐ ----2:4----> Si ☐

Parte 2. Examen del Niño por el Encuestador

		Respuestas dadas D		
2:5	Pregunte:			
2:5.1	¿Cuantos días con diarrea.?	☐ ≤14 días	☐ >14 días	
2:5.2	¿Son las heces sanguinolentas?	☐ No	☐ Si	
2:5.3	¿Tiene el niño otras enfermedades.?	☐ No	☐ Si ! la enfermedad es:	
2:5.4	Numero de heces aguadas en las últimas 24 horas.	☐ <4	☐ 4-10	☐ >10

		Respuestas dadas A	B	C
2:6	Pregunte acerca de:			
2:6.1	¿Sed?	☐ Normal	☐ Sediento	☐ Incapaz de beber
2:6.2	¿Orina?	☐ Normal	☐ Poca	☐ Ninguna en las últimas 6 horas

		Resultados del examen A	B	C
2:7	Examen:			
2:7.1	Apariencia general del niño.	☐ Bien, alerta	☐ Intranquil irritable	☐ Deprimido o comatoso
2:7.2	Llenado capilar	☐ Menor 2 seg	☐ De 3 a 10 seg	☐ Mayor de 10 seg
2:7.3	Ojos y lágrimas	☐ Normal	☐ Hundidos	☐ Muy hundidos sin lágrimas
2:7.4	Boca y Lengua.	☐ Húmeda	☐ Seca	☐ Muy seca
2:7.5	Respiración.	☐ Normal	☐ Aumentada (> 40)	☐ Muy rápida y profunda
2:7.6	Signo del pliegue.	☐ Desaparece rápido	☐ Desaparece Lento	☐ Desaparece muy lento (> 2 seg.)
2:7.7	Pulso.	☐ Normal	☐ Rápido (> 120)	☐ Muy rápido y débil
2:7.8	Fontanela.	☐ Cerrada	☐ Normal	☐ Hundida	☐ Muy hundida

2:8 Encuestador, ¿cual es su evaluación del estado nutricional? ☐ Normal; o algo de desnutrición ☐ Desnutrición moderada ☐ Desnutrición severa ----------> Complete Forma. 1: Item 16.2

2:9 Encuestador, ¿cual es su conclusión acerca del grado de deshidratación? (Use el método de las 2 marcas) ☐ A Sin signos de deshidratación ☐ B Deshidratación leve o moderad ☐ C Deshidratación severa ----------> Complete Forma. 1: Item 16.3

2:10 Encuestador, ¿Cual es el tratamiento que usted escogeria? ☐ A En casa, solo con consejo acerca de liquido casero y SRO ☐ B Tratar con SRO en el establecimiento ☐ C Admitir o referir para rehidratación IV ☐ Admitir por otra enfermedad ----> Complete Forma. 1: Item 17.1

2:11 ¿Tiene este niño disenteria (Heces sanguinolenta item 2:5.2)? ☐ No ☐ Si ----------> Complete Forma. 1: Items 17.2, 17.3, 17.4

2:12 [Mire la receta dada por el trabajador de salud. Registre los medicamentos abajo. Después añada estos medicamentos al formulario 1, items 9:1 a 9:3 si no están listadas.]

2:12.1 ¿Cuales antibióticos fueron recetados para la diarrea?
a. ¿Cual antibiótico?_____ ----------> Chequee Forma. 1: Item 9.1
b. ¿Cual antibiótico?_____

2:12.2 ¿Cuales medicamentos antiparasitarios fueron recetadas?
a. ¿Cual antiparasitario?_____ ----------> Chequee Forma. 1: Item 9.2

2:12.3 ¿Cuales otros medicamentos fueron recetados para la diarrea?
a. ¿Cual otro medicamento?_____ ----------> Chequee Forma. 1: Item 9.3
b. ¿Cual otro medicamento?_____

Encuestador:

1. Complete items 1:16.2, 16 3, y 17.1 a 17.6 en el formulario 1: Observación del Manejo de Casos. Estos items los resultados de su evaluación del niño.

2. Use esta oportunidad para corregir cualquier problema critico que haya identificado en el manejo de este caso.

   a. Corrija cualquier información mala o inadecuada que tenga el encargado del niño (Por ejemplo, cuando traer el niño al trabajador de salud, uso de drogas, y alimentación e hidratación continua). Luego verifique que el encargado del niño entienda.

   b Si el trabajador de salud clasifico incorrectamente el grado de deshidratación y/o no selecciono el tratamiento apropiado, hable con el trabajador de salud:

   -Revise los errores importantes. Refiérase a la tabla para el tratamiento de diarrea.

   -Revise el tratamiento apropiado. Refiérase a la tabla de tratamiento para los Planes A, B, o C.

Importante: Verifique que el niño recibe el tratamiento apropiado. (Si usted interviene con el trabajador de salud, observaciones y entrevistas subsecuentes pueden ser afectadas. Por este motivo no observe mas casos atendidos por el trabajador de salud ni lo entreviste)

Formulario 4: ENTREVISTA CON EL PERSONAL DE SALUD

Provincia: _____ Distrito: _____
Corregimiento: _____ Comunidad: _____
Nombre del Establecimiento. _____
Tipo de Establecimiento: __Hospital, __Centro de salud
___Subcentro de salud, ___Puesto de Salud ___Otro _____

Tipo de Trabajador de Salud: _____
Este trabajador de salud fue observado manejando un caso de diarrea : __Si __No
Nombre del Caso(s): _____
Encuestador: _____

(Encuestador: Haga al trabajador de salud las siguientes preguntas abiertas para los ítems 3:1, 3·2, y 3:3. No sugiera las respuestas dadas en los sub-ítems (Ej , 3:1 1 y 3·2 1).1

3:1 ¿Si un niño tiene diarrea, que preguntas hace usted acerca de la enfermedad?

	No	Si		Si
3:1 1 ¿Cuantos dias de diarrea?	☐	☐	----------3·1.1---------->	☐
3·1.2 ¿Son las heces sanguinolentas?	☐	☐	----------3·1.2---------->	☐
3:1 3 ¿Tiene el niño otras enfermedades?	☐	☐	----------3:1.3---------->	☐
3.1.4 ¿Número de deposiciones liquidas en las últimas 24 horas?	☐	☐		

3·2 ¿Hace usted Preguntas a los padres o encargados del niño que le ayuden a decidir si el niño esta deshidratado?

	No	Si
3·2 1 ¿Sed, ¿Esta bebiendo el niño?	☐	☐
3·2 2 ¿Orina ausente o disminuida?	☐	☐

3·3 ¿Qué busca en el niño al examinarlo para decidir si esta deshidratado?

3:3 1 ¿Apariencia general del niño?	☐	☐
3:3 2 ¿Llenado capilar?	☐	☐
3·3 3 ¿Ojos hundidos y/o lágrimas?	☐	☐
3:3.4 ¿Boca y lengua seca?	☐	☐
3:3 5 ¿Respiración rápida?	☐	☐
3:3 6 ¿Signo del pliegue ?	☐	☐
3:3 7 ¿Pulso rápido y frecuencia cardiaca?	☐	☐
3:3 8 ¿Fontanela?	☐	☐

Puntaje: __ Si de 10. Aceptable [≥5]: Si ----------3:2,3:3---> Si ☐

3.4.1 Cual es el tratamiento de un niño con diarrea y algunos signos de deshidratacion?

[1] En casa solo con consejo sobre SRO o liquido casero
[2] En casa con SRO
[3] En establecimiento de salud con SRO
[4] Admitir o referir para rehidratacion I V

Aceptable [solo Respuesta 3]: Si ----------3.4 1------> Si

3.4 2 Cuanto SRO daria usted a un niño de un año, de 7 Kg, con deshidratacion leve durante las primeras 4-6 horas?

[1] 350-700 ml
[2] Tanto como el niño acepte
[3] Otra cantidad, especifique _____
[4] No sabe

[Encuestador: Si el trabajador de salud normalmente busca esta informacion para decidir, puede hacerlo tambien para contestar a la pregunta.]

Aceptable [Respuestas 1 o 2]: Si ----------3.4 2-----> Si

3.5 Cual es su primer paso para tratar un niño con deshidratacion severa que esta consiente y es capaz de beber?

[1] En casa con SRO
[2] Tratar con SRO en establecimiento de salud
[3] Referir para I.V en establecimiento de salud
[4] Referir para I V dar SRO en el camino
[5] Admitir para rehidratación I V

Aceptable [Respuesta 5 o la respuesta mas alta del 2 al 5 de los tratamientos disponibles en el establecimiento de salud y consistente con las politicas nacionales
La respuesta 1 nunca es correcta]: Si ------3 5 1---> Si

3.6 ¿Es usted el responsable de decidir cuanto suero I V dar al niño? ---> [ ] No [ ] Si

---> [En caso afirmativo]:

3 6 1 ¿Cuanto suero I V daria usted a un nino de 14 meses y de 9 kg con deshidratacion severa durante las primeras 3 horas de tratamiento?

[1] 630ml (±70ml)
[2] Otra cantidad especifique: _____ ml
[3] No sabe

Aceptable [Respuesta 1]: Si ----------3.6---------> Si [ ] o NA [ ]

3.7 ¿Es usted el responsable de dar antibioticos u otros medicamentos para diarrea? ---> [ ] No [ ] Si

---> [En caso afirmativo, pregunte]:

3.7 1 ¿A cuales casos de diarrea les da antibioticos? [marque todos]

[1] Diarrea con sangre
[2] Sospecha de colera
[3] Otra enfermedad que requiere antibioticos
[4] Toda otra diarrea, especifique: _____

Aceptable [Respuesta 1]: Si ----------3 7.1---> Si [ ] o NA [ ]
Nota: A pesar de que las respuestas 1 y 3 no son incorrectas no se anotan.

---> 3.7 2 [Esta marcada la caja 4?]: Si [ ] No [ ] ----------3 7.2---> No [ ] o NA [ ]

3·1 3 ¿Que antibiotico da usted para la diarrea sanguinolenta?_____ ____

Antibiotico aceptable [uno de los siguientes antibioticos recomendados por el programa nacional de CRD

_____

_____

_____]: Si ---------- 3·1.3 ---> Si ☐ o No ☐ NA ☐

3·1.4 ¿Da usted otras medicamentos para el tratamiento de diarrea?] ---> Si ☐ Si / No ☐ ---------- 3·1.4 ---> Si ☐ o No ☐ NA ☐

└> [En caso afirmativo]:
3) 5 ¿Que y por que razón?

a ¿Que medicamento o tratamiento?:_____ Razon:_____

b ¿Que medicamento o tratamiento?:_____ Razón:_____

3·8 ¿Que instrucciones da usted al encargado del niño sobre el uso de SRO?

	No	Si
3·8 1 ¿Explica que las SRO reemplaza la perdida de liquido?	☐	☐
3 8 2 ¿Explica y/o demuestra cuanto dar? (Tanto como el niño reciba, o para la diarrea: - Taza grande para un niño < 2 años, - Taza grande para ninos mayores--después de cada deposicion O para deshidratacion: una cucharada cada 1-2 minutos durante las primeras 1-6 horas)	☐	☐
3·8 3 ¿Da instrucciones de como preparar el SRO? (Mezclar el SRO con 1 litro de agua limpia)	☐	☐
3·8 4 ¿Verifica que el encargado del niño entienda las instrucciones? (Pida que repita las instrucciones o que demuestre como mezclar SRO)	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 4 Aceptable [4]: Si ---------- 3·8 ----------> Si ☐

[Pregunte]:
3·9 Usualmente, ¿como se dan las instrucciones para preparar las SRO?

☐ 1 Folleto para llevar a casa sin instrucciones orales
☐ 2 Instrucciones orales sin demostración
☐ 3 Trabajador de salud demuestra
☐ 4 Encargado del niño participa en la demostracion

Aceptable [Respuestas 2, 3, o 4]: Si ---------- 3:9 -------> Si ☐

3:10 ¿Que consejos da al encargado del niño con diarrea pero sin signos de desbidratacion?

		No	Si
3:10 1	¿Acerca de la dieta durante y después de la diarrea? (Continuar dando liquidos y alimentos y amamantar mas frecuentemente)	☐	☐
3:10 2	¿Acerca de cuando traer el niño al trabajador de salud? (Traer el niño si el niño tiene signos de desbidratacion [elimina muchas deposiciones, esta muy sediento, tiene ojos hundidos], tiene fiebre no come o bebe normalmente, o no presenta mejoria. El trabajador de salud debe mencionar al menos 2 de los signos)	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 2 Aceptable [2]: Si ☐ ----------3:10----> Si ☐

3:11 ¿Que consejos da al encargado del niño acerca de como prevenir la diarrea ?

		No	Si
3:11 1	¿Acerca de la nutricion adecuada? (Amamantar exclusivamente los primeros 4 a meses, continuar amamantando el primer año, y añadir comidas de destete a los 4 meses)	☐	☐
3:11 2	¿Acerca del uso de agua limpia? (Recolectarla de fuentes limpias y almacenarla apropiadamente)	☐	☐
3:11 3	¿Acerca de la higiene adecuada? (Lavarse las manos con jabon despues de defecar y antes de comer o preparar alimentos; y eliminar las heces en una letrina o enterrandolas-	☐	☐

Puntaje: ___ Si de 3. Aceptable [≥1] Si ☐ ----------3:11--------> Si ☐

3:12 ¿Que dificultades, encontro en el buen manejo de los casos de niños con diarrea? [Liste]

a _____

b. _____

c _____

3:13 ¿Cuantos pacientes atiende al dia (incluyendo a los pacientes con diarrea)? _____pacientes

[Encuestador: Añada sus comentarios acerca de la carga de casos]:

Formulario 5: EVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y SUMINISTROS

Provincia: _____ Distrito: _____
Corregimiento: _____ Comunidad: _____ Encuestador: _____
Nombre del establecimiento: _____
Tipo de establecimiento : __Hospital, __Centro de salud,
__Subcentro de salud __Puesto de salud __Otro

5:1 [Encuestador: Identifique el siguiente personal durante la reunión inicial con el encargado del establecimiento

	Numero de funcionarios en el establecimiento	Personal que maneja casos de diarrea?
Pediatras	____	____
Otros doctores	____	____
Enfermeras	____	____
Auxiliares de enfermeria	____	____
Ayudante de salud	____	____
Otros, especifique:		
_____	____	____
TOTAL	____	____

Metas para CED del Establecimiento

		No	Si	[En caso afirmativo, escriba numero]:
6:2	¿Tiene este establecimiento registros acerca de:			
6:2.1	Asistencia mensual a niños menores de 5 años con diarrea? (estime un promedio)	☐	☐	----> _____
6:2.2	Asistencia mensual a todos los niños menores de 5 años por todos los motivos (estime un promedio)	☐	☐	----> _____
6:2.3	Graficos o estadisticas disponibles relacionadas con diarrea?	☐	☐	Que? _____ ----> _____

Establecimiento

		Si	No	[En caso negativo]: Comente acerca de lo que se podria usar para hacer un lugar para TRO
6:3	¿Existe un area para TRO? (Para que las madres mezclen y den TRO a los niños)	☐	☐	---------->

		No	Si	
6:3.1	¿Hay espacio adecuado para el tratamiento TRO?	☐	☐	a. Espacio disponible _____
6:3.2	¿Hay suficientes muebles para el tratamiento TRO?	☐	☐	b. Muebles disponibles: _____

6:4	¿Hay lugar para que los padres o encargados de los niños se laven las manos?	☐	☐
6:5	¿Hay letrinas para los pacientes? o Servicios	☐	☐

Equipo y Suministros
[Preguntar a un trabajador de salud]:

		Siempre a menudo	Algunas veces	Nunca	
4:6	¿Se acaban los paquetes de SRO	☐	☐	☐	
4:7	¿Se acaban las tazas, cucharas o utensilios para medir y mezclar?	☐	☐	☐	
4:8	¿Se acaban los antibioticos necesarios para el tratamiento de diarrea con sangre?	☐	☐	☐	
4:9	¿Se acaban los sueros intravenosos y equipos de venoclisis (Agujas, mariposas, medicul)	☐	☐	☐	☐ Establecimiento no provee suero intravenoso IV

		No	Si			
4:10	¿Hay una pesa que funcione en el area de evaluación de pacientes de diarrea? EXISTE CURVA PESO EDAD	☐	☐ →	No ☐	Si ☐	Otros comentarios acerca de suministros:
4:11	¿Son almacenados apropiadamente los SRO? [Limpio, seco, organizado; verifique la condición de algunos paqueles)	☐	☐			

Educación de Salud

		No	Si	[En caso afirmativo]: Con que frecuencia
4:12	¿Ofrece el establecimiento sesiones de educacion en salud que incluyan tratamiento y prevención de diarrea?	☐	☐	---)
4:13	¿Se exhiben afiches de educacion en salud acerca del tratamiento y prevención de diarrea?	☐	☐	
4:14	¿Hay otros materiales de educación en salud disponibles para la enseñanza de prevencion y tratamiento de diarrea? (folletos, afiches, murales)	☐	☐	Otros comentarios acerca de la educacion de salud

[En caso afirmativo]:
Son los materiales:

	No	Si
4:14.1 ¿Técnicamente correctos?	☐	☐
4:14.2 ¿Apropiados para la poblacion (lenguaje, fotos y simbolos; nivel de alfabetismo)?	☐	☐
4:14.3 ¿Atractivos (impresión clara)?	☐	☐

Guias Escritas

		No	Si
4:15	¿Puede el establecimiento mostrarle guias escritas para la evaluación y tratamiento de diarrea y deshidratacion? (Tabla de tratamiento de diarrea)	☐	☐

Referencia

		No	Si	
4:16	¿Refieren , casos de diarrea?	☐	☐	¿A qué?
4:17	¿Hay problemas para referir o al referir los casos?	☐	☐ ---)	[En caso afirmativo]: Cuales problemas

Personal

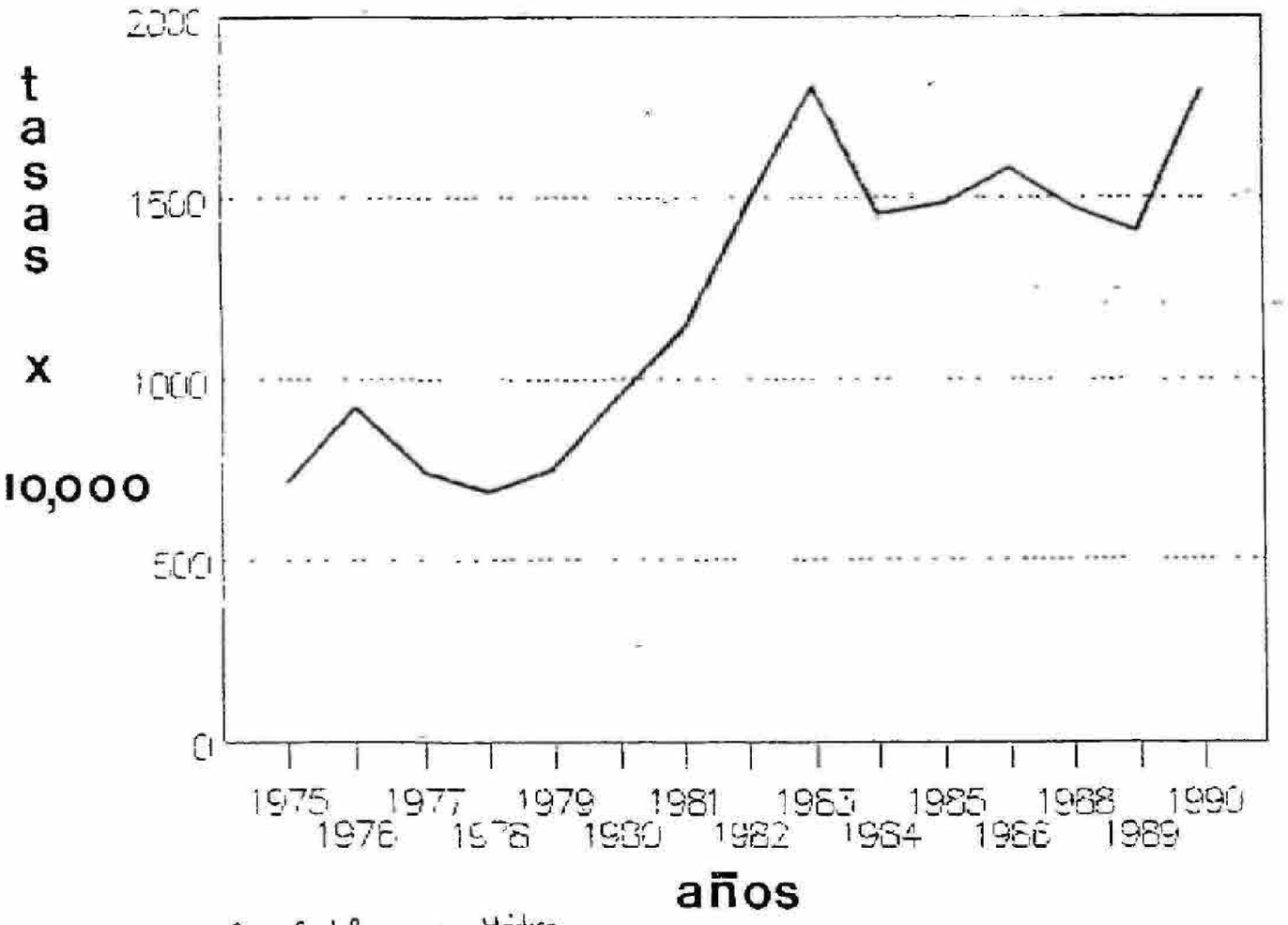
	Nunca suficientes	No suficientes en algunas epocas	Siempre suficientes
4:18 ¿Hay suficientes trabajadores de salud para manejar los casos de diarrea?	☐	☐	☐

4:19 ¿Que personal es responsable por los pasos en el manejo de los casos de diarrea?

	Nadie	Trabajador de salud:
a. Quien hace filtro inicial y recibe referencia de trabajadores de salud para evaluacion?	☐	_____
b. Quien evalua?	☐	_____
c. Quien hace los pedidos de los antibióticos?	☐	_____
d. Quien hace los pedidos de venoclisis?	☐	_____
e. Quién da la TRO en el establecimiento	☐	_____
f. Quién administra los venoclisis IV?	☐	_____
g. Quién da instrucciones al encargado del como dar SRO?	☐	_____
h. Quién da consejos al encargado del niño acerca del cuidado en casa y prevencion de diarrea?	☐	_____

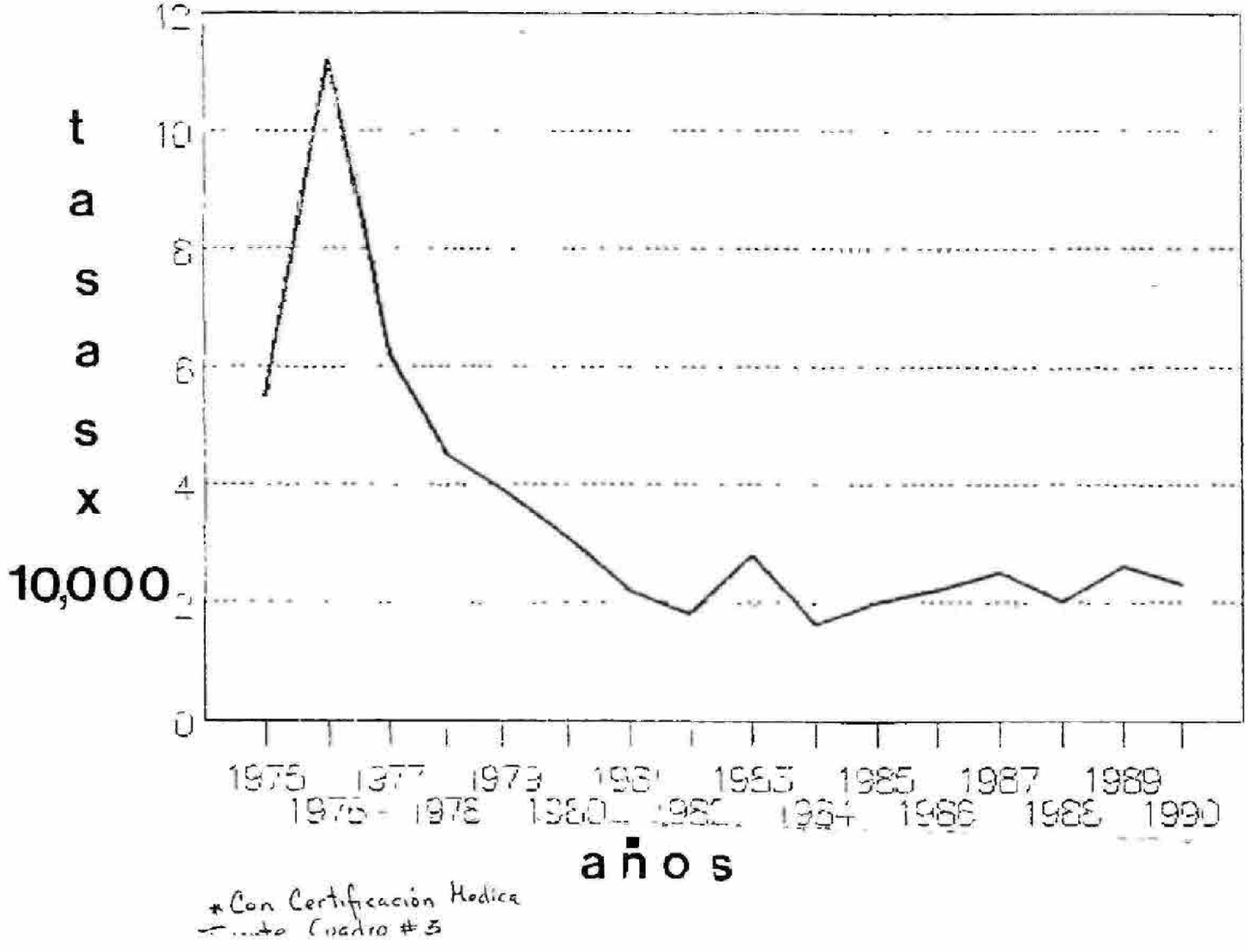
4:20 Otros problemas o observaciones:

MORBILIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA EN MENORES DE 5 AÑOS PANAMA 1975 - 1990



* Con Certificacion Médica
Fuente Cuadro #3

mortalidad por enfermedad diarreica en menores de 5 años PANAMA 1975 - 1990



*Con Certificación Medica
Ver Cuadro #5

BIBLIOGRAFIA

I. Libros.

Blanco R., Rodríguez J. "Síndrome Diarreico Agudo en la Infancia". Editorial BR. Guatemala, C.A. 1984.

OMS. Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades. IX Revisión, 1975.

Hoffman, Rudolph. Pediatrics. Appleton and Lange. XVIII Edition. p. 591-592. 1987.

II. Publicaciones e Informes:

Comité Coordinador Interagencial para el Control de las enfermedades diarreicas. CCI/CED. Plan de Acción para el Control de las enfermedades diarreicas en la Región de las Américas. 1990.

Foro Internacional de Planificadores en Nutrición. Nutrición y Control de Enfermedades Diarreicas. Inglaterra, agosto 12-16. 1985.

Ministerio de Salud. Programa Infantil. Normas de Control de la Enfermedad Diarreica y Terapia de Rehidratación Oral. Panamá. 1988.

Nestle Nutrition. Diarrea Aguda: Consecuencias Nutricionales en la Infancia. Washington, D.C. 1983.

OMS/UNICEF. El Tratamiento de la diarrea y Uso de la Terapia de Rehidratación Oral. Ginebra, 1983.

OMS. Pautas para los Instructores de Agentes de Salud. Tratamiento y Prevención de la Diarrea Aguda. 1985.

OPS. Medicamentos Inapropiados en Diarrea: La Magnitud del Problema, Basado en Coloquio Científico. Perú. 1989.

OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica No. 524. Vol. I. 1990.

OPS/OMS. Programa CED. Pautas para conducir Cursos de Capacitación Clínica en Centros de Salud y Hospitales Pequeños: Manejo Correcto de Casos de Diarrea. 1991.

OPS/OMS. Programa CED. Manual para realizar encuestas en los establecimientos de Salud. Manejo correcto de los casos de diarrea. 1991.

OPS/OMS. Curso sobre habilidades de supervisión. Manejo del paciente con diarrea. III Edición. Rev. Dic. 1991.

III. Revistas y Periódicos:

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Control de las Enfermedades Diarreicas. 1. Análisis de Posibles Intervenciones para Reducir su Alta Incidencia. R. Feachem, R. Hogan, 99(2): 173-178. 1985.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Medidas para el Control de las Enfermedades Diarreicas en Niños Menores de Cinco Años. 4. Fomento de la Lactancia Materna de R. Feachem, M. Kiblinsky. 99(5): 464-497. 1985.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Medidas para el Control de las Enfermedades Diarreicas en Niños. 3. Programas de Alimentación Complementaria, de R. Feachem. 99(4): 363-380. 1985.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Medidas para el Control de las Enfermedades Diarreicasen Niños Menores de Cinco Años. 2. Inmunización Sarampionosa. R. Feachem, M. Koblinsky. 99(3): 217-234. 1985.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Medidas para el Control de las Enfermedades Diarreicas en Niños Menores de Cinco Años. 5. Fomento de la Higiene Personal y Doméstica de R. Feachem. 99(6): 571-585. 1985.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Medidas para el Control de las Enfermedades Diarreicas en Niños Menores de Cinco Años. 6. Quimioprofilaxis. I Zoysa y R. Feachem. 100(1): 47-74. 1986.

Boletín Informativo de la Asociación Panameña de Inspectores de Saneamiento. Art. "Programas de Acueductos Rurales Inicia el IDAAN". Abril, 1967.

Boletín Informativo de la Asociación Panameña de Inspectores de Saneamiento. Art. "Historia del Saneamiento Ambiental en Panamá". Febrero, 1973.

Diálogo sobre la Diarrea. Art. "Mecanismos de Diarrea y su Importancia". de W. Cutting, Ahrtag, No. 34, p. 4-5. 1980.

Diálogo sobre la Diarrea. Art. "Avances Logrados en el Programa CED de la OPS". de C. Drasbek, AHRTAG. No. 38, p. 6-8. 1991.

Diálogo sobre la Diarrea. Art. "Representantes de los Programas Nacionales CED de 19 países Latinoamericanos se Reunieron en Bolivia". AHRTAG. No. 40. p. 1-6. 1992.

Diálogo sobre la Diarrea. Art. "Los Medicamentos y la Diarrea Infantil". AHRTAG. No. 39. p.1. 1992.

Diálogo sobre la Diarrea. Art. "Uso Racional de los Medicamentos en el Manejo de la Diarrea Aguda en Niños". AHRTAG, No. 39. p. 5-7. 1992.

Diálogo sobre la Diarrea. Art. "Avances Logrados por los Programas Nacionales de Control de Enfermedades Diarreicas (CED)". de C. Drasbek. AHRTAG No. 39. p. 9-10. 1992.

La Prescripción. Art. "Lineamientos para la Utilización Racional de Medicamentos en los Servicios Básicos de Salud". UNICEF. No. 4, p. 1-7. Noviembre, 1992

New England Journal of Medicine. Art. "Oral Rehydratation Therapy of Infantil Diarrhea. A Controlled Study of Well Nourished Children Hospitalized in the Unites States and Panamá". 306: 1,070-1,976. 1982.

Salud Mundial. Art. "Disentería Bacilar". de Sudhir Chandra. OMS. p. 14-15, abril 1986.

Salud Mundial. ¿Es muy Peligrosa la Diarrea? de Leonardo Mata. OMS. p. 5-7, abril 1986.

Salud Mundial. Art. "La Lucha Contra la Diarrea a Escala Mundial". de Michael Merson, OMS. p. 2-4. 1986.

Salud Mundial. Art. "Vacunas en Perspectivas". de Myron Levine. OMS, p. 24-26. 1986.

Salud Mundial. Art. "Tratamiento de la Diarrea". por M. Santosham y R. Reid. OMS. p. 8-9. 1986.

Salud Mundial. Art. "Cuando los Medicamentos son Inútiles". de Ibrahim Elarabi. OMS. p. 10-11, 1986.

Weekly Epidemiological Record. Art. CED. "Evaluating the Progress of National CDD Programmes: result of Surveys of Diarrhoeal Caseo Management". OMS. No. 36. p. 265-270. Sept., 1991.

IV. Estadísticas:

Caja de Seguro Social. Depto. de Epidemiología. Cobertura de Población Asegurada en Menores de Cinco Años. Panamá, 1990.

Caja de Seguro Social. Depto. de Epidemiología. Estadísticas de Morbilidad por Enfermedades Transmisibles. Panamá. 1990-1992.

Estadísticas Vitales. Situación Demográfica. Contraloría General de la República. Panamá, 1986.

Estadísticas Vitales. Situación Demográfica. Vol. III. Defunciones. Contraloría General de la República. Panamá, 1989.

Ministerio de Salud. Depto. Materno-Infantil, Morbimortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de Cinco Años en la República de Panamá. 1975-1990.

Ministerio de Salud. Depto. Estadísticas. Morbilidad por Enfermedades Infecto-Contagiosa en la República de Panamá. 1985-1991.

Ministerio de Salud. División Epidemiológica. Casos y Tasas de Diarrea en la República de Panamá y en Menores de Cinco Años por Región de Salud. 1989-1990.

OMS. World Health Statistics Annual. 1990.

OPS. Indicadores e Información sobre las Enfermedades Diarreicas. Resumen para la Región de la OMS de las Américas. 1990.

BIBLIOGRAFIA

(Por Orden de Mención)

1. OMS. World Health Statistics Annual. p. 5. 1990.

2. OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica No. 524. Vol. I. 1990.

3. Mata, L. "Es muy peligrosa la diarrea?" Salud Mundial. OMS. p. 5-7. 1986.

4. OPS/OMS CED. Pautas para conducir Cursos de Capacitación Clínica en Centros de Salud y Hospitales Pequeños: Manejo Correcto de Casos de Diarrea. 1991.

5. Panamá: Ministerio de Salud - Departamento Materno Infantil. Morbi-mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en la República. 1975-1990.

6. OPS. Indicadores e información sobre las enfermedades diarreicas. Resumen para la región de la OMS de las Américas. 1990.

7. Blanco R., Rodríguez J. "Síndrome Diarreico Agudo en la Infancia". Editorial BR. Guatemala, C.A. 1984.

8. Comité Coordinador Interagencial para el Control de las enfermedades diarreicas. CCI/CED. Plan de Acción para el Control de las enfermedades diarreicas en la Región de las Américas. 1990.

9. Merson, M. "La lucha contra la diarrea a escala mundial". Salud Mundial. Revista de la OMS. p. 2-4. 1986.

10. OPS/OMS. Programa CED. Manual para realizar encuestas en los establecimientos de Salud. Manejo correcto de los casos de diarrea. 1991.

11. Panamá: Caja de Seguro Social - Departamento de Epidemiología. Cobertura de población asegurada en menores de cinco años. 1990.

12. Panamá: Caja de Seguro Social - Departamento de Epidemiología. Estadísticas de morbilidad por enfermedades transmisibles. 1990 - 1992.

13. Panamá: Ministerio de Salud - Departamento de Estadísticas. Morbilidad por enfermedades infecto-contagiosas en la República de Panamá. Años 1985-1991.

14. Panamá: Estadísticas Vitales. Situación Demográfica. Vol. III. Defunciones 1989.

14a. Panamá: Boletín Informativo de la Asociación Panameña de Inspectores de Saneamiento (APIS). Abril, 1967.

14b. Panamá: Boletín Informativo de la Asociación Panameña de Inspectores de Saneamiento (APIS). Febrero, 1973.

15. Panamá: Estadísticas Vitales. Situación Demográfica. Contraloría General de la República, 1986.

16. Cutting, W. "Mecanismos de Diarrea y su Importancia". Diálogo sobre la Diarrea No. 34. 1990.

17. OMS. Pautas para los Instructores de Agentes de Salud. Tratamiento y Prevención de la Diarrea Aguda. 1985.

18. OMS/UNICEF. El Tratamiento de la diarrea y Uso de la Terapia de Rehidratación Oral. Ginebra, 1983.

19. OPS/OMS. Curso sobre habilidades de supervisión. Manejo del paciente con diarrea. III Edición. Rev. Dic. 1991.

20. Panamá: Ministerio de Salud. Programa Infantil. Normas de Control de la Enfermedad Diarreica y Terapia de Rehidratación Oral. 1988.

21. Hoffman, Rudolph. Pediatrics. Appleton and Lange. XVIII Edition. p. 591-592. 1987.

22. UNICEF. Lineamientos para la utilización racional de medicamentos en los servicios básicos de salud. La Prescripción No. 4. p. 1-7. Nov. 1992.

23. OPS. Basado en coloquio científico del 2 de nov. 1989 en Perú. Medicamentos inapropiados en Diarrea. La magnitud del problema.

24. Diálogo sobre la diarrea. Los medicamentos y la diarrea infantil No. 39. p. 1. 1992.

25. Diálogo sobre la diarrea. Uso racional de los medicamentos en el manejo de la diarrea aguda en niños. No. 39. p. 5-7. 1992.

26. Feeachem R., Hogan R.; Mearson, M. Control de las enfermedades diarreicas. 1. Análisis de posibles intervenciones para reducir su alta incidencia. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 99(2): 173-178. 1985.

27. Chandra Pal, S. "Disentería Bacilar". Salud Mundial Rev. OMS. p. 14-15. Abril, 1983.

28. Nestlé Nutrition. Diarrea Aguda: Consecuencias nutricionales en la infancia. 1983.

29. Feachem, R.; Koblinsky, M. Medidas para el control de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años. 4. Fomento de la lactancia materna. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 99(5): 464-497. 1985.

30. Foro Internacional de Planificadores en Nutrición. Nutrición y Control de Enfermedades Diarreicas. Inglaterra, agosto 12-16. 1985.

31. Feachem, R. Medidas para el control de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años. 3. Programas de alimentación complementaria. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 99(4): 363-380. 1985.

32. Feachem, R.; Koblinsky, M. Medidas para el control de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años. 2. Inmunización sarampionosa. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 99(3): 217-234. 1985.

33. Levine, H. Vacunas en perspectiva. Salud Mundial. Rev. OMS. p. 24.26. 1986.

34. Feachem, R. Medidas para el control de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años. 5. Fomento de la higiene personal y doméstica. Bol. Ofic. Santi. Panam. 99(6): 571-585. 1985.

35. Zoysa, I.; Feachem, R. Medidas para el control de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años. 6. Quimioprofilaxis. 100(1): 47-74. 1986.

36. OMS. Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades. IX Revisión, 1975.

37. Panamá: Ministerio de Salud - División Técnica de Epidemiología. Casos y tasas de diarrea en la República de Panamá y en menores de cinco años por región de salud. 1989-1990.

38. Drasbek, C. Metodologías Disponibles. Avances logrados por los programas nacionales de control de enfermedades diarreicas (CED). Diálogo sobre la Diarrea No. 39. p. 9-10. 1992.

39. Representantes de los Programas Nacionales CED de 19 países latinoamericanos se reunieron en Bolivia. Diálogo sobre la Diarrea No. 40. p. 1-6. 1992.

40. Santosham, M., Reid, R.: "Tratamiento de la diarrea". Salud Mundial. Rev. OMS. P. 8-9. 1986.

41. Elarabi, I. "Cuando los medicamentos son inútiles". Salud Mundial. Rev. OMS. p. 10-11. 1986.

42. Santosham, M.; Daum, R.; Dillman, L. et al. "Oral rehydratation therapy of infantil diarrhea. A controlled study of well nourished children hospitalized in the United States and Panama". New Engl. J. Med. 306: 1070-1076. 1982.

43. Drasbek, C. Indicadores e Impacto. Avances logrados en el programa CED de la OPS. Diálogo Sobre la Diarrea No. 38. p. 6-8. 1991.

44. OMS. Diarrhoeal Disease Control Programme. Weekly Epidemiological Record. Evaluating the progress of National CDD programmes: Results of surveys of diarrhoeal case management, No. 36 p. 265-270. 1991.