



UNIVERSIDAD ANDINA "SIMON BOLIVAR"

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

CURSO DE MAESTRIA EN "SALUD PUBLICA"

**"PERCEPCIONES Y PRACTICAS MATERNAS
FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y LA TERAPIA DE
REHIDRATACIÓN ORAL EN EL DISTRITO I DE SALUD - SUCRE, 2003"**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster en "Salud Pública"**

ALUMNO : Omar Brun Candia

TUTOR : MsC. Walter Gallo Zuleta

**SUCRE – BOLIVIA
AÑO 2004**

Dedicado a:

MI MADRE

Por guiar la vida de sus hijos, con sensibilidad y perseverancia por el camino de la superación.

MI ESPOSA

Por su comprensión y apoyo permanente.

MIS HIJOS

Por ser la fuente de inspiración diaria.

Mi agradecimiento a:

La Universidad Andina Simón Bolívar, institución que me brinda la oportunidad de optimizar mis conocimientos. A los profesores del Primer Curso de Maestría en Salud Pública por su dedicación y su desprendimiento. A mis amigos, colegas y todos aquellos que desde atrás del escenario hicieron posible este trabajo.

Resumen

Objetivo. Identificar las percepciones y prácticas terapéuticas utilizadas por madres residentes en comunidades rurales y áreas peri urbanas del Distrito I de Salud - Sucre, cuando se presentan episodios diarreicos en sus hijos menores de cinco años, su grado de generalización en la comunidad, así como su relación con los entramados de significados sociales que las sustentan.

Material y métodos. La unidad de muestreo la formaron Mujeres en Edad Fértil, que además son madres, residentes en el Distrito I de Salud. La selección de la muestra se realizó tomando en cuenta la asistencia a servicios asistenciales y en cada madre cuyo hijo menor de cinco años haya presentado un episodio diarreico recientemente. El muestreo utilizado fue no probabilístico, por conveniencia; la fórmula de cálculo muestral permitió obtener la muestra equitativa consistente en 335 mujeres madres, según estrato. Se llevó a cabo un análisis estadístico de los conocimientos y prácticas terapéuticas realizadas por madres; se estudió su relación con diversas variables objeto de estudio.

Resultados. Resaltaron ser habituales prácticas consideradas como las más importantes en la obstaculización de la Terapia de Rehidratación Oral: falta de información, carencia de un marco de conocimientos y percepciones inadecuadas en la utilización del Sobre de Rehidratación Oral. El análisis reveló una relación de significancia entre las prácticas contraindicadas y el hecho de no tener claro los significados de diarrea y el concepto de deshidratación.

Palabras clave: Percepciones; Práctica Materna; Diarrea Infantil, Terapia de Rehidratación Oral.

INDICE

	Paginas
CAPITULO I	
INTRODUCCION	
Planteamiento del Problema.....	2
Justificación del problema.....	2
Objetivos de la investigación	
Objetivo General.....	4
Objetivo específico.....	4
Hipótesis.....	4
CAPITULO II	
MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
Contexto.....	5
Marco Conceptual.....	24
CAPITULO III	
MATERIAL Y METODOS	
Tipo y Diseño General de la Investigación.....	52
Población, Selección y Tamaño de Muestra.....	52
Variables de estudio.....	56
Fuentes de información.....	58
Técnicas e instrumentos de estudio.....	59
CAPITULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
Estructura de la población según edad y estrato.....	61
Estructura de la población según grado de escolaridad.....	62
Número de hijos por madres encuestadas	62
Uso de medicamentos en episodios diarreicos.....	63
Tipo de medicamentos utilizados.....	64
Asistencia a servicio de salud	64
Razón por la que no asistió a servicios de salud	65
Uso de medicina tradicional	66
Motivo de uso de medicina tradicional	67
Conocimiento del Sobre de Rehidratacion Oral.....	67
Practicas de uso de SRO.....	68
Lugar donde aprendio a utilizar el SRO.....	69
Uso adecuado de SRO.....	69
Conocimiento y significado de diarrea.....	70
Perpciones sobre consecuencias de EDA	71
Percepcione sobre causa y consecuencia de deshidratación.....	72

CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS	73
-------------------------------------	-----------

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	79
Recomendaciones	80

BIBLIOGRAFIA	81
---------------------------	-----------

ANEXOS .

**“PERCEPCIONES Y PRACTICAS MATERNAS FRENTE A
LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y LA TERAPIA DE
REHIDRATACIÓN ORAL DISTRITO I DE SALUD – SUCRE, AÑO 2003”**

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

A partir de la realización, en 1990, de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, se pusieron en efecto estrategias enfocadas de manera prioritaria a la reducción de la mortalidad por enfermedad diarreica y por infecciones respiratorias agudas, a la ampliación de las coberturas de vacunación y al mejoramiento de las condiciones sanitarias. Durante los últimos años en las políticas de salud en Bolivia se ha hecho un énfasis sin precedente en los programas de atención al niño.

TABLA N° 1

**TASA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS
Y OTROS INDICADORES EN VARIOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA.
1995 – 1998.**

PAÍS	TMM5 1998	TMI 1998	Población total (millones) 1998	Esperanza de vida al nacer (años) 1998	Tasa de alfabetización de adultos 1995
Bolivia	85	66	8,0	62	82
Perú	54	43	24,8	68	88
Brasil	42	36	165,9	67	83
México	34	28	95,8	72	89
Costa Rica	16	14	3,8	76	95
Cuba	8	7	11,1	76	96

Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2000, pp. 84-87.

La reducción de la Mortalidad Infantil en Bolivia, ha sido uno de los logros más relevantes; la Tasa de Mortalidad en Menores de Cinco Años bajó de 116 defunciones por cada mil niños de esta edad en 1978, a 58.43 en el año 2001. (UNICEF; 2000)

Más de 70% de estas muertes puede evitarse si se utiliza la Terapia de Rehidratación Oral, que consiste en incrementar el consumo de líquidos, dar de beber Sales de Rehidratación Oral (SRO), continuar la alimentación y no usar antidiarreicos.

En este sentido, el comportamiento de la población ante la enfermedad diarreica es diferente de acuerdo con el tipo de comunidad en que reside. La ruralidad puede considerarse como desventajosa por múltiples factores, entre los que destacan las precarias condiciones de vida, el acceso difícil a los servicios de salud y la baja escolaridad. Consecuencia de lo anterior es la mayor mortalidad en menores de cinco años.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

No se conocen las percepciones, conductas y prácticas de las madres, frente a la Enfermedad Diarreica Aguda y la Terapia de Rehidratación Oral en menores de cinco años, en comunidades rurales y área peri urbana del Distrito I de Salud - Sucre.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Se ha promovido el uso de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y de Sales de Rehidratación Oral (SRO), se ha dado particular apoyo a la educación para el tratamiento adecuado de los niños con enfermedad diarreica aguda (EDA), tanto en el hogar como en los servicios de salud. Sin embargo, se ha reconocido también, que las acciones de las políticas de salud en busca de mejorar la salud infantil deben orientarse por medio de evaluaciones del impacto de las estrategias establecidas.

En América Latina, diversas investigaciones indican que hay dos situaciones que impiden que la TRO evite la deshidratación y los desenlaces fatales: la primera tiene que ver con el escaso -y a veces mal uso- del SRO, y la segunda, con la prescripción errónea y el consumo de medicamentos como antibióticos o antidiarreicos, contraindicados. (INSP México; 1992)

En lo que se refiere a los médicos, enfermeras y auxiliares de salud, se ha visto que no siempre incluyen en el tratamiento de la diarrea el SRO, y la mayoría prefiere utilizar

antibióticos, antieméticos, antidiarreicos y antiparasitarios. Esta situación se repite en los casos de los niños que han muerto por deshidratación. (Revista, INSP México; 1992)

Como la presencia de enfermedades diarreicas es un fenómeno cotidiano, sobre todo en familias de comunidades rurales del país, es racional recapacitar que su consecuencia directa, la mortalidad, deber ser evitada y siendo el Área de Salud objeto de estudio una de las más deprimidas del departamento, el presente trabajo se fundamentó por :

a).- Era evidente la necesidad de identificar con precisión, las razones por las cuales persisten las prácticas de no recurrir al SRO y de la medicación incorrecta en la población, toda vez que han sido poco estudiadas. Se advirtió una relación significativa entre condiciones sociales y variables culturales, por un lado, y el rechazo del SRO, por el otro. Se ha visto también que, esta costumbre de recurrir a las prácticas "curativas de la diarrea" está relacionada con el concepto que tienen las madres acerca de la diarrea y la deshidratación: confunden ambos conceptos pensando que la deshidratación es sólo el conjunto de síntomas de la diarrea y que lo que hay que hacer es "pararla". Desconocen que la deshidratación es un proceso derivado de la diarrea, una complicación de la misma, que requiere de atención específica y que es la causa directa de desnutrición y muerte posterior de estos niños.

b).- Las madres, conociendo y entendiendo sistemáticamente la diversidad de factores, causas y consecuencias que conlleva la Enfermedad Diarreica Aguda en niños pequeños, podrán en el futuro contar con mejores criterios para desarrollar acciones en su atención y prevención, contribuyendo conjuntamente con el personal de salud, con las estrategias que favorezcan los resultados positivo, en la Gerencia I de Salud – Sucre, como factor de relevancia para la sostenibilidad de los logros conseguidos con la investigación.

Preocuparse de madres, niños y niñas de las áreas peri-urbanas y rurales de salud de comunidades rurales del Distrito I de Salud - Sucre, velando por su salud integral ayudará a crear condiciones favorables para la prevención de las enfermedades de alta incidencia y prevalencia, así como servicios de salud integral con calidad y calidez.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

A. General.

El objetivo general planteado en la investigación fue, identificar las percepciones y prácticas terapéuticas utilizadas por madres residentes en comunidades rurales y áreas peri urbanas del Distrito I de Salud - Sucre, cuando se presentan episodios diarreicos en sus hijos menores de cinco años.

B. Específicos.

Los objetivos específicos estaban orientados a:

- i. Establecer el grado de conocimiento de la Terapia de Rehidratación Oral, en las madres con niños menores de cinco años. (Relación: conocimiento de SRO vs. Utilización del mismo).
- ii. Describir el conocimiento de las madres, sobre Enfermedad Diarreica Aguda en las áreas peri urbana y rural del Distrito I de Salud - Sucre.
- iii. Identificar prácticas y alternativas de tratamiento a las que recurren las madres con niños menores de cinco años con EDA.
- iv. Explorar la relación entre conocimiento de las madres sobre EDA con: su grado de escolaridad, uso del Sobre de Rehidratación Oral; utilización de Medicina Tradicional y otros medicamentos en niños menores de cinco años con episodios diarreicos.

1.4. Hipótesis.

La hipótesis propuesta en el presente trabajo de investigación suponía que las percepciones y prácticas maternas, en cuanto al conocimiento y uso de la Terapia de Rehidratación Oral, en niños menores de cinco años con Enfermedad Diarreica Aguda eran imprecisas, inadecuadas e inoportunas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 CONTEXTO

A. CONTEXTO POLÍTICO.

La división político-administrativa de Bolivia contempla nueve departamentos, comprende un territorio de 1.098.581 km²; 25% de la superficie corresponde a la zona del Altiplano y la Cordillera de los Andes, 15% a los valles interandinos y 60% a los llanos. El 45% de la población nacional vive en el Altiplano, 30% en los valles y 25% en los llanos, a partir de la Ley de Descentralización de 1995, Bolivia es una República democrática, representativa, unitaria y presidencialista; el Estado está dividido en tres poderes: El Ejecutivo, ejercido por el Presidente de la República conjuntamente con los Ministros de Estado. El Legislativo reside en el Congreso Nacional compuesto por la Cámara de Diputados y la de Senadores. El Judicial lo ejerce la Corte Suprema de Justicia, las Cortes Superiores de Distrito y demás tribunales y juzgados que las leyes establecen. Cuenta con un Poder Ejecutivo Departamental delegado en un Prefecto con la fiscalización de un Consejo Departamental. Los nueve departamentos se subdividen en 112 Provincias y 325 Municipios, con sus respectivos Gobiernos Municipales electos y autónomos.

El Sistema de Planificación Nacional fue establecido por la Ley N° 1178 del Sistema de Administración Financiera y Control de Operaciones (Ley SAFCO) y por la Resolución Suprema N° 216779 que regula la planificación en el ámbito nacional. Se reconocen tres niveles de Planificación: el Central, expresado en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES), de carácter indicativo y normativo para toda la Nación; el Departamental, expresado en el Plan de Desarrollo Departamental (PDD); el Local, expresado en los Planes de Desarrollo Municipal (PDM), que consolidan la planificación estratégica y participativa en los Municipios. (OPS; 2001)

La política social está establecida en el Plan General de Desarrollo Económico y Social, el actual gobierno decide llevar adelante el PLAN BOLIVIA que incluye elementos integrados de Política Nacional e Internacional que buscan poner a Bolivia en el camino

de la recuperación económica y social en forma estructural, teniendo en cuenta, que lo prioritario es el Desarrollo Humano, el cual pretende lograr con mecanismos descentralizados de gestión, que integran lo productivo, el mercado, el desarrollo social y la integración social. Toma como eje fundamental de éste, la *Estrategia Boliviana de "Lucha contra la Pobreza"*.

Todo este proceso tiende a desarrollarse en forma descentralizada y participativa toda vez que la descentralización está orientada a fortalecer los espacios Municipales, profundizando la Ley de Participación Popular, y fortaleciendo la participación de la comunidad a través de estructuras institucionalizadas que articulen las necesidades con las capacidades, lo ideal con lo posible.

El potenciamiento recíproco de la descentralización y la participación popular busca fortalecer los gobiernos locales en los territorios municipales, mejorar su capacidad administrativa y superar la inestabilidad política abriendo espacios a la democracia participativa y mejorándola con la expresión directa de las comunidades indígenas originarias en el área rural y las juntas vecinales y otras organizaciones de la sociedad civil en las ciudades.

a).- Nueva Política de Salud.

La nueva gestión de salud plantea el funcionamiento de los Directorios Locales de Salud (DILOS), éstos se constituyen en el instrumento de cambio a fin de que la población en general contribuya a cimentar la salud como un derecho y a convencerse de que la salud, como expresión de la calidad de vida, depende más del desarrollo económico y social que de lo que puedan hacer los servicios médicos por sí solos.

Bolivia ha desarrollado muchos Programas Nacionales y Estrategias en el área de salud lo suficientemente buenas desde el punto de vista técnico, pero su impacto ha sido reducido por su enfoque elitista y autoritario.

La Nueva Política Nacional de Salud, es resultado de todas las experiencias anteriores y se propone enfrentar los desafíos de la difícil realidad social y económica, para hacer

una defensa de la salud colectiva, mejorar los servicios y transformar el beneficio en la construcción de un derecho.

Por otra parte, considera la responsabilidad de las decisiones fundamentales a ser aplicadas, en igualdad de condiciones, con el gobierno municipal y los representantes de las organizaciones territoriales de base de estructura popular actuando simultáneamente en:

- **Salud pública**, a cargo de los Servicios Departamentales de Salud -SEDES- afrontando los determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad desarrollando puentes para vincular la salud con otros sectores como educación, vivienda, agricultura, desarrollo de caminos y desarrollo económico en general, desde la prefectura del departamento correspondiente. propiamente dicha y el de los servicios de atención médica.
- **Segundo**, bajo la responsabilidad del Directorio Local de Salud -DILOS- de cada municipio, ampliando los servicios en gestión compartida, con activa participación popular. Conformando, por otro lado, adecuadas redes de servicios médicos promoviendo la participación de las organizaciones legítimas de la comunidad para constituirse en redes sociales paralelas a las de los servicios, de tal modo que se conjuguen los dos componentes indispensables, por un lado la mejor calidad profesional para brindar una atención médica oportuna y solidaria de alta eficacia, y por otro una población bien informada y con clara conciencia de sus derechos.

b).- Organización general

A partir de 1979, el estado boliviano se planteó la estructuración de un Sistema Boliviano de Salud conformado por el subsector público, el de la Seguridad Social, y el Privado con y sin fines de lucro.

La rectoría del Sistema de Salud es ejercida a nivel nacional por el Ministerio de Salud, cuyo rol es normar, evaluar, supervisar y fiscalizar en el marco de las Leyes de Descentralización.

A nivel departamental, las direcciones de Servicios de Salud, dependientes de las Prefecturas Departamentales, cumplen un rol de ejecución y adecuación de las políticas nacionales, coherente con el nivel central. En el ámbito Municipal, se encuentran las instancias locales con competencias operativas y de desarrollo de las acciones de prestación de servicios a través de los distritos sanitarios, responsables de la red local.

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud son ejercidas por los Servicios Departamentales de Salud a través de sus instancias técnicas hacia los establecimientos de la red

- Ámbitos de gestión.

El Sistema Nacional de Salud propuesto por el actual gobierno (2002- 2007), establece cuatro ámbitos de gestión:

- a) Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Previsión Social – MSPS.
- b) Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud - SEDES, dependiente de la Prefectura.
- c) Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud - DILOS.
- d) Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo

- Niveles de atención.

Constituida por cuatro niveles de atención de diferente complejidad pero de igual jerarquía, con un enfoque sistémico, en apoyo a la medicina familiar y comunitaria , para realizar acciones de promoción, prevención, protección, restauración y rehabilitación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, garantizando así la atención integral de salud.

La prestación de servicios se realiza en todos los establecimientos de salud, organizados en tres niveles de atención. Las actividades de promoción, prevención, información comunicación y educación para la salud se realizan en todos los niveles de atención.

- Primer Nivel: Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria e internación de tránsito. Este nivel de atención está conformado por: la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, consultorio médico, centro de salud con o sin camas, policlínicas y policonsultorios; constituyéndose en la puerta de entrada al sistema de atención en salud.
- Segundo Nivel: Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología. La unidad operativa de este nivel es el Hospital Básico de Apoyo.
- Tercer Nivel: Corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad; internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades; servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades.

El Cuarto Nivel que estaba constituido por los Institutos Nacionales de Investigación y Normalización dependientes del MSPS, con acciones operativas de alta complejidad, de docencia, investigación, apoyo y supervisión en áreas estratégicas para la salud; actualmente tiene la responsabilidad de contribuir al mejoramiento de la atención en salud en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. (OPS; 2002)

- **Redes de Salud.**

El Sistema Nacional de Salud está conformado por un conjunto de servicios y establecimientos de salud, organizados en redes que corresponden a diferentes niveles de atención y escalones de complejidad. Es responsabilidad de las Redes la defensa de la salud integral de la comunidad en su ámbito territorial.

Las Redes están conformadas por el Sistema Público de Salud y del Seguro Social de corto plazo.

Los establecimientos de salud de la iglesia, privados con o sin fines de lucro y de medicina tradicional, forman parte de las Redes de Salud según convenio, donde corresponda y de acuerdo a su nivel de atención.

Se reconocen dos tipos de Redes de Salud:

1.- La Red Municipal de Salud, conformada por uno o varios establecimientos de primer nivel y por un establecimiento de referencia de mayor complejidad. Para su conformación puede recurrirse a la mancomunidad de Municipios. El responsable operativo de la red, es el Gerente de Red.

2.- La Red Departamental de Salud, conformada por redes municipales y por los establecimientos de tercer nivel de complejidad, ubicados en las ciudades capitales de departamento. Es responsable de su organización el Director Técnico del SEDES

c).- Objetivos de la Nueva Política Nacional de Salud

La reciente aprobación del SUMI - Seguro Universal Materno Infantil- permite señalar como primer objetivo la atención gratuita, integral, en todas las patologías que se pudieran presentar en las mujeres embarazadas, durante su embarazo y hasta seis meses después de terminado éste.

Al mismo tiempo pretende también atender, sin costo para la familia, a todos los niños menores de cinco años, en todas las patologías que pudieran presentar, incluyendo en ambos casos, cirugías, pruebas diagnósticas y medicamentos en todos los niveles de atención.

Estos dos objetivos responden a la urgente necesidad de reducir aceleradamente la mortalidad materna y de los niños menores de cinco años.

El SUMI, se constituye en punta de lanza de la expansión de los servicios y junto con los DILOS son el primer paso del proceso de reforma. se mantienen los programas nacionales financiados por el TGN y buscando un mayor respaldo de la cooperación internacional.

El programa de Salud Sexual y Reproductiva, constituye otra prioridad que atraviesa transversalmente a todos los programas en todos los servicios y que es un componente de las prestaciones del SUMI.

La promoción, la prevención y la curación desean ser impulsadas en un marco de integridad donde, además, lo biológico se ajuste con lo social y económico, sabiendo que la defensa de la salud demanda no sólo acciones médicas específicas sino transformaciones sociales profundas. Se pretende impulsar la defensa integral de la salud y su apropiación por la población como un Derecho, fomentando al máximo la participación popular

Otro objetivo importante es la adopción de una política de recursos humanos que paralelamente, mejore la calidad del recurso con una adecuada capacitación en servicio, establezca estabilidad funcionaria y logre una adecuada remuneración.

B. CONTEXTO ECONÓMICO

Las reformas estructurales aplicadas en los últimos años generaron un ambiente adecuado para aumentar las inversiones y propiciar mayor actividad económica. Se experimentó en la última década un crecimiento económico basado principalmente en el desempeño de sectores intensivos en capital como electricidad, transportes y servicios financieros que alcanzaron tasas de crecimientos superiores al 4.5% anual, que contrastan con el crecimiento de otros sectores como la manufactura (3.8%) y la agricultura tradicional (2.5%) que son más intensivas en la absorción de mano de obra.

La tasa media anual de inflación en los años 1985 a 1996 fue de 24.2%. El déficit del sector público no-financiero alcanzó en 1993 un 6% del PIB, mostrando una continua tendencia a la baja hasta llegar a 4.9% en 1997 y a 4.6% en 1998. (OPS; 2001)

En los últimos años se ha intensificado la cooperación técnica entre países. Bolivia tiene diversas relaciones de cooperación bilateral, en particular con la Unión Europea, los Estados Unidos de América, el Japón y los países escandinavos. Es relevante la cooperación del Sistema de Naciones Unidas (OPS, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos, UNFPA, Voluntarios de Naciones Unidas), y de otros organismos.

Los bancos multilaterales de desarrollo Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo están contribuyendo con importantes proyectos de fortalecimiento de la red de servicios y de los programas de atención. La composición entre donantes es: 65% para ayuda bilateral, 20% para ayuda multilateral técnica del sistema de Naciones Unidas y 15% para los bancos de desarrollo. Las organizaciones no gubernamentales de carácter externo significan una importante contribución a la cooperación técnico-financiera para ciertos municipios.

C. CONTEXTO SOCIAL.

Según datos del último Censo, la población total para el año 2001 es de 8.274.325 habitantes, correspondiendo el 64.8% al área urbana, y el 35.2% al área rural.

La población indígena se estima en más de 3,6 millones, y comprende 36 grupos étnicos, con una fuerte proporción de culturas originarias andinas: quechua – aymará, y de las tierras bajas: tupí - guaraní, así como mestizos, tanto de origen hispánico como andino y amazónico.

Según el informe de Desarrollo Humano 1999, Bolivia está considerada como nación de desarrollo humano mediano, con una ubicación en el rango 112 según índice de desarrollo humano alcanzado, y el lugar 99 entre 146 países, respecto al Índice de Desarrollo Relativo a Género.

En el año 2000, la tasa de desempleo abierto fue del 7.84% y la tasa de Subempleo visible fue 11.90%. En 1999, el 63% de la población (cerca de 5.1 millones de personas) tenían ingresos menores a las líneas de pobreza y 37% disponía de ingresos que no alcanzaban para adquirir una canasta básica sólo alimentaría (indigencia).

En el área rural, más del 89% de la población vivía en condiciones de pobreza y cerca del 60% en indigencia. Aunque la incidencia de pobreza rural es más elevada que la del área urbana, la proporción de pobres que viven en el área urbana representa el 52% del total de los pobres.

Se ha evidenciado que, en las ciudades principales, no existe una diferencia significativa de ingresos familiares *per capita* entre los migrantes y no migrantes.

Para 1999, la proporción de población analfabeta representaba el 16.4%, inferior al 20%. El índice de escolaridad es de 0.79 y el número promedio de años de escolaridad es de 3,7. Casi un tercio de los habitantes son funcionalmente analfabetos (20% nunca asistió a la escuela), aunque esta población está concentrada en áreas rurales y población femenina.

En los últimos 5 años, 40% del gasto social fue para Educación Primaria, el 22 % para Salud, el 11% a Servicios y Urbanismo, 6% a Desarrollo Rural y el resto al Sistema de Pensiones. Existen otras instituciones que realizan actividades complementarias en el sector, tales como el Fondo de Inversión Productiva y Social (FPS) aglutinada en el Directorio Único de Fondos (DUF) cuyo objetivo es el de contribuir a la ejecución de la Ley del Diálogo que establece los lineamientos básicos para la gestión de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (EBRP).

D. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

La esperanza de vida al nacer estimada para 1999 fue de 62.2 años en general, 60.6 para varones y 64 años para mujeres. La diferencia según sexo, no ha variado de 1990 al 2000, siendo de 3.3 años más para mujeres.

El país no cuenta con datos sobre la estructura de la mortalidad según edad y causalidad. No se cuenta con datos de mortalidad a nivel de hospitales. A la ausencia de un sistema de información de estadísticas vitales se suma un lento proceso de automatización y modernización del registro civil, dependiente de la Corte Nacional Electoral. Recientemente, la coordinación interinstitucional entre el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), la Dirección Nacional de Registro Civil y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) ha sido establecido con el fin de resolver esta problemática. Desde 2002 se ha puesto en vigencia un sistema de captación de defunciones certificadas por médico en todos los hospitales del sistema nacional de salud, con uso de un certificado de defunción único.

Como parte del proceso de cooperación técnica entre OPS y MSPS para el fortalecimiento integrado del sistema de información, vigilancia epidemiológica y análisis de situación de salud, se estableció un plan de estudio de la mortalidad general en los años 2000 y 2001.

Según estimaciones del INE y del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) para el periodo 2000-2005, en Bolivia la tasa bruta de mortalidad es 8,2 muertes por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer es 63,6 años. Se describe a continuación la tasa bruta de mortalidad y la esperanza de vida al nacer en Latinoamérica, Bolivia y los 9 departamentos del país para los períodos 1990-1995 y 2000-2005. (OPS; 2002)

La última encuesta de demografía y salud (ENDSA 1998) estimó en 67 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad en menores de 5 años indica que 92 niños mueren por cada mil niños de la misma edad, para el periodo 1993–1997. Para el año 2002, el Ministerio de Salud y Previsión Social y la O.P.S. estiman estas tasas en 50 por mil nacidos vivos y 72 muertes por cada mil niños de menores de 5 años, respectivamente. (OPS; 2002)

El estudio incluyó 10,744 registros de defunción certificada por médico en 21 cementerios de las 9 capitales departamentales. Los cementerios fueron seleccionados por su ubicación geográfica, pertenencia al sistema público o municipal y disponibilidad de registros de mortalidad y datos correspondientes al año 2000. Para la codificación se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, Décima Revisión (CIE-10). Para la consolidación de la información se utilizó la lista 6/67 (6 grupos, 67 subgrupos) de la OPS/OMS.

A partir de las defunciones recolectadas en el estudio se obtuvo el número de defunciones estimadas en cada ciudad capital, aplicando los procedimientos de corrección del subregistro y redistribución de defunciones con causa mal definida establecidos por la OPS. De acuerdo a esta información, 4 de cada 10 muertes registradas en las ciudades capitales del país se atribuyen a causas del sistema circulatorio, siendo esta proporción ligeramente mayor en mujeres.

TABLA N° 2

TASA BRUTA DE MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER PARA AMÉRICA LATINA Y BOLIVIA Y SUS DEPARTAMENTOS. 1990-1995 Y 2000-2005

Indicadores año	Tasa bruta de mortalidad (ambos sexos)		Esperanza de vida al nacer (ambos sexos)	
	1990-1995	2000-2005	1990-1995	2000-2005
Latinoamérica	8.3	7.7	65.4	68.1
Bolivia:	10.2	8.2	59.3	63.6
1.-La Paz	9.8	8.6	60.5	61.7
2.-Santa Cruz	7.2	5.9	63.7	67.7
3.-Cochabamba	10.5	8.3	59.1	63.2
4.-Tarija	8.1	6.6	63.1	67.3
5.- Potosi	14.7	11.1	53.0	58.9
6.-Beni	10.5	8.0	57.4	61.9
7.- Pando	9.7	7.8	58.0	62.6
8.-Chuquisaca	11.8	8.9	57.8	62.2
9.-Oruro	13.3	10.8	53.7	59.3

Fuente: MSPS - OPS: Estudio de mortalidad 2000

La alta proporción de defunciones por esta causa puede verse sesgada por el frecuente uso del término “paro cardiorespiratorio” como causa básica de muerte. Por otra parte, se destaca la mayor proporción de causas externas entre las defunciones masculinas y de causas neoplásicas entre las femeninas.

En las ciudades capitales predomina la mortalidad por enfermedades circulatorias, especialmente entre mujeres, excepto en Trinidad y Cobija donde los hombres presentan tasas más altas. Los hombres, en general, están expuestos a riesgos de muerte más altos por enfermedades transmisibles que las mujeres, excepto en Tarija. El riesgo de muerte por neoplasia es tres veces mayor en las ciudades altiplánicas de La Paz y Oruro que en el valle de Tarija y es sistemáticamente más alto en mujeres, excepto en Sucre. Por el contrario, la tasa de mortalidad por causas externas es mayor en hombres.

TABLA N° 3
MORTALIDAD PROPORCIONAL CALCULADA A
PARTIR DE LOS DATOS RECOLECTADOS EN EL
ESTUDIO, BOLIVIA, 2000

Causas	Hombres	Mujeres	Total
Circulatorias	36,4	44,5	40,1
Transmisibles	13,4	13,2	13,3
Externas	16,5	6,7	11,9
Neoplasias	5,8	10,4	8,0
Perinatales	5,9	4,8	5,4
Demás causas	22,0	20,4	21,3
TOTAL	100,0	100,1	100,0

Fuente MSPS - OPS: Estudio de mortalidad 2000

El estudio de mortalidad 2000 presentado pretende describir un perfil actualizado de la mortalidad en Bolivia, como insumo al proceso de desarrollo y puesta en práctica del sistema nacional de información de estadísticas vitales. (OPS; 2002)

El último estudio sobre mortalidad general, según grupos de causas identificó signos y síntomas mal definidos en un 10.8%, enfermedades transmisibles en un 12.0%, neoplasias 8.7%, enfermedades del sistema circulatorio 30.3%, afecciones originadas en el período peri natal un 5.4%, causas externas un 10,7% y demás causas un 22.2%.

a).- Mortalidad en menores de cinco años

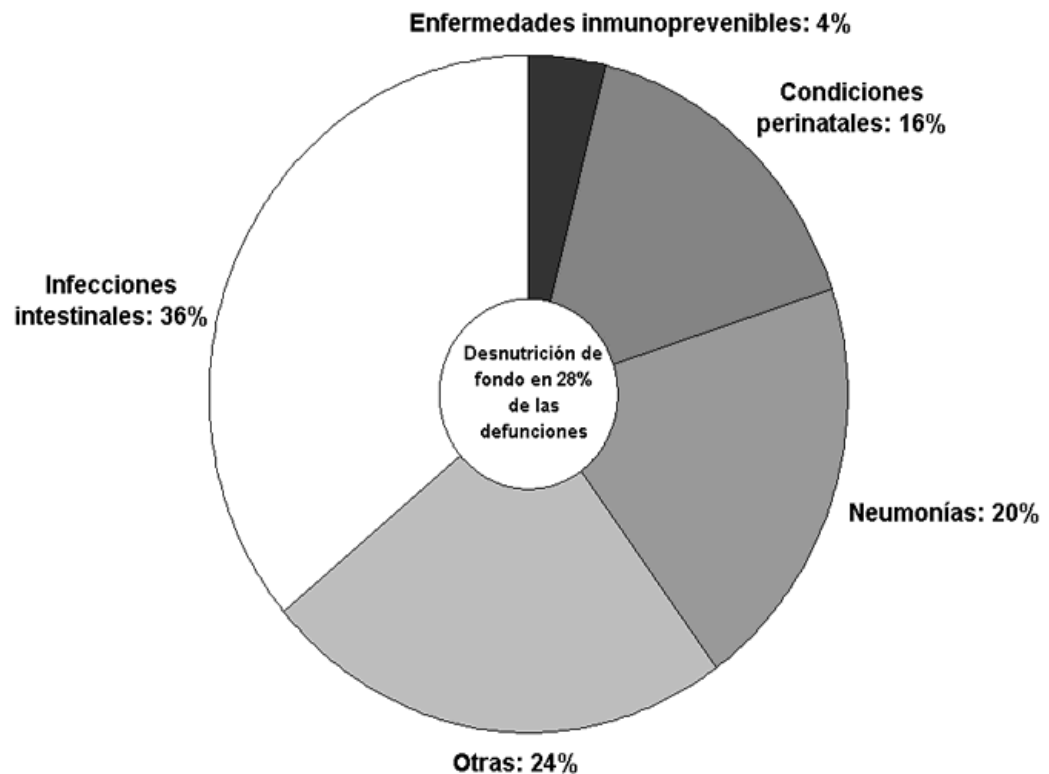
Las causas de muerte en menores de 5 años presentan un 24% de desnutrición crónica en menores de 3 años, 16% corresponde a causas peri natales, 3 % a enfermedades inmunoprevenibles y 24% a otras causas. (OPS; 2002)

En 1998 la diarrea (25%) y la neumonía (26%) constituyeron las enfermedades de mayor prevalencia en menores de 5 años. La encuesta de Demografía y Salud (1998) evidenció que un 67% de los menores de 3 años tiene algún grado de anemia, y que la desnutrición crónica llega a 26%.

La tasa de mortalidad neonatal en Bolivia fue de 34 por mil nacidos vivos para el periodo 1993-98. Más de la mitad de los niños muertos en el primer año de vida

(67/1000 NV) mueren durante los primeros 28 días. Casi una tercera parte del total de muertes antes de los 5 años de edad (1992) ocurren en el periodo neonatal. Esta proporción es similar en el área urbana y rural.

Figura 1: Distribución proporcional de la mortalidad en menores de cinco años por grandes causas de muerte, Bolivia, 1994-1997



Fuente: Werner D – Sanders - “Cuestionando la Solución”

Tanto las tasas de mortalidad neonatal e infantil como la de la niñez son casi el doble en el área rural que en el área urbana. Entre 1985 y 1995 la mortalidad neonatal ha disminuido en un 26.5% mientras la mortalidad infantil lo ha hecho en un 35.8% y la mortalidad en menores de 5 años en un 41.2%.

Medidas como la vacunación y el control del niño sano han permitido estos importantes descensos, especialmente en los niños entre uno mes y cinco años. Las medidas encaminadas a disminuir la mortalidad del recién nacido, como el control prenatal, el parto atendido por personal capacitado y el control post parto, han tenido un menor impacto.

b).- Situación de enfermedades endémicas

El diagnóstico de tuberculosis en la última década ha fluctuado entre 8,000 y 6,000 casos por año 1991 y 2000 respectivamente. La tasa de incidencia nacional de tuberculosis fue de 73,8 por 100,000 habitantes, según notificación del año 2000.

Respecto a la Lepra, el país se encuentra en el grupo 5 de la estratificación en las Américas, con una tasa de prevalencia del 0,41 por 10,000 habitantes., el 47,59% corresponde a la forma lepromatosa, el 36,3% a la tuberculoide, el 10,9% a la dimorfa y el 5,2% a la indeterminada.

La rabia humana continúa como problema de salud pública, del año 1992 al 2000 se han notificado 83 casos. En la última década la tendencia marcadamente descendente.

Desde 1991 al 2000 se han incrementado de 19,031 a 31,468 casos de Malaria respectivamente, habiendo tenido un pico muy importante en 1998 con 74,350 casos. (OPS; 2002)

La enfermedad de Chagas constituye un problema de salud pública en el que se encuentra en riesgo un 60% del territorio, en 1.992 se realizó un estudio dando una seroprevalencia del 40% para la población total del país, siendo en algunas áreas del 70%. En 1994 la seroprevalencia en menores de 5 años alcanzó el 11%, en el área urbana, en el área rural fue del 70%, en escolares de 75% y en reclutas un 45%.

Entre las principales enfermedades crónicas, la prevalencia de diabetes en ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba, afecta un 7.2% de la población, esta prevalencia en mujeres alcanza al 7.6% y en los hombres al 6.8%. La prevalencia de hipertensión arterial llega al 18.6%, correspondiendo el 21% a varones y 16% en mujeres.

Entre las enfermedades emergentes o re-emergentes, el Cólera tuvo un brote el año 1991 con 206 casos (12 defunciones). A partir de 1992, se produce una epidemia explosiva con 23,862 casos; en 1993, fueron registrados 10,290 casos. Se ha producido un descenso hasta llegar a cero casos para los años 1999 y 2000, ya que los últimos casos

se registraron en 1998. Respecto al Sarampión, entre el 1998 y el 2000, se presentó un brote, que en 1999 representó el 51% de todos los casos presentados en las Américas. Fueron confirmados 2,567 casos.

Durante los últimos 5 años fueron confirmados 226 casos de fiebre amarilla. Sobre tétanos neonatal, en el 2000 fueron registrados 2 casos, en 1989 fueron registrados 114 casos reduciéndose a 10 en el 98 y 4 durante 1999. Se presentaron 4 casos de difteria el año 1999 y 2 en el 2000. En cuanto a la rubéola, durante el año 2000 fueron confirmados por laboratorio 420 casos.

De 1991 a 1999 la tasa de incidencia de Leishmaniasis tuvo un ascenso de 21,27 por 100,000 hab. a 30,34 respectivamente. En el año 2000 la tasa fue de 22,94 que corresponden a 1735 casos notificados, de éstos el 68% corresponden al sexo masculino, 1,458 casos presentaron la forma cutánea (84.04%) y 277 la forma mucosa. La Peste, se encuentra circunscrita a un área de La Paz (Apolo) En el periodo 1996-97 ocurrió el último brote con 17 casos, 4 fallecidos. Las cinco causas más frecuentes de consulta son:

- Enfermedades del aparato respiratorio.
- Enfermedades Infecciosas intestinales.
- Enfermedades del sistema osteomuscular.
- Enfermedades de la piel.
- Enfermedades de los órganos genitales, y de la cavidad bucal.

c).- Provisión de servicios y calidad de atención

- **Servicios de salud poblacional:** Los programas prioritarios están orientados hacia los grupos vulnerables (primordialmente menores de 5 años, mujeres en edad fértil y adolescentes) para ser ejecutados a través de acciones de promoción y prevención desarrolladas desde el primer nivel de atención por auxiliares de enfermería y promotores de salud, y mediante campañas educativas implementadas en el nivel comunitario e institucional.

El banco del SNIS establece un porcentaje de cobertura de primer control prenatal de 73.9% en 1996, 85.44 en 1997 y 89.57% para 1998. A partir de información obtenida del banco de datos del SNIS, vemos que el porcentaje de mujeres con 4 o más controles prenatales fue 36.8% para el año 2000. El incremento de la cobertura del parto institucional aumentó de 42.3% en 1994 a 55.9% en 1998. El fuerte incremento entre los dos últimos estudios se debe fundamentalmente a la gratuidad de la atención de parto brindada por el Seguro Nacional de la Mujer y el Niño a partir de 1996. (OPS; 2002)

- **Calidad técnica:** No se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando. Tampoco se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con comités de ética y/o control de comportamiento profesional establecidos y funcionando. El porcentaje de cesáreas sobre el total de partos es de un 18.1 %. En el segundo nivel alcanzó el 18% y en el tercer nivel el 28% para 1999. (OPS; 2002)

- **Calidad percibida:** No se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con programas de mejora de calidez y trato al usuario establecidos y funcionando. Los programas con procedimientos específicos de orientación al usuario se desarrollan en todo el sistema. Su implementación alcanza al 100% de los establecimientos de primer nivel, tanto de los servicios del sector público como de las ONG's; de los restantes no se tiene referencia. No se dispone de información sobre el porcentaje de establecimientos con aplicación de estudios o encuestas de satisfacción del usuario; sin embargo, la información sobre el Seguro Básico de Salud y sus atenciones a las usuarias es deficiente. Las fuentes de información más citadas han sido el personal de salud y la televisión.

Desde la aplicación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y el Seguro Básico de Salud, las usuarias han percibido un aumento en la calidad de la atención prestada hasta el punto de recomendar la utilización de los servicios del seguro a otras personas, coincidente con todos los estudios realizados previamente. Esto está relacionado con la

gratuidad, el tiempo de espera aceptable, y la resolución favorable de las complicaciones materno- neonatales.

Tanto el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, así como el Seguro Básico de Salud o paquete de prestaciones dirigidos a la atención de la mujer y menores de 5 años respecto a cierto número de contingencias, fueron evaluados en el año 1998 y 2000 respectivamente. Entre las conclusiones se señalaron:

- i. No llegaban a los grupos poblacionales más pobres.
- ii. No era difundido ni conocido, especialmente en el área rural.
- iii. Los gobiernos municipales tenían mucho retraso en el pago de las prestaciones.
- iv. Presentaban problemas de disponibilidad oportuna de insumos médicos.
- v. Existía una disparidad en el uso de fondos municipales, mientras unos municipios se encontraban sin utilizar los fondos asignados de coparticipación, algunos estarían sobresaturados en su utilización. Los compromisos de gestión fueron evaluados en el año 2001, observando que existe avance en los resultados, requiriendo un ajuste y adecuación de los indicadores.

Tomando en cuenta el estudio sobre los avances en el “Cuidado de Salud de las Madres y los Recién Nacidos dentro del Componente de Reforma en Salud en Bolivia”, “La Evaluación del Seguro Básico de Salud,” y la “Evaluación de los Compromisos de Gestión 2000”, con referencia a los efectos de las políticas de salud respecto a la madre y el recién nacido, se puede concluir lo siguiente:

- Usuaris. La información sobre el Seguro Básico de Salud y sus atenciones a las usuarias es deficiente. Las fuentes de información más citadas han sido el personal de salud y la televisión. Desde la aplicación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y el Seguro Básico de Salud, las usuarias han percibido un aumento en la calidad de la atención prestada hasta el punto de recomendar la utilización de los servicios del seguro a otras personas, coincidente con todos los estudios realizados previamente. Esto está relacionado con la gratuidad, el tiempo de espera y la resolución favorable de las complicaciones materno- neonatales.

Un porcentaje considerable de usuarias paga por la afiliación al Seguro Básico de Salud que, sumado al pago por ecografías, análisis de laboratorio y medicamentos, da la sensación a las usuarias que el Seguro Básico de Salud no es gratuito. Sin embargo, a pesar de esto sigue siendo la alternativa más accesible para la población frente a la atención privada.

- Satisfacción de los proveedores. Hay una aceptación generalizada del Seguro Básico de Salud por parte de los proveedores aunque se proponen algunas modificaciones, especialmente en cuanto a las cantidades de medicamentos previstas en los protocolos y, en menor grado, en cuanto al tipo, para el manejo de las complicaciones. Entre las deficiencias del Seguro Básico de Salud detectadas por los proveedores, cabe destacar la deficiente información dada a las usuarias sobre las prestaciones que cubre el seguro y la falta de recursos humanos por mayor afluencia de usuarias / os.

- En cobertura. El Seguro Básico de Salud, de acuerdo a la información de resultados de Compromisos de Gestión, se habría incrementado la cobertura de parto del 33% en 1996 al 52% el 2000, la cobertura de inmunizaciones DPT3 del 70% en 1996 al 89% para el 2000, de igual manera los municipios en riesgo por baja cobertura bajaron del 62% el 96 al 23% para el 2000. Fue incrementado del 12% al 25% respecto a la cobertura de mujeres que reciben orientación en planificación familiar entre el 1996 al 2,000 respectivamente, entre los principales avances.

- En acceso. El Seguro Básico de Salud ha disminuido la inaccesibilidad económica. Sin embargo, persisten barreras culturales, y principalmente geográficas y de capacidad resolutoria especialmente en el área rural. Existen algunas iniciativas para disminuir la barrera lingüística y cultural, pero son muy pocas. No se tienen estudios en el sector público sobre tiempos de espera quirúrgicos, o de consulta. Sobre la efectividad y calidad del seguro básico y su peso en la reducción de brechas no se tiene evidencia en grupos étnicos, o de condiciones socioeconómicas deprimidas.

- *Sobre Participación de la Comunidad.* Es Participación Popular, más que el sector salud quién ha impulsado la participación de la comunidad. Sin embargo, está en discusión una propuesta sobre Salud con Identidad que se basa en la participación o inclusión de la población indígena y originaria para incorporarlos en el seguro básico.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Los Programas de Ajuste Estructural y el nuevo protagonismo del Banco Mundial en la orientación de las políticas de salud han conducido a cierta frustración en los resultados pretendidos por Atención Primaria en Salud, porque las políticas económicas instauradas por las instituciones financieras internacionales y las estructuras de poder han aumentado aún más las diferencias entre ricos y pobres, frenando e incluso provocando el retroceso de los avances logrados en la supervivencia y la calidad de vida de los niños. Estas políticas violan, no sólo las directrices y el espíritu de la Declaración de Alma Ata, sino la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la más reciente Convención sobre los Derechos del Niño.

Uno de los más claros ejemplos de cómo las políticas económicas globales han influido negativamente en el potencial de la promoción de la Salud lo tenemos en el campo del control de las enfermedades diarreicas. A pesar de un esfuerzo mundial centrado en la prevención y el tratamiento de la diarrea, éstas siguen siendo una de las causas principales de mortalidad infantil. ¿Cómo puede ser que -a pesar de esfuerzos combinados de la OMS, el UNICEF y los líderes mundiales de la Salud Pública- la diarrea común continúe matando a millones de niños cada año?

A. La Revolución en pro de la Supervivencia Infantil: una política de ajuste para la Salud.

En 1983, el UNICEF anunció que estaba adoptando una nueva estrategia diseñada para lograr una «revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil», a un coste accesible para los países pobres.

Claramente dentro del modelo de la APS-S, la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil fue presentada como una versión más perfilada, barata y factible de la Atención Primaria de Salud diseñada para proteger a los niños del impacto de las cada vez más deterioradas condiciones económicas. Dirigida principalmente a niños menores de cinco años, su objetivo era reducir a la mitad la mortalidad infantil en el Tercer Mundo en el año 2000. Con este fin, daba prioridad a cuatro importantes intervenciones sobre la salud que, en inglés, forman el acrónimo «GOBI»:

- Monitorización (control) del crecimiento (Growth Monitoring)
- Terapia de rehidratación oral (Oral rehydratation therapy)
- Lactancia materna (Breastfeeding)
- Inmunización (Immunization)

En respuesta a la preocupación de que GOBI pudiera ser demasiado selectivo, el UNICEF, al año siguiente, recomendó una versión ampliada: «GOBI-FFF», añadiendo planificación Familiar, suplementos alimenticios (Food supplements) y educación Femenina. Aunque la respuesta a la versión limitada de GOBI había sido entusiasta, la versión ampliada GOBI-FFF ha tenido poco éxito entre los donantes y los ministerios de salud. De hecho, en la práctica real, GOBI fue a menudo aún más recortado. Muchas naciones limitaron sus principales campañas de supervivencia infantil a la terapia de rehidratación oral e inmunizaciones, que el UNICEF comenzó a llamar los «dos motores» de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil. Algunos países incluso utilizaban la mayor parte de sus presupuestos en sólo uno de estos «motores», descuidando el otro. (Werner D.; 1998)

B. Antecedentes Históricos EDA

La diarrea es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en veinticuatro horas con evolución menor de dos semanas. (OMS; 1994)

El número de las evacuaciones intestinales en un día varía según la dieta y la edad del niño. Los lactantes alimentados al seno materno a menudo tienen evacuaciones blandas o líquidas y más frecuentes y esto no debe confundirse con diarrea.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas han constituido un problema importante de salud pública en el mundo; dichas enfermedades afectan a todos los grupos de edad, sin embargo los más vulnerables son los menores de cinco años.

De acuerdo con estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las dos principales complicaciones de las EDA son la deshidratación y la desnutrición. (Werner D.; 1998)

Las EDA son casi siempre infecciosas y de carácter autolimitante, los agentes causales generalmente se transmiten por vía fecal-oral y adoptan diversas modalidades, dependiendo de los vehículos y las vías de transmisión.

La diarrea, o lo que algunos médicos llaman "gastroenteritis", es una de las principales causas de muertes infantiles en el mundo -superada sólo por las infecciones respiratorias agudas (IRA)-. Una de cada cuatro muertes infantiles se debe a la diarrea, que se lleva la vida de al menos tres millones de niños y bebés cada año. De estas muertes, el 99,6% tienen lugar en el Tercer Mundo, en donde uno de cada diez niños muere por diarrea antes de cumplir cinco años. (Werner D.; 1998)

En los países y comunidades pobres la mayoría de las diarreas -heces aguadas o diarreas acuosas- son causadas por agentes infecciosos (virus, bacterias o, con menor frecuencia, parásitos intestinales). Esto es especialmente común y peligroso en los niños pequeños, porque sus cuerpos sin desarrollar suelen carecer de defensas para combatir eficazmente estas infecciones. Los bebés desnutridos o alimentados con biberón (o los que no reciben exclusivamente leche de pecho) tienen mayor riesgo de morir por diarrea.

La mayoría de los niños que mueren por diarrea lo hacen porque sale demasiado líquido de sus cuerpos, un proceso llamado deshidratación. Un niño que pierda grandes

cantidades de líquido por las frecuentes deposiciones acuosas puede deshidratarse muy rápidamente; cuanto más pequeño y más delgado sea el niño más rápidamente se deshidratará y morirá. Un bebé con diarrea grave puede perder su vida en unas horas.

Durante las últimas décadas se ha hecho un gran esfuerzo internacional para reducir las altas tasas de mortalidad por diarrea entre los niños del Tercer Mundo. El Control de la Enfermedad Diarreica se ha convertido en una prioridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es una pieza clave de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil del UNICEF. La estrategia principal para reducir la mortalidad infantil por diarrea ha sido -y sigue siendo- la Terapia de Rehidratación Oral (TRO). Pero, la definición de TRO y los métodos para aplicarla siguen generando un intenso debate.

Se sabe desde hace mucho que la reposición de líquidos -o rehidratación- puede prevenir o corregir la deshidratación en un niño con diarrea acuosa, y puede a menudo salvarle la vida. Aunque este viejo consejo tiene al menos dos mil años de antigüedad, la medicina occidental ha sacado a la luz en el último siglo los principios científicos de la deshidratación y la rehidratación. Sin embargo, estos conocimientos no han logrado un tratamiento completamente eficaz, como se evidencia con los 12.500 niños que continúan muriendo de diarrea cada día.

La historia de la medicina está repleta de ejemplos de la resistencia de los médicos a los cambios y su reticencia a admitir errores. En el tratamiento de la diarrea, como en el de otras enfermedades, la terca exigencia de pruebas científicas ha sido a menudo un pretexto para rechazar planteamientos más beneficiosos para el enfermo y menos para el médico. La terapia de reposición de líquidos, en particular, se ha caracterizado por este tipo de obstáculos, ya que la resistencia de los profesionales ha retrasado repetidamente la transición hacia terapias más seguras y eficaces.

El tratamiento de la diarrea ha ido variando enormemente desde principios del siglo XX. Los primeros métodos, basados en el uso de calomelanos (cloruro mercurioso), purgantes y sangrías perdieron popularidad cuando la utilización de goteros intravenosos (I.V.) se convirtió en el método más aceptado. El siguiente cambio fue de

los goteros a las sales de rehidratación oral (SRO) de similar composición en los años 60 y 70. Consideradas innecesariamente medicalizadas y caras, el paso siguiente fue hacia unas soluciones caseras más sencillas y accesibles. Actualmente, y aún luchando por su aceptación, se está pasando de las bebidas basadas en el azúcar a las bebidas y atoles caseros de cereales, más seguros. El cambio de una fórmula estandarizada a la promoción de «más líquidos y alimentos» ha estado cargado de dificultades, y es lo que vamos a estudiar ahora.

C. Evolución del tratamiento de la diarrea

Como remedio casero para la diarrea, «reponer los líquidos perdidos» ha sido durante siglos una parte habitual de la curación tradicional en muchas culturas. Una de las primeras referencias -que prescribe «cantidades profusas» de agua con melaza (miel de caña) y sal- puede encontrarse en un documento del médico ayurvédico indio Sushruta en torno al año 1500 a.C. Desde entonces se han usado en muchas partes del mundo bebidas especiales, infusiones de hierbas, sopas y caldos como parte del tratamiento tradicional de la diarrea. (Werner D.; 1998)

El descubrimiento (The Lancet, 1978 d.C.), de que el transporte de sodio y el de glucosa van unidos en el intestino delgado de manera que la glucosa acelera la absorción de agua y solutos fue posiblemente el avance médico más importante de este siglo.

En el siglo XIX la medicina occidental introdujo un nuevo planteamiento para reponer los líquidos perdidos: la terapia intravenosa (I.V.). Uno de los primeros usos registrados de la reposición directa en la sangre fue hacia 1830 en Moscú, cuando, durante una pandemia de cólera, científicos del Instituto para las Aguas Artificiales trataron a las víctimas deshidratadas del cólera con terapia intravenosa.

Sin embargo, no fue hasta 1908 en Calcuta (India) cuando un médico británico, Sir Leonard Rogers, demostró que la tasa de mortalidad por cólera se reducía a la mitad usando una solución salina Intravenosa (I.V.). Los problemas iniciales causados por la solución (como los niveles tóxicos de sal y la acidez de la sangre) durante las décadas

siguientes, hicieron que los científicos jugaran con las cantidades de sal de estas soluciones para aumentar su eficacia a la hora de bajar las tasas de mortalidad por cólera. Pero, no fue hasta la década de 1940 - tras la inclusión de potasio en estas soluciones, lo cual provocó una enorme reducción de las tasas hospitalarias de mortalidad - cuando la reposición I.V. de líquidos se convirtió en el tratamiento habitual de la diarrea y la deshidratación severas.

Hoy día, el tratamiento intravenoso es aún una terapia estándar, pese a las serias limitaciones de su uso. Hay estudios que han demostrado claramente que la rehidratación oral, junto a una alimentación precoz, es al menos tan eficaz y a menudo más segura que los sueros intravenosos en el tratamiento de la deshidratación leve y moderada.

En la década de los 60 todavía había dificultades para mantener la esterilidad de los tubos de goma y, si se hervían, a menudo acumulaban endotoxinas pirógenas que causaban espasmos y fiebre alta. Además, existe el peligro de dar demasiado suero intravenoso. Por ejemplo, tras el brote de cólera de Zimbabwe de 1993, en Nyangombe una de cada tres muertes de niños pequeños era producida por sobrehidratación (por administración de demasiada solución I.V.). Ninguno de estos problemas aparece con la rehidratación oral. (Werner D.; 1998)

Pero la mayor desventaja de la terapia intravenosa es logística. El alto costo y el nivel de capacitación necesario para administrarla la hace inaccesible para la mayoría de los 1000 millones de casos de diarrea que se dan cada año entre los niños. (Werner D.; 1998).

Sin embargo, en la década de los 70 los profesionales de la medicina occidental continuaron proclamando a la terapia intravenosa como la mejor manera de prevenir la muerte por diarrea. La terapia de rehidratación oral fue por fin «descubierta» por los profesionales de la salud a finales de los 70. Aunque la rehidratación oral representó en realidad un redescubrimiento de prácticas tradicionales muy antiguas, la introducción de este concepto en la medicina moderna tuvo consecuencias revolucionarias.

Terapia de Rehidratación Oral, significa asegurarse de que una persona beba suficientes líquidos, y coma suficientes alimentos, para reponer el agua, las sales y los nutrientes que se pierden por la diarrea. Los primeros informes científicos sobre el uso de soluciones de azúcar y sal para tratar el cólera fueron publicados a principios de la década de los 50, y se siguieron de una serie de hechos que facilitaron un gradual aumento de su uso.

Los investigadores de las instituciones académicas occidentales comenzaron a entender los mecanismos celulares de la absorción de agua y sal en el intestino. Quizá el descubrimiento más importante fue que el azúcar simple (monosacárido), glucosa, es un ingrediente fundamental en el transporte de agua y sal a través de las células del intestino hacia el torrente sanguíneo. (Werner D.; 1998)

Esta investigación fue seguida en los años 60 de trabajos clínicos aplicando estos descubrimientos para salvar vidas. Una parte importante se realizó en los Laboratorios para la Investigación del Cólera de Dhaka (Dacca) de Bangladesh, en los Centros Internacionales para la Investigación y Formación Médica de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore (Maryland, EE.UU.) y en el Instituto *All India* de Medicina Tropical e Higiene de Calcuta (India).

A pesar de estos informes, no fue hasta la gran epidemia de cólera que golpeó el este de Pakistán (ahora parte de Bangladesh) en 1962 cuando la TRO consiguió un mayor reconocimiento de su potencial.

El uso limitado de la terapia intravenosa sólo para una parte de las víctimas de la epidemia llevó a los desesperados médicos de un hospital a comenzar a administrar las mismas soluciones del gotero por boca. De esta manera fueron capaces de rehidratar a un número mucho mayor de personas, con resultados espectaculares. Registraron una tasa de mortalidad cercana a cero, en comparación con el 27% y el 47% de otros hospitales. (Werner D.; 1998)

D. Diarrea Aguda en la Infancia

a).- Definiciones y consideraciones epidemiológicas.

Se define a la diarrea como el aumento de la frecuencia, contenido líquido, y volumen de las heces. Un niño experimentará entre uno y tres episodios de diarrea aguda por año, en los tres primeros años de vida, cifra que asciende hasta diez por año en comunidades de extrema pobreza. (OMS; 1994)

En los países en desarrollo la letalidad por diarrea aguda infantil es elevada. En nuestro país las cifras de mortalidad por diarrea aguda han tenido una tendencia histórica al descenso, sin embargo, la diarrea es un problema importante, por su impacto en la salud infantil general, por su relación con la desnutrición, y por la alta demanda de atenciones ambulatorias y de hospitalizaciones que la caracterizan.

La mayor parte de los episodios de diarrea aguda remiten espontáneamente y duran de 3 a 7 días. Convencionalmente, se considera como diarrea prolongada a la que dura más de 14 días. Una alta proporción de niños que evolucionan hacia un curso prolongado presentan casos de deshidratación iterativa a los 5-7 días de evolución intrahospitalaria. Por ello, se ha propuesto el término de "diarrea en vías de prolongación" para los casos que sobrepasan los 7 días, con pérdidas fecales elevadas y deshidratación rebelde. Este concepto, permite poner en marcha una toma de decisiones apropiada, sin esperar a que la enfermedad cumpla con la definición convencional de "diarrea prolongada".

b).- Etiología de Diarrea Aguda

El enteropatógeno más frecuentemente aislado en niños hospitalizados por diarrea es el rotavirus. En la comunidad, por otra parte, se aísla con mayor frecuencia: Escherichia coli enteropatogénica (ECEP), Shigella, Giardia lamblia, Campylobacter jejuni y rotavirus. En 30-40% de los casos no se aísla un patógeno fecal. (OMS; 1992)

En numerosas oportunidades se aísla más de un patógeno en niños con diarrea. El significado de este hallazgo en ocasiones es incierto. Alrededor de un 5% de individuos

asintomáticos son portadores de enteroparásitos. Una proporción más bien baja de individuos asintomáticos son también portadores de ciertos patógenos, incluyendo *C. jejuni*, *Shigella* y rotavirus, el cual se ha aislado de las deposiciones de un 4-5% de recién nacidos sanos.

Actualmente, en nuestro país es posible aislar un enteropatógeno en la mayoría de los episodios de diarrea aguda en niños hospitalizados. En porcentajes que van entre 5 y 30% de los casos, los métodos diagnósticos en uso no permiten identificar el patógeno fecal. En ocasiones, el rotavirus se superpone a un episodio previo de diarrea iniciado por otra causa, dando así origen a una diarrea de evolución prolongada que consiste, realmente en 2 o más episodios individuales sucesivos o superpuestos. En estos casos es común que se interprete el cuadro, erróneamente, como un solo episodio de larga duración. Con cierta frecuencia se aíslan determinados serotipos de ECEP, tanto en niños hospitalizados como en niños sanos de la comunidad. Con menos frecuencia que los agentes antes mencionados se ven *Shigella*, *Salmonella*, sp., *Campylobacter jejuni* y *Cryptosporidium* en niños hospitalizados.

Un hecho característico de las infecciones por bacterias enteropatógenas es que ocurren con mayor frecuencia en niños que no reciben lactancia materna, lo que recalca el importante papel protector de la lactancia materna exclusiva frente a enteropatógenos, especialmente en los primeros meses de vida, en que el lactante parece ser más lábil a la ECEP y a otros patógenos. En el lactante alimentado al pecho materno, la infección por rotavirus puede producirse, pero generalmente es más leve o no se expresa clínicamente.

Dado el conocimiento actual sobre la etiopatogenia de la diarrea aguda y la creciente disponibilidad de variados métodos diagnósticos microbiológicos, es impropio formular el diagnóstico de "diarrea parenteral" o de "transgresión alimentaria" en pacientes pediátricos, sin una investigación apropiada de la flora enteropatogénica del paciente.

<u>TABLA 4</u>
ETIOLOGÍAS DE DIARREA AGUDA INFANTIL
<p>A. Agentes más frecuentemente aislados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1- Rotavirus * • 2- Escherichia coli enteropatógena (ECEP) * • 3- Campylobacter jejuni • 4- Shigellæ sp • 5- Salmonellæ sp • 6- Cryptosporidium sp • 7- Escherichia coli enterotoxigénica (ECET)
<p>Agentes aislados con menos frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1- Escherichia coli enteroinvasora (ECEI) • 2- Giardia lamblia • 3- Entamoeba histolytica • 4- Yersinia enterocolitica • 5- Adenovirus entéricos • 6- Virus Norwalk
<p>(*) patógenos más frecuentemente aislados en niños hospitalizados con diarrea agua</p>

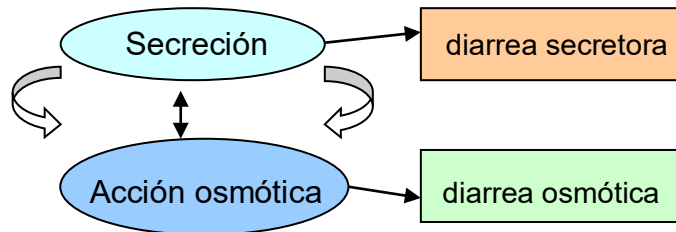
Fuente: Readings on Diarrhoea- Geneva 1992

c).- Mecanismos de Diarrea

En el intestino delgado, ocurre absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y, simultáneamente, secreción de éstos por las criptas. Normalmente la absorción es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto favorece ligeramente a la absorción, con lo que más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado son absorbidos a lo largo del tracto gastrointestinal. (OMS; 1994)

Si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso pudiera superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea.

La diarrea acuosa puede producirse básicamente por dos mecanismos, que pueden superponerse en un mismo individuo. Éstos son:



El rotavirus causa una lesión parcelar de las células de absorción de la mucosa del intestino delgado, lo que da origen a mala absorción parcial y transitoria de nutrientes, como mecanismo inicial de la diarrea. Luego ocurre una proliferación rápida de las células inmaduras de las criptas, las que poseen una actividad secretora predominante, con una insuficiente capacidad de absorción. Por ello es común que durante el curso de la enteritis aguda por rotavirus haya un cierto grado de pérdidas fecales (mala absorción) de diversos nutrientes. (OMS;1994)

Como suelen preservarse amplias áreas de la mucosa con normalidad histológica y funcional, se considera que la mucosa no dañada compensa la disfunción de las áreas invadidas por el virus. La enfermedad es autolimitada, con un comienzo brusco con vómitos y fiebre, a los que sigue la diarrea, que dura de 5 a 7 días. Sin embargo, datos clínicos muestran que la recuperación es relativamente alta y la gran mayoría de estos pacientes recobran su estado fisiológico con uso exclusivo de terapia de rehidratación oral y una realimentación precoz.

Las cepas enterotoxigénicas de E. Coli producen toxinas que inducen una elevada secreción intestinal de agua y electrolitos. En este sentido, el mecanismo aludido es semejante, cualitativamente, al producido por el Vibrio cholera. Sin embargo este último genera pérdidas fecales (por exacerbación del mecanismo secretor) aún más elevadas. Las cepas enteroadherentes de Escherichia coli al adherirse estrechamente a la mucosa intestinal pueden destruir el ribete en cepillo de las células de la superficie sobre la cual se implantan.

La Shigella y las cepas invasoras de Escherichia coli invaden la mucosa y la Shigella además elabora una toxina secretogénica. El Clostridium difficile, que habitualmente se asocia con el uso de antibióticos, también elabora toxinas, las que afectan el intestino grueso.

d).- Complicaciones de la Diarrea Aguda

La deshidratación con acidosis es la complicación más común de la diarrea aguda. En la diarrea predominantemente secretora, el contenido intestinal presenta altas concentraciones de sodio y cloruros. En diarreas predominantemente osmóticas, el contenido de electrolitos es más bajo. En estos casos, la osmolaridad del contenido fecal depende principalmente de la presencia de sustratos orgánicos (hidratos de carbono no absorbidos, ácidos orgánicos de cadena media, etc.). (WHO; 1992)

La mayoría de las diarreas que causan excesivas pérdidas de líquidos resultan en una concentración isotónica de los espacios corporales (isonatremia). En niños desnutridos o con diarrea crónica o repetida, tiende a producirse hiponatremia.

La deshidratación hipernatrémica, por otra parte, se ve raramente en la actualidad y su tratamiento requiere de una corrección más lenta y controlada de la deshidratación.

Se habla de deshidratación **leve** o **inaparente**, (que es la que más frecuentemente se produce en diarreas agudas), cuando las pérdidas de agua corporales son inferiores a 40-50 ml/kg de peso corporal. Hasta este límite de pérdida, aproximadamente, los signos clínicos objetivos de deshidratación son pocos.

En primer lugar no se observa aún sequedad de las mucosas o disminución de las lágrimas. Sin embargo, puede haber aumento en la velocidad del pulso y una cierta palidez de la piel. El paciente se aprecia, además, algo sediento. En estos casos es correcto hablar de **deshidratación "inaparente"**, porque, a pesar de la pérdida de agua corporal, ésta no se ha hecho todavía sentir en los índices objetivos del examen físico. Cuando la deshidratación alcanza a pérdidas de líquido corporal de 50 a 100 ml/kg de peso, es corriente referirse a ella como deshidratación "moderada".

Si las pérdidas superan los 100 ml/kg de peso se habla ya de **deshidratación "grave"**. La acidosis es relativamente proporcional al grado de deshidratación. Esta clasificación ha tendido a perder vigencia con el tiempo, y se prefiere recurrir a clasificaciones más funcionales, generadoras por ello, de una pronta toma de decisiones, más que usar clasificaciones puramente descriptivas.

<u>TABLA N° 5</u>			
EVALUACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN DE UN PACIENTE CON DIARREA (*)			
	Plan A	Plan B	Plan C
Condición General	Bien, alerta	Irritable	Letárgico o inconsciente
Ojos	Normales	Algo hundidos	Muy hundidos y secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Mucosas orales	Húmedas	Secas	Muy secas
Sed	Bebe normalmente	Bebe ávidamente, está sediento	Bebe mal o no es capaz de hacerlo
Pliegue cutáneo	Vuelve a su estado normal rápidamente	Se retrae lentamente	Se retrae muy lentamente
Decisión	No tiene signos de deshidratación	Si tiene 2 o más signos de deshidratación, incluyendo al menos un signo destacado , hay deshidratación clínica.	Si tiene 2 o más signos de deshidratación, incluyendo al menos un signo destacado , hay deshidratación grave .
Tratamiento	Plan A	Pesar al paciente si es posible y usar Plan B	Pesar al paciente si es posible y usar Plan C, URGENTE
(*) <i>Readings on Diarrhoea: A Student's Manual</i> . WHO-Geneva, 1992			

e).- Diagnóstico de la Diarrea Aguda y Exámenes de Laboratorio

En la historia clínica de la enfermedad es esencial indagar sobre:

- ⇒ Duración de la enfermedad.
- ⇒ Características de las deposiciones.

- ⇒ Frecuencia de evacuaciones durante las 24 horas previas.
- ⇒ Presencia y frecuencia de vómitos.
- ⇒ Presencia de fiebre, irritabilidad, decaimiento, sed; capacidad o no de recibir alimentos y líquidos.
- ⇒ Tipo y volumen de los alimentos recibidos.
- ⇒ Normalidad o no de la diuresis, etc.

Algunas consideraciones epidemiológicas son también útiles, tales como: si el niño asiste al kinder, si ha consumido vegetales u otros alimentos crudos o si ha realizado viajes recientes.

En el examen físico, se debe evaluar el estado general del niño; su estado de conciencia, y muy especialmente, el grado de deshidratación y la presencia de manifestaciones que puedan impartir un carácter especial al cuadro (distensión abdominal marcada, edema, fiebre alta, etc.)

Es importante pesar al niño, puesto que así podrá objetivarse si sufrió o no una pérdida de peso importante durante la diarrea. Este cálculo es factible sólo si se conoce el peso previo del niño, registrado unos pocos días antes. En todo caso, el peso al ingreso (o al momento del diagnóstico) servirá para ser usado como registro de línea base y valorar sus cambios durante el curso de la enfermedad.

- **Exámenes complementarios:**

Ciertos exámenes complementarios ayudan a evaluar globalmente al paciente o a caracterizar mejor la diarrea. En algunos pacientes hospitalizados será útil recurrir a exámenes bioquímicos, como electrolitos del plasma, gases en sangre, etc. aunque se suele abusar de estos exámenes como elementos para individualizar la toma de decisiones terapéuticas.

En general, cualquier tipo de deshidratación ya sea leve o moderada puede corregirse sin problemas por la vía oral, usando la terapia de rehidratación oral (TRO) una vez que las necesidades del paciente se han identificado mediante su historia y examen físico, tal como se ha mencionado antes.

Si al paciente se le indica un determinado esquema de rehidratación oral, con control clínico bajo vigilancia médica, es innecesario efectuar los exámenes mencionados, ya que la evolución de éstos será paralela a la evolución clínica del niño.

También se suele abusar de los exámenes que miden pH y sustancias reductoras fecales, dado que cierto grado de mala absorción parcial y transitoria de hidratos de carbono es casi de regla en determinadas diarreas agudas infantiles, lo que no justifica el uso de dietas exentas de hidratos de carbono (lactosa).

En diarreas de curso inhabitual (duración mayor de 7 días, por ejemplo), así como en pacientes con sospecha de tener una deficiencia primaria de sacarasa-isomaltasa, en desnutridos graves y en lactantes menores de 3 meses, puede justificarse el usar las pruebas de pH y sustancias reductoras fecales con criterio de toma de decisiones. (OMS; 1994)

Es aconsejable no olvidar que los lactantes que reciben leche materna tienen normalmente un pH fecal ácido y sustancias reductoras presentes.

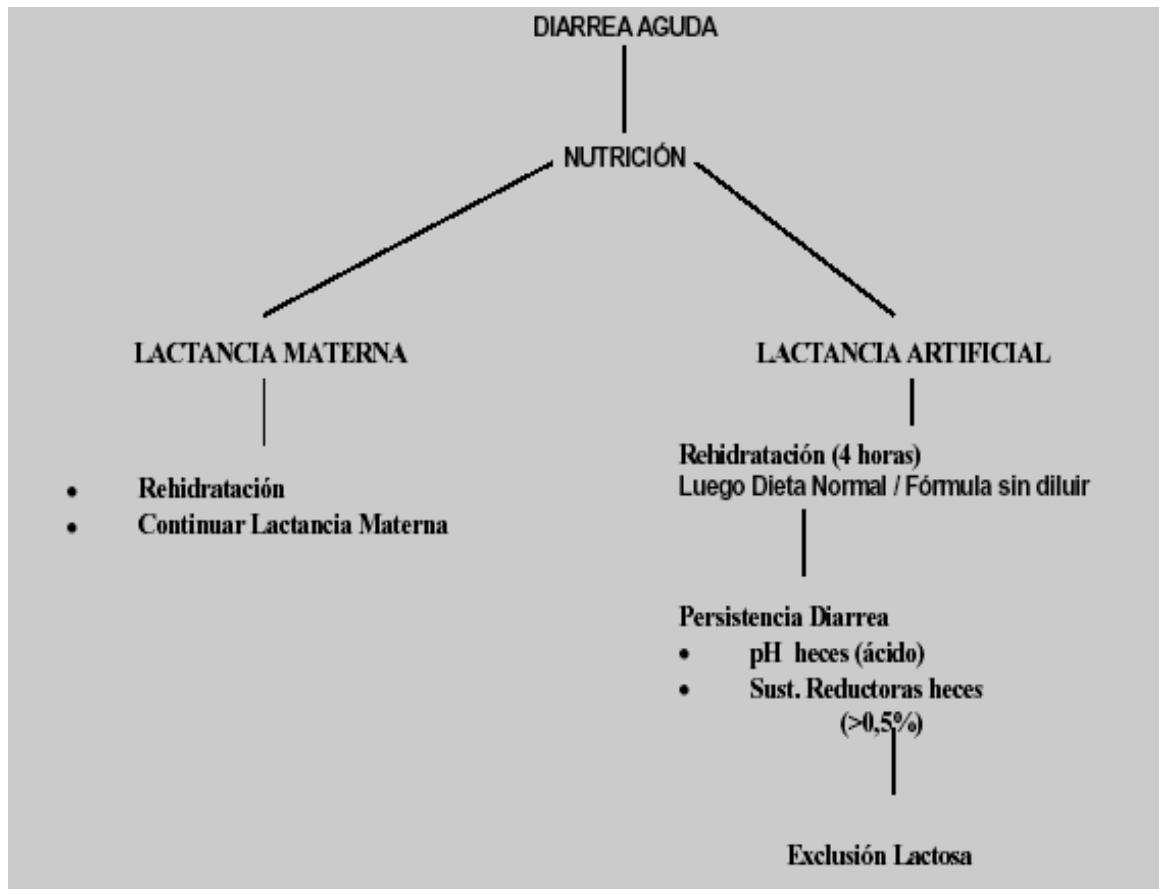
Por último, ciertas pruebas de laboratorio, como los exámenes de orina, el hemograma, la velocidad de sedimentación, etc., pueden colaborar en la evaluación del paciente.

f).- Diarrea y Nutrición

La diarrea aguda induce efectos adversos sobre la nutrición por variadas causas: vómitos, mala absorción, hipercatabolismo, anorexia, y suspensión o dilución inmotivada de la alimentación.

En este último caso hay claramente un factor iatrogénico, el que constituye hoy en día un serio problema global que conspira contra el tratamiento racional de la diarrea.

Figura N° 2: Diarrea y Nutrición



Para minimizar los efectos adversos de la diarrea, la alimentación debe continuar durante la enfermedad, ofreciéndole al niño tanto como desee comer. Ha sido bien documentado que la recuperación nutricional es superior cuando se les ofrece a los niños una ingesta dietética liberal durante la diarrea, que cuando se les restringe la alimentación.

La alimentación continuada provee de proteínas y energía al paciente evitando así las carencias, ayuda a regenerar la mucosa intestinal y evita la suspensión de la lactancia materna. A pesar de que, tradicionalmente, se ha tendido a restringir la alimentación del niño durante y después de un episodio de diarrea aguda, es importante considerar que no hay ninguna evidencia científica sólida que fundamente la suspensión, reducción o dilución de la alimentación normal del niño mientras éste tenga diarrea, o durante la convalecencia. El esquema dietético que se debe aconsejar no debe colaborar con los efectos adversos sobre la nutrición, anteriormente nombrados.

Es muy improbable que el hecho de mantener la alimentación continuada durante la enfermedad pueda inducir una pérdida mayor de líquidos y electrolitos. Tampoco es necesario - salvo en casos excepcionales - el uso de fórmulas sin disacáridos durante la diarrea aguda. La mala absorción de hidratos de carbono que se ve durante el curso de la diarrea es, en la mayor parte de los casos un fenómeno parcial, transitorio, y más un epifenómeno que un factor agravante de la diarrea. Por otra parte, se debe ser cuidadoso para no ofrecer al paciente con diarrea, volúmenes de leche, por ejemplo, que superen lo que normalmente toma estando sano, ya que la enteritis que está sufriendo, obviamente, le va a dificultar la digestión y absorción de cantidades mayores de lactosa que las que está habituado a recibir.

g).- Medicamentos

No es en absoluto recomendable usar medicamentos tales como antiespasmódicos, antiseoretos, adsorbentes ni otros antidiarreicos. Los antibióticos o antimicrobianos tienen indicaciones precisas y éstas se reducen a su uso en los casos de disentería (*Shigella*, principalmente), de diarrea de curso severo por ciertas cepas de ECEP, de amebiasis, giardiasis, etc., teniéndose en cuenta que la mayoría de las diarreas agudas infantiles son de curso autolimitado (rotavirus, algunas cepas de *E. coli*, *Campylobacter jejuni* y otros). (OMS; 1992)

TABLA N° 6

ANTIMICROBIANOS USADOS EN CASOS ESPECIFICOS DE DIARREA AGUDA

- *Shigella*: Antibióticos de amplio espectro: Cloramfenicol, Cotrimoxazol, etc.
- *Escherichia Coli Enterotoxigénica*: Furazolidona, Sulfato de Colistín, (Gentamicina)
- *Amebiasis intestinal aguda*: Metronidazol
- *Giardiasis*: Metronidazol
- *Campylobacter Jejuni*: Eritromicina. (La diarrea asociada a esta bacteria es de curso autolimitado; el empleo de antibióticos sólo hace más precoz la erradicación del germen, sin modificar el curso clínico.)

E. Tratamiento del Niño con Diarrea Aguda: Rehidratación y Realimentación

Un esquema útil para manejar al niño con diarrea parte de evaluar el grado de deshidratación y de la disponibilidad de la vía oral, según lo cual se selecciona uno de los planes de tratamiento siguientes:

- Plan de tratamiento A: para prevenir la deshidratación en niños sin deshidratación clínica.
- Plan de tratamiento B: para tratar la deshidratación mediante el uso de SRO en pacientes con deshidratación clínica sin shock.
- Plan de tratamiento C: para tratar con rapidez la deshidratación con shock o los casos de niños que no pueden beber.

Se debe distinguir entre la **rehidratación**, es decir la reposición de las carencias de líquidos, y la **terapia de mantenimiento** de la hidratación durante la diarrea, es decir, el reemplazo, volumen a volumen, de las pérdidas fecales a medida que se van produciendo. (OMS; 1994)

TABLA N° 7

BASES DEL TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA

- Prevenir la deshidratación si ésta no se ha evidenciado en forma clínica
- Corregir la deshidratación cuando ella está presente
- Mantener la provisión de líquidos durante el curso de la diarrea
- Mantener la alimentación durante la diarrea y la convalecencia
- Erradicar el agente causal sólo cuando esto es deseable, factible, útil y no constituye un riesgo para el paciente
- Evitar la iatrogenia

Nota: La evaluación clínica del paciente y la puesta en práctica de estos planes terapéuticos está descrita en detalle en el Manual de Tratamiento de la Diarrea - Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, N° 13. Org. Panamericana de la Salud, 1987.

Los pacientes con deshidratación sin shock pueden ser tratados exitosamente por la vía oral usando la solución de rehidratación oral (SRO) preconizada por la OMS/UNICEF, u otras soluciones de rehidratación oral fisiológicamente aptas, a lo que seguirá la realimentación precoz con fórmulas lácteas y alimentos semisólidos.

Mientras la diarrea continúe, deberá recurrirse al uso continuado de SRO, alternada con agua u otros líquidos hiposmolares (leche materna, por ejemplo.)

También se pueden usar soluciones con concentraciones de sodio inferiores a los de la SRO de la OMS/UNICEF (ej.: 60, 45 mEq/l).

La administración de SRO debe hacerse en forma gradual y fraccionada, usando taza y cuchara o gotario. No se aconseja, en principio, emplear biberones porque los volúmenes relativamente grandes así ofrecidos pueden inducir el vómito en el niño.

TABLA N° 8

MEDIDAS QUE DEBEN EVITARSE EN EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA

1. Suspensión de la lactancia materna
2. Uso de líquidos de hidratación no fisiológicos: bebidas carbonatadas u otras que tienen, también, alta osmolaridad y elevado contenido de azúcares (jugos y jaleas industriales, ciertos zumos de frutas, etc.)
3. Uso de antieméticos, antidiarreicos, antispasmodicos, antisecretorios, adsorbentes.
4. Uso indiscriminado de antibióticos o antimicrobianos
5. Suspensión de la alimentación más allá de las 4-6 horas de rehidratación inicial

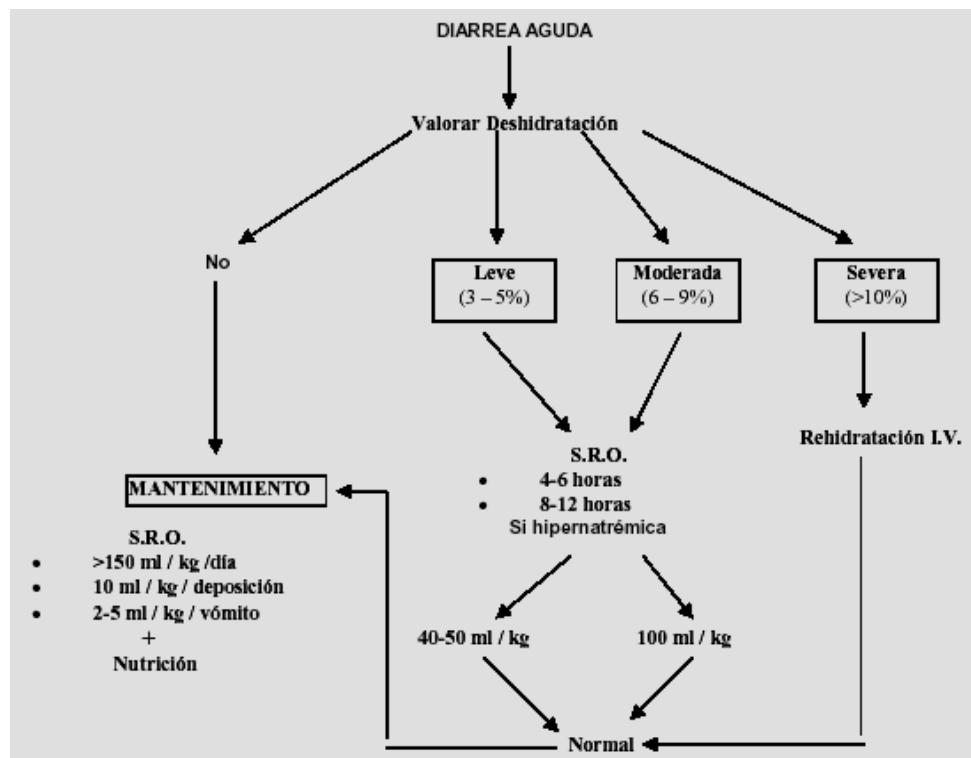
El grado de deshidratación del paciente determina el plan de tratamiento a seguir. Para tratar con prontitud la deshidratación grave es aconsejable recurrir a la administración rápida de soluciones de rehidratación por vía venosa, durante un plazo corto de 2 a 4 horas, con la complementación con SRO por boca una vez que se haya corregido la deshidratación clínica. Esta situación ocurre en no más del 5% al 10% de los lactantes hospitalizados con diarrea.

Los pacientes con shock hipovolémico por deshidratación grave, íleo paralítico, estado de coma, convulsiones, o los que presenten pérdidas fecales o por vómitos que excedan con mucho los volúmenes que se pueden aportar por boca, requieren tratamiento con fluidos intravenosos.

La indicación de hospitalización en niños con diarrea aguda debe ser individualizada y acorde a la disponibilidad de los recursos locales. Como regla general, **ningún** paciente en el Plan A, **algunos** pacientes del Plan B, y **todos** los pacientes en el Plan C, son admitidos al hospital. (OMS; 1994)

Figura N° 3

Evaluación de Hidratación



1.- PLAN A

El plan A se basa en las siguientes medidas: aumentar la ingesta de líquidos y mantener la lactancia materna; seguir dando los alimentos habituales - incluyendo leche de vaca - y observar al niño para identificar a tiempo los signos de deshidratación u otros problemas. Los líquidos a suministrar pueden ser alimentos caseros: agua de arroz, sopas de cereales y pollo, yogurt, o bien soluciones de rehidratación oral con 30 a 60 mEq/lit de sodio. Están contraindicadas las bebidas carbonatadas y jugos industriales, por su elevada osmolaridad y alto contenido de hidratos de carbono. Los niños menores de dos años deben recibir alrededor de 50 a 100 ml. de SRO después de cada evacuación diarreica; en los niños de más edad se puede usar el doble de ese volumen.

Para enseñar a la madre a:

- 1.- Continuar tratando en el hogar el episodio de diarrea de su hijo
- 2.- Dar tratamiento precoz en el hogar en futuros episodios de diarrea

Explicar las tres reglas para tratar diarrea en el hogar:

a).- Dar al niño más líquido que lo habitual para evitar deshidratación:

Usar líquidos fisiológicamente formulados, (SRO, sopas, agua de arroz, yogurt sin aditivos), y alternar con agua pura. Usar SRO tal como se describe más abajo. En niños que aún no reciben sólidos dar SRO u otros líquidos, pero no comidas propiamente tales (sopas, etc.) Dar tanto como lo que el niño acepte. Continuar dando estos líquidos hasta que termine la diarrea.

b).- Dar al niño alimentación normal para evitar desnutrición: Continuar con lactancia materna. Si el niño no recibe lactancia materna, dar las fórmulas de costumbre. Si el niño ya recibe sólidos, dar cereales (arroz, fideos, sémola, maicena, etc.) con carnes y verduras. Agregar aceite antes de servir. Dar plátano para proporcionar potasio.

c).- Llevar al niño a control pronto si el niño no mejora en tres días, o si desarrolla: vómitos frecuentes, decaimiento marcado, sangre fecal, fiebre alta, exceso de deposiciones líquidas.

Si al niño le dan SRO en casa, mostrar a la madre cómo se prepara y administra el SRO. Después de cada deposición alterada dar los siguientes volúmenes:

TABLA N° 9
DOSIFICACIÓN SRO SEGÚN EDAD

Edad	Volumen de SRO a dar luego de cada deposición alterada	Volumen aproximado a usar en 24 horas
- Menores de dos años	50-100 ml	500 ml/día
- De 2 a 10 años	100-200 ml	1000 ml/día
- Más de 10 años	Tanto como lo desee	2000 ml/día

Forma de administrar SRO:

- Dar una cucharadita cada 1-2 minutos en niños menores de 2 años
- Dar tragos frecuentes en niños mayores
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos. Luego continuar con más lentitud. Ej.: darle una cucharadita cada 2 a 3 minutos.

2.- **PLAN B**

El plan de tratamiento B se basa en la necesidad de suministrar, durante un período corto de rehidratación, un volumen de líquidos que sirva para reemplazar el déficit de agua y electrolitos causadas por la diarrea y/o vómitos. En este caso, se propone emplear entre 50 y 100 ml/kg durante las primeras 4 a 6 horas.

El paciente tiende a dejar de beber la solución tan pronto se rehidrata, puesto que sus mecanismos homeostáticos ya funcionan con eficiencia. Esta fase de rehidratación puede ser ejecutada en la sala de emergencia, policlínico o cualquier sala que cuente con un mínimo de personal entrenado en la supervisión de rehidratación, la que será efectuada por las propias madres de los pacientes.

Cuando el niño está bien hidratado, se pasa a la fase de mantenimiento, que ha sido antes descrita (Plan A). Para tratar deshidratación clínica mediante rehidratación oral.

TABLA N° 10.**VOLÚMENES APROXIMADOS DE SRO PARA DAR EN LAS PRIMERAS 4 HORAS:**

Edad *	Menos de 4 meses	4 a 11 meses	12 a 23 meses	2 a 4 años	5 a 14 años	15 años o más
Peso en kg	Menos de 5	5 a 8	8 a 11	11 a 16	16 a 30	30 o más
Volumen en ml	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000

** Usar la edad del paciente sólo cuando no se conozca el peso. El volumen aproximado de SRO en ml. puede calcularse multiplicando el peso del paciente en kgs. por 75.*

- Si el niño pide más SRO que lo señalado, dar más.
- Si la madre da pecho, que siga dándolo entre las administraciones de SRO.
- En niños menores de 4 meses que no reciben pecho, se puede alternar la SRO con agua pura: 100-200 cc. en 4 hrs.
- Mostrar a la madre cómo preparar y dar SRO.
- Dar una cucharadita cada 1-2 minutos en niños menores de 2 años
- Dar tragos frecuentes en niños mayores
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos. Luego continuar con más lentitud. Ej.: 1 cucharadita cada 2 a 3 minutos.
- Si el niño desarrolla edema palpebral, suspender la administración de SRO y dar agua o leche materna. Pasar posteriormente al plan A.

Después de 4 horas, reevaluar al niño cuidadosamente de acuerdo a la tabla.

Luego, seleccionar el plan apropiado.

- Si no hay signos de deshidratación, pasar a Plan A.
- Si todavía hay deshidratación, repetir Plan B pero empezar a ofrecer alimentación, tal como se detalla en plan A.
- Si han aparecido signos de deshidratación grave, pasar a Plan C.
- Dar a la madre SRO para que le sea administrada al paciente en la casa.
- Dar a la madre instrucciones sobre cómo realimentar al paciente, (según el Plan A)

3.- PLAN C

El plan de tratamiento C combina la administración muy rápida de soluciones de rehidratación por vía venosa, durante un plazo corto de 2 a 4 horas, con la complementación con SRO por boca una vez que se haya corregido la deshidratación clínica. Para tratar deshidratación grave de inmediato.

Si se puede comenzar con líquidos intravenosos de inmediato:

Empezar con líquidos intravenosos. Dar 100ml/kg de solución Ringer-Lactato, o si no está disponible: dar solución de NaCl al 9 por mil (salino). Si el paciente puede beber, dar solución de rehidratación oral (SRO) mientras está pasando la infusión I.V. Los líquidos intravenosos se dan de la siguiente manera:

TABLA N° 11

DOSIFICACIÓN DE LÍQUIDOS POR INFUSIÓN INTRA VENOSA, SEGÚN EDAD

Edad	Inicialmente: dar 30 ml/Kg	Luego,: dar 70 ml/Kg
Lactantes menores de un año	En 1 hora *	En 5 horas
Niños mayores de un año	30 minutos *	2 horas y media

** Repetir una vez más si el pulso radial no es detectable o todavía es muy débil.*

- Evaluar nuevamente al paciente cada una o dos horas. Si la hidratación no ha mejorado, aumentar la velocidad de goteo.
- Dar también SRO (alrededor de 5 ml/kg/hora) tan pronto como el paciente pueda beber: habitualmente después de 3 a 4 horas en menores de un año o después de 1 a 2 horas en pacientes mayores.
- Después de 6 horas en menores de un año y después de 3 horas en pacientes mayores, evaluar nuevamente al paciente, usando la tabla de evaluación de hidratación. Luego, elegir el plan apropiado para continuar tratamiento (plan A, B, C).

Si no se puede comenzar con líquidos intravenosos de inmediato, pero se va a trasladar al paciente a otro sitio prontamente:

- Enviar al paciente inmediatamente a donde le puedan poner una infusión iv.
- Dar a la madre SRO para que le sea administrada al paciente mientras dure el viaje, si el paciente puede beber.

Si el médico o la enfermera están entrenados para colocar una sonda nasogástrica (sng) y no se puede trasladar al paciente prontamente:

- Iniciar rehidratación por sng usando SRO: dar 20 ml/kg/hora por 6 horas (total de 120 ml/kg).
- Re-evaluar al paciente cada 1 ó 2 horas. Si hay vómitos repetidos o distensión abdominal creciente, dar la SRO más lentamente. Si la hidratación no ha mejorado después de 3 horas, enviar al paciente para terapia intravenosa.
- Repetir una vez más si el pulso radial no es detectable o todavía es muy débil.
- Evaluar nuevamente al paciente cada una o dos horas. Si la hidratación no ha mejorado, aumentar la velocidad de goteo.
- Dar también SRO (alrededor de 5 ml/kg/hora) tan pronto como el paciente pueda beber: habitualmente después de 3 a 4 horas en menores de un año o después de 1 a 2 horas en niños mayores.
- Después de 6 horas en menores de un año y después de 3 horas en pacientes mayores, evaluar nuevamente al paciente, usando la tabla de evaluación de hidratación. Luego, elegir el plan apropiado para continuar tratamiento (plan A, B, C).

4.- TRATAMIENTO DE CASOS ESPECIALES:

En no más del 5 al 10% de los lactantes hospitalizados con diarrea se requiere usar soluciones intravenosas adicionales.

Las causas principales para la rehidratación intravenosa son: shock hipovolémico por deshidratación grave, íleo paralítico, estado de coma y convulsiones. También puede suceder que las pérdidas fecales o por vómitos excedan con mucho los volúmenes que se pueden aportar por boca. (OMS; 1992)

Esto ocurre cuando los flujos fecales son superiores a 10 ml/kg/hora o si hay 4 o más vómitos de gran volumen en una hora.

Los restantes pacientes pueden ser en su totalidad tratados exitosamente con soluciones de rehidratación oral.

Cuando es necesario recurrir a la terapia intravenosa de urgencia, debido a una deshidratación grave, ésta debe complementarse usando la vía oral con SRO, tan pronto se haya repuesto la carencia de líquidos por vía parenteral.

El hecho de acortar el período de rehidratación permite que el paciente recupere la normalidad de sus funciones en un período relativamente breve. Con ello, entre otras cosas, el paciente recupera pronto el apetito, lo que permite suministrarle cantidades normales de alimento con la misma densidad energética que recibía antes de enfermar.

Según la concentración de sodio en el suero, la deshidratación se clasifica en tres tipos:

- ⇒ Isonatrémica..... (131 a 149 mEq/L).
- ⇒ Hiponatrémica (< 130 mEq/L).
- ⇒ Hipernatrémica (> 150 mEq/L).

Desde luego que esta clasificación es convencional y los límites señalados para separar los tres tipos son relativamente arbitrarios. Esta clasificación, sin embargo, pretende identificar las situaciones especiales que podrían requerir de un manejo clínico diferente.

F. Rehidratación Oral: Sobres de Rehidratación Oral - SRO

Las Sales de Rehidratación Oral (SRO de fórmula completa de la OMS) normalmente vienen en sobres de papel de aluminio, o en *sachets* (saquitos) conteniendo las medidas exactas de sales y un azúcar elemental. (OMS; 1994)

La fórmula estándar actual de SRO de la OMS/UNICEF, diseñada para mezclarla con un litro de agua, se compone de:

- Glucosa 20,0 gramos
- Cloruro sódico 3,5 gramos
- Cloruro potásico 1,5 gramos
- Citrato trisódico dihidratado 2,9 gramos (antes bicarbonato sódico, 2,5 gramos)

Aunque la SRO estándar de la OMS/UNICEF se mezcla con un litro de agua, existen productos comerciales que requieren diferentes cantidades de agua, desde 200 ó 350 mililitros hasta un litro.

La fórmula también varía, y algunos productos añaden saborizantes. Aparte de la SRO en sobres, en algunos países se fabrica una fórmula equivalente en tabletas para disolver en un vaso de agua, SRO ya mezcladas y bebidas similares también vienen en botellas o en latas en forma de producto comercial. (OMS; 1994)

En los primeros años de las campañas sobre TRO, los sobres eran manufacturados en países industrializados y enviados a los ministerios de salud, se distribuían por clínicas y puestos de salud, y la mayor parte se proporciona gratis a las madres. Pero, con el paso de los años y los recortes en los presupuestos de salud, la producción y la distribución se han comercializado cada vez más.

Actualmente, se producen unos 400 millones de sobres de SRO al año, 2/3 de los cuales son producidos en 60 países en vías de desarrollo. El UNICEF todavía suministra anualmente unos 80 millones de sobres, muchos de los cuales se producen en países industrializados y son exportados, principalmente a África y América.

La OMS promueve la utilización de los SRO como sigue:

TABLA N° 12

CÓMO TRATAR LA DIARREA EN EL HOGAR CON S.R.O.

<p>1. EN CUANTO COMIENZE LA DIARREA, DÉ A SU NIÑO MAS LÍQUIDOS DE LO HABITUAL:</p> <ul style="list-style-type: none">• Solución de SRO• Líquidos hechos con alimentos, como sopa, agua de arroz y yogur líquido• Agua limpia• Si el niño tiene menos de 6 meses de edad y sólo toma leche de pecho, dé sólo SRO o agua limpia, además de leche pecho.
<p>2. DÉ TANTA CANTIDAD DE ESTOS LÍQUIDOS COMO SU NIÑO ACEPTA</p>

En sus recomendaciones oficiales, la OMS y el UNICEF apoyan también, el uso de líquidos caseros para el tratamiento casero precoz de la diarrea. (WHO; 1992)

CAPITULO III MATERIAL Y METODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo y diseño de la investigación se definió como un **ESTUDIO OBSERVACIONAL, CUANTITATIVO DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL**, toda vez que los estudios descriptivos son diseñados para representar la distribución de variables, esto permite además de describir, analizar las características de las mismas.

Fue considerado cuantitativo porque permitió medir frecuencias y distribuciones porcentuales de las variables indicadas, además de la fuerza de asociación entre variables mediante la utilización de algunas herramientas estadísticas. Finalmente fue parte importante de este estudio la verificación de la hipótesis planteada con referencia al problema en estudio.

3.2 POBLACION, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA.

Los resultados de la investigación representan a una Población de Estudio de 53. 905 Mujeres en Edad Fértil residentes en el área de salud correspondiente al Distrito I de Salud - Sucre, de los municipios Sucre y Poroma de la cual se definió la Muestra de Estudio conformado por 335 Madres, de acuerdo a los siguientes parámetros:

A. Selección de la Muestra

a). Unidad de Muestreo: La unidad de muestreo constituyeron las Mujeres en Edad Fértil, que además son madres, residentes en el Distrito I de Salud, pertenecientes a los municipios de Sucre y Poroma.

b). **Criterios de Selección** : La selección de la muestra se realizó tomando en cuenta la asistencia a Hospitales, Puestos de Salud y/o Centros de Salud de la red de servicios y en cada madre cuyo hijo menor de cinco años haya presentado un episodio diarreico recientemente.

c). **Tipo de Muestreo** : El muestreo utilizado fue, no probabilístico, por conveniencia; sin embargo, la selección de la muestra se confeccionó por estratificación, determinándose con un estrato, cada una de las zonas seleccionadas para el estudio. La muestra se dividió a su vez, en partes iguales según Mujeres en Edad Fértil (MEF), que residían en comunidades del distrito.

TABLA N° 13

NUMERO DE MUJERES EN EDAD FERTIL DISTRITO I DE SALUD

SEGÚN ESTRATO

Estrato	Población M.E.F.
A : Área peri - urbana de la ciudad de Sucre	46.384
B : Área Rural del Municipio de Sucre.	4.302
C : Municipio de Poroma.	3.219
TOTAL	53. 905

d). **Criterios para la selección de cada estrato**: La selección de cada una de las zonas tomadas en cuenta para la estratificación se efectuó en base a los siguientes parámetros:

- **Accesibilidad**; una de las características trascendentales del distrito es su importante extensión territorial, que además comprende los Municipios de Sucre y Poroma, se eligieron regiones geográficamente accesibles, tanto en el área rural, como en el área peri urbana, para facilitar el desplazamiento del personal que realizó las encuestas. No obstante, se llegó a comunidades alejadas en el municipio de Poroma, especialmente.

- Regionalización del Distrito I de Salud; la organización de la Red de Servicios de Salud según niveles de atención, toman en cuenta a Hospitales; Centros de Salud; Puestos de Salud y en el área peri urbana de Sucre, Consultorios de Médicos de Barrio (pertenecientes al municipio), que tienen a su cargo un grupo poblacional para la prestación de servicios, propio de la jurisdicción territorial de acuerdo a zonificación y criterios técnicos de regionalización del Servicio Departamental de Salud - SEDES - Chuquisaca. Es así que de acuerdo a dicha regionalización se tienen las siguientes área de salud:

▪ **En el municipio de Sucre:**

➤ Urbano:

- ✓ Área de Salud Metropolitana

➤ Peri Urbano

- ✓ Área de Salud El Tejar
- ✓ Área de Salud San José
- ✓ Área de Salud Santa Bárbara
- ✓ Área de Salud Valle Hermoso

➤ Rural:

- ✓ Área de Salud Potolo
- ✓ Área de Salud Chuqui Chuqui

▪ **En el municipio de Poroma:**

➤ Rural:

- ✓ Área de Salud Poroma
- ✓ Área de Salud San Juan de Orkas
- ✓ Área de Salud Copavillque
- ✓ Área de Salud Chijmuri

e).- Unidad de análisis y observación.

La unidad de análisis la constituyeron madres que residen en comunidades de los municipios de Sucre (peri urbano – rural) y Poroma; y que acudieron a los servicios de salud del distrito, Clubes de Madres u organizaciones similares, que coordinan con los distintos establecimientos de salud.

El muestreo incluyó, en algunos casos, a los responsables del cuidado de menores de cinco años que hubieran presentado un episodio diarreico durante las dos semanas previas a la encuesta, y que, ya hubiera concluido su tratamiento.

Personal previamente capacitado, aplicó la metodología, en el inicio del trabajo de campo para hacer el levantamiento de datos, misma que se estandarizó mediante un estudio piloto en el área del Municipio de Poroma, con el único fin de tener la certeza de que la apreciación está más cercana a la realidad social y cultural existente en la región.

f).- Tamaño de muestra para estimar la media de la población

Dentro de los pasos necesarios para determinar el tamaño de la muestra, se consideraron dos supuestos:

- En primer lugar el nivel de confianza con el que se debía trabajar.
- En segundo lugar, el error máximo admitido en nuestra estimación.

Así pues, los pasos que se siguieron fueron:

1.- Al contar con el total de la población, se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

2.- Donde:

- **N** = Total de la población
- **Z_α²** = 1.96² (si la seguridad es del 95%)
- **p** = proporción esperada de prácticas y percepciones inadecuadas en la población (en este caso 5% = 0.05)
- **q** = 1 – p (en este caso 1- 0.05 = 0.95)
- **d** = precisión (en este caso deseamos un 4%).

3.- Por tanto, conociendo la población correspondiente a las Mujeres en Edad Fértil (MEF), en las áreas involucradas que totalizó un número de 53. 905 mujeres y aplicando la fórmula de cálculo muestral, se obtuvo la muestra equitativa, consistente en 335 mujeres madres, según estrato.

g).- Tamaño de muestra para cada estrato.

Una vez obtenido el tamaño de la muestra poblacional, se procedió a establecer el tamaño de muestra para cada estrato, que se basó en una distribución conforme a la asistencia de madres a los servicios de salud y según a las comunidades próximas, es así que previa conversación con el personal de salud de las áreas de intervención, se determinó dividir de manera equivalente el total de la muestra poblacional, entre los tres estratos conformados, sin importar mucho la proporción de MEF de un estrato con relación al otro.

Por tanto, el número de muestras por estrato se detalla en la siguiente tabla:

TABLA N° 14**POBLACION ENCUESTADA SEGÚN MUESTRA Y ESTRATO**

ESTRATO	AREA DE SALUD	BARRIO / COMUNIDAD	NÚMERO DE MADRES ENCUESTADAS	TOTAL MUESTRA		
A (Área Peri urbana Municipio Sucre)	San José	Bajo San Antonio	20			
	Santa Bárbara	Villa Margarita	18			
	Valle Hermoso	Barrio Israel	18			
	El Tejar	El Tejar	16			
	Valle Hermoso	Valle Hermoso	12			
	Valle Hermoso	Tujsupaya	6			
	Valle Hermoso	Yurac Yurac	6			
	Valle Hermoso	Santo Domingo	6			
	Valle Hermoso	Patacón	6			
	Santa Bárbara	Horno Khasa	6			
						114
B (Área Rural Municipio Sucre)	Potolo	Molle Molle	10			
		Maracorí	10			
		Chullpas	10			
		Tumpeka	10			
		Huallapampa	5			
		Caraviri	3			
		Chaunaca	3			
		Chufle	5			
		Janac Ckuchu	5			
		Quesera	5			
						66
		Chuqui Chuqui	Teja Huasi		11	
			Las Palmas		10	
			Chaco		10	
			Chuqui Chuqui		10	
			Mojotoro		4	
						45
						111
	C (Área Municipio Poroma)	San Juan de Orkas	Piocera		22	
Poroma		Zanabria	22			
Kainacas		Sokosnioj	22			
Chijmuri		Alamos	22			
		Chijmuri	22			
				110		
				335		

3.3 VARIABLES DE ESTUDIO.

De acuerdo a los objetivos y la hipótesis de la investigación, se identificaron las siguientes variables:

1.- **Madre**. Para los fines de este estudio, se hace referencia a aquellas mujeres residentes en comunidades rurales y áreas peri urbanas del Distrito I de Salud – Sucre, con hijos menores de cinco años y que realizaron prácticas en torno a un episodio de diarrea específico en las dos últimas semanas antes de la encuesta.

2.- **Escolaridad de la madre**. Variable de control que se refiere a los años cursados en primaria, secundaria o universidad de la madre al momento de la encuesta.

⇒ **Definición Operacional:**

- Categorías: 1.- Analfabeta; madre que no sabe leer ni escribir.

2.- Alfabeto; madre que curso primaria y/o secundaria.

3.- Estudios superiores; madre que curso instituto superior o universidad.

3.- **Grupos organizados de la comunidad**. Madres que pertenecen a alguna agrupación comunitaria, que trabaja coordinadamente con el servicio de salud del área.

⇒ **Definición Operacional :**

- Categorías: 1.- Club de Madres; agrupación que reúne con frecuencia a madres de la comunidad, con distintos motivos, uno de ellos la salud integral.

2.- Organización religiosa; congregación religiosa existente en la comunidad.

3.- Otras organizaciones existentes en la comunidad y que velan por la salud de la comunidad (ejemplo: ONG)

4.- Residencia de la madre. Lugar de residencia de la madre temporal o definitiva, según estratos seleccionado: área peri - urbana o área rural del Municipio de Sucre y área del Municipio de Poroma.

⇒ **Definición Operacional :**

- Categorías: 1.- Municipio de residencia de la madre, área municipal de Sucre y/o Poroma.

2.- Comunidad de residencia de la madre.

5.- Número de hijos que tiene cada madre participante. Cantidad de niños que tiene cada madre encuestada.

⇒ **Definición Operacional :**

- Categorías: 1.- Un hijo

2.- Dos hijos.

3.- Tres y más de tres hijos.

6.- Prácticas de atención a la diarrea aguda infantil. Acciones privilegiadas por parte de la madre y realizadas al momento de reconocer el episodio de diarrea de un menor de cinco años, que hayan tenido lugar en los últimos meses, independientemente del desarrollo y el desenlace del episodio:

2.1. Práctica de uso de medicamentos. Recurrencia a la medicación (incorrecta contraindicada) en los casos de diarrea aguda infantil y/o uso de medicamentos prescritos por un médico, enfermera o auxiliar de enfermería, en algún episodio de diarrea.

2.2. Asistencia a un servicio de salud. Madres que acudieron a: puesto de salud, centro de salud u hospital durante la presencia de un episodio diarreico en su hijo menor de cinco años

2.3. Práctica de uso de medicina tradicional. Recurrencia al uso de "mates", "hierbas" y otros, para la cura de diarrea.

2.4. Práctica de uso del SRO. Recurrencia a la administración de suero de hidratación oral al niño, en cualquier momento del episodio.

⇒ **Definición Operacional** :

- Categorías: 1.- Buena práctica, conocimiento y experiencia adecuados en la atención de un episodio diarreico, por parte de la madre en su niño enfermo.

2.- Mala practica, conocimiento y experiencia inadecuados e inoportunos en la atención de un episodio diarreico, por parte de la madre en su niño enfermo.

7.- **Conocimiento de diarrea y deshidratación**. Si la madre sabe que la deshidratación es la pérdida de los líquidos, que el organismo necesita para su funcionamiento vital y es consecuencia directa de la diarrea persistente.

⇒ **Definición Operacional** :

- Categorías: 1.- Adecuado conocimiento; madre que sabe el significado, consecuencias e importancia de la diarrea y la deshidratación.

2.- Regular conocimiento; madre que tiene conocimientos limitados sobre el significado e importancia de la diarrea y la deshidratación

3.- Escaso conocimiento, madre que sabe o no conoce el significado, consecuencias e importancia de la diarrea y la deshidratación.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Primarias; constituyeron las madres encuestadas como elemento primordial de la recolección de información.
- Secundarias; provenientes de registros hospitalarios, documentos de SNIS y documentos INE.

3.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE ESTUDIO

Se planteó la utilización de encuestas destinadas a las madres y/o personas responsables del cuidado de niños menores de cinco años, residentes de comunidades seleccionadas, formado por centros asistenciales de salud o viviendas representativas de la población en zonas geográficas, sistematizadas en las unidades de estudio.

En este sentido, el instrumento de recolección de la investigación (*ver Anexos*) cumplió dos propósitos fundamentales:

- Servir de instrumento exploratorio para ayudar a identificar variables y relaciones, sugerir hipótesis y dirigir otras fases de la investigación.
- Ser el principal instrumento de la investigación

La metodología aplicada en el instrumento de la encuesta surgió especialmente pertinente, por las siguientes situaciones:

- a. Generalizar el resultado a una población definida, porque resultó más fácil obtener una mayor muestra que con otras metodologías.
- b. Presencia de factores económicos y/o contextuales.
- c. Recoger datos relacionados con creencias y/o actitudes.

La encuesta elaborada, dentro su estructura, contó con:

1.- Preguntas específicas; que buscaron respuestas predeterminadas a preguntas estandarizadas, cuya organización se refiere a continuación:

- Preguntas de tipo cerradas, pero que de todos modos, lograron como resultado información completa y detallada que permitió ilustrar los diversos matices, resaltando la diversidad de los mismos.
- La encuesta estuvo dirigida a madres residentes comunidades de los municipios de Sucre (peri urbano – rural) y Poroma, que tenían hijos con algún episodio diarreico previo.
- La encuesta fue realizada con un formulario por persona, es decir, cada madre debía responder en un formulario, a las preguntas planteadas por el encuestador.

- Tomó en cuenta la recolección de información cara a cara, con las madres asistentes al servicio de salud del área respectiva, hasta completar el número de la muestra, es decir, 335 madres encuestadas.

2.- La anexión de un segmento demostrativo (tercer punto de la encuesta); caracterizada por el conocimiento y la habilidad de la madre encuestada en la preparación del Sobre de Rehidratación Oral, tal y como se indica en el Manejo y Prevención de la Diarrea. *Ver Anexos.*

La mencionada práctica fue realizada de manera individual y por concentración de las madres encuestadas en los establecimientos asistenciales en salud del distrito, clubes de madres y otras organizaciones.

El material básico utilizado consistía en: Sobres de Rehidratación Oral, agua (preferentemente hervida), recipientes y demás utensilios que sirvieron en la demostración, donde la madre manifestó sus conocimientos y prácticas en el uso del SRO.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación en base a la información recolectada mediante las técnicas e instrumentos de estudio, en datos cuantitativos de análisis descriptivo e inferencial, las cuales se objetivizan mediante cuadros estadísticos y gráficos, de acuerdo a la hipótesis del trabajo y su relación con cada una de las variables.

1.- ESTRUCTURA POBLACIONAL SEGÚN EDAD Y ESTRATO

Cuadro N° 1

Estructura poblacional según edad y estrato, de madres encuestadas.

Distrito I de Salud. 2003

GRUPO DE EDAD	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C		TOTALES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 19 años	3	2,6	12	10,8	24	21,8	39	11,6
20 a 24 años	23	20,1	21	18,9	23	20,9	67	20,0
25 a 29 años	31	27,1	27	24,3	26	23,6	84	25,0
30 a 34 años	25	21,9	15	13,5	19	17,2	59	17,6
35 a 39 años	16	14,0	17	15,3	13	11,8	46	13,7
40 a 44 años	13	11,4	11	9,9	5	4,5	29	8,6
45 a 49 años	3	2,6	8	7,2	0	0	11	3,2
TOTAL	114	100,00	111	100,00	110	100,00	335	100,00

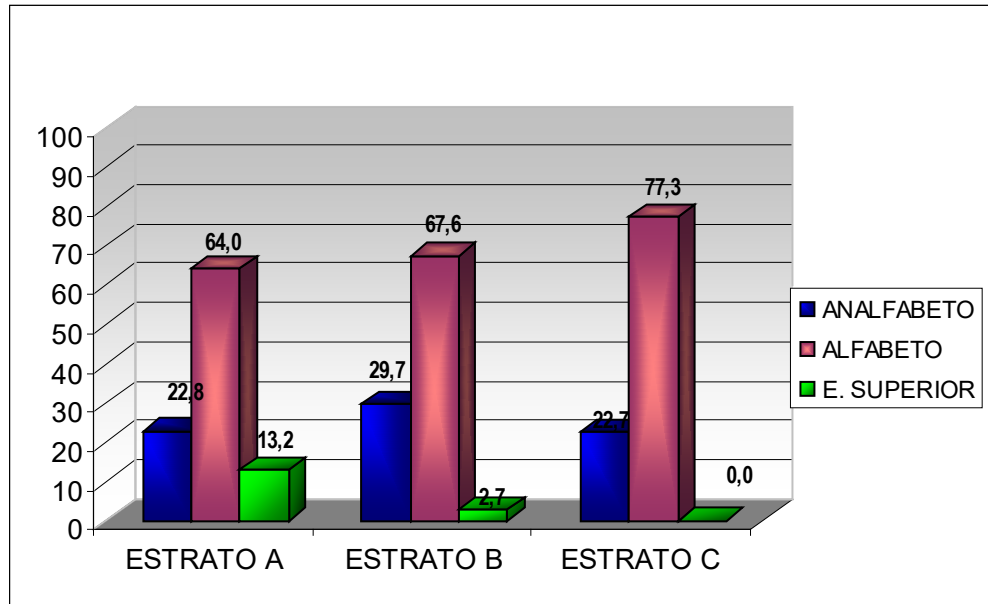
La estructura poblacional según la edad y estrato en las madres encuestadas, demostró que el promedio de edad de estas, alcanza a 32.2 años; la mediana toma el mismo valor, por tanto la distribución de las frecuencias, según edad es normal en los tres estratos.

Por otra parte, los resultados de la investigación demuestran que en los estrato A, B y C el mayor porcentaje, 25% de madres encuestadas pertenecen al grupo de edad comprendido entre los 25 y 29 años de edad; siendo significativo en el estrato C, el grupo de edad comprendido entre los 15 y 19 años de edad, que llega a un 21,8%.

2.- ESTRUCTURA POBLACIONAL SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD

Gráfico N° 1

Estructura poblacional según grado de escolaridad y estrato, en madres encuestadas. Distrito I de Salud - 2003



Es evidente la presencia de mayor número de madres analfabetas en el estrato B (Sucre Rural), cuyo porcentaje alcanza a 29,7%, siendo también llamativo el estrato C, por no contar con ninguna madre que tenga estudios superiores.

3- NUMERO DE HIJOS EN MADRES ENCUESTADAS

Cuadro N° 2

Estructura poblacional según número de hijos y estrato, en madres encuestadas.

Distrito I de Salud - 2003

NÚMERO DE HIJOS	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	23	20,2	20	18,0	24	21,8
2	34	29,8	31	27,9	27	24,5
Más de 3	57	50,0	60	54,1	59	53,6
TOTAL	114	100	111	100	110	100

El porcentaje de madres encuestadas con más de tres hijos, en los tres estratos es alto, pero en los estratos B y C (área rural del distrito) es evidente que los porcentajes son mayores alcanzando al 54% y 53% respectivamente.

4.- USO DE MEDICAMENTOS EN EPISODIOS DIARREICOS

Cuadro N° 3

Uso de medicamentos en episodios diarreicos en madres encuestadas, según estrato.

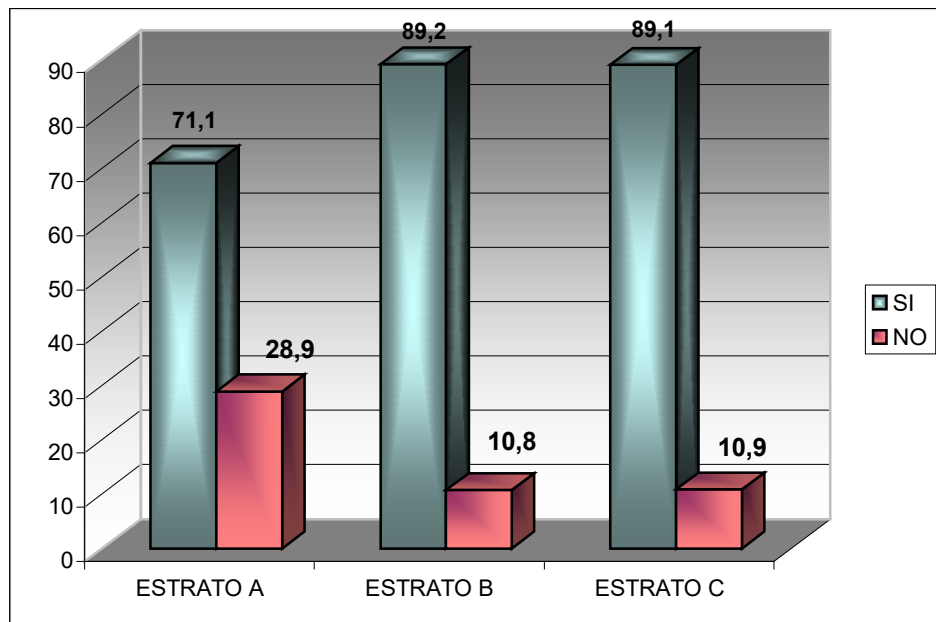
Distrito I de Salud - 2003

USO DE MEDICAMENTOS	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	81	71,1	99	89,2	98	89,1
NO	33	28,9	12	10,8	12	10,9
TOTAL	114	100	111	100	110	100

Gráfico N° 2

Uso de medicamentos en episodios diarreicos en madres encuestadas, según estrato.

Distrito I de Salud - 2003



Tanto el cuadro como el gráfico precedentes muestran que las madres encuestadas hacen referencia al uso de medicamentos en los episodios diarreicos de sus hijos, en

porcentajes llamativos sobre todo en los estratos B y C que alcanzan el 89% en ambos casos, en tanto el estrato A llega al 71% de las madres con estas características.

5.- TIPO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Cuadro N° 4

Tipo de medicamentos usado en episodios diarreicos por madres encuestadas, según estrato. Distrito I de Salud - 2003

MEDICAMENTOS	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antibióticos	49	43,0	59	53,2	57	51,8
Antidiarreicos	51	44,7	37	33,3	21	19,1
Analgésicos	14	12,3	0	0,0	23	20,9
Antieméticos	0	0,0	15	13,5	9	8,2
TOTAL	114	100	111	100	110	100

En los tres estratos las madres encuestadas hacen referencia, al uso habitual de antibióticos, antidiarreicos y analgésicos durante la presencia de un episodio diarreico, se evidencia aquello por que los porcentajes en los estratos B y C alcanzan el 53% y 51% comparativamente.

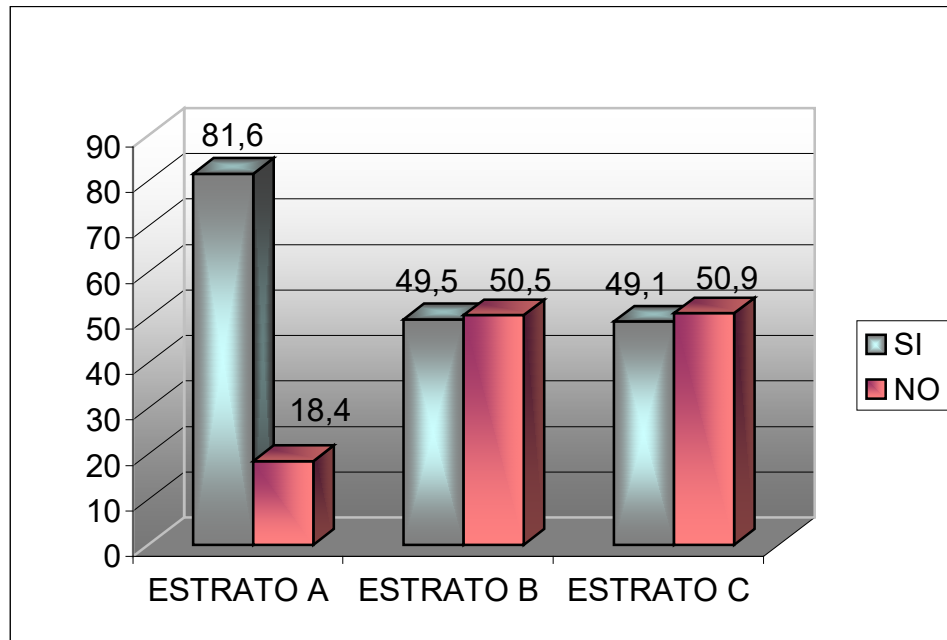
6.- ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD

Es indiscutible que la no asistencia de las madres a un servicio de salud durante la presencia de un episodio diarreico de sus hijos menores de cinco años es similar en los estratos B y C, 50 % en ambos casos, siendo llamativo la diferencia en el estrato A, que muestra que sólo un 18% no asiste a algún servicio de salud. Esto se verá a continuación en el gráfico N° 3.

En el estudio se advirtió también, que por las características de los estratos B y C, los Puestos de Salud, son los más utilizados por las madres cuando se presenta un episodio diarreico en sus hijos menores de cinco años, en tanto que en el estrato A se vio que las madres utilizan con periodicidad el hospital.

Gráfico N° 3

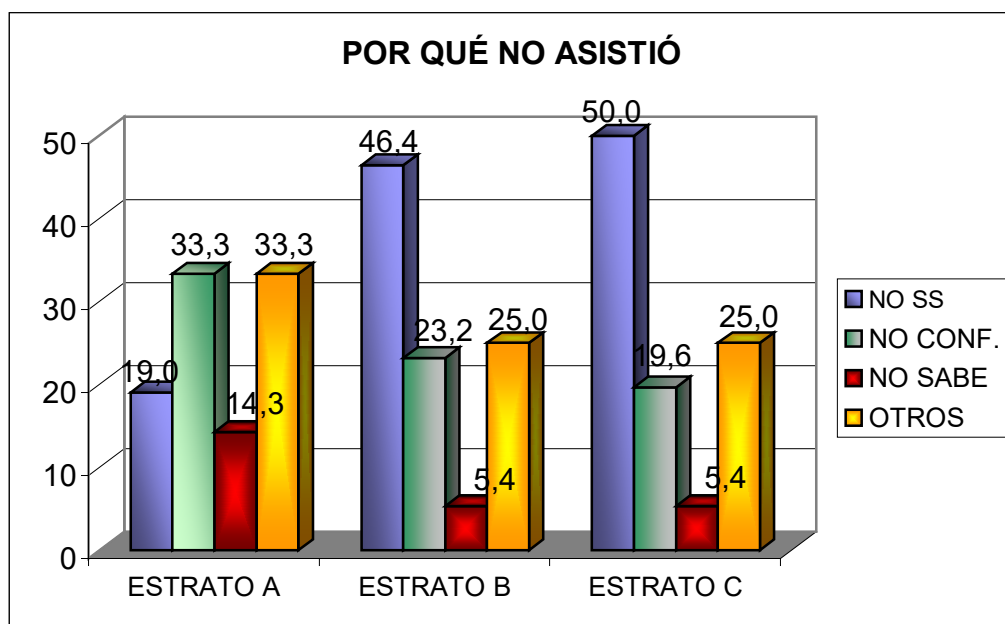
Asistencia a Servicios de Salud en episodios diarreicos de madres encuestadas, según estrato. Distrito I de Salud - 2003



7.- RAZÓN POR LA QUE NO ASISTIÓ A SERVICIOS DE SALUD

Gráfico N° 4

Razón por la que no asistió a Servicios de Salud en episodios diarreicos, según estrato Distrito I de Salud - 2003



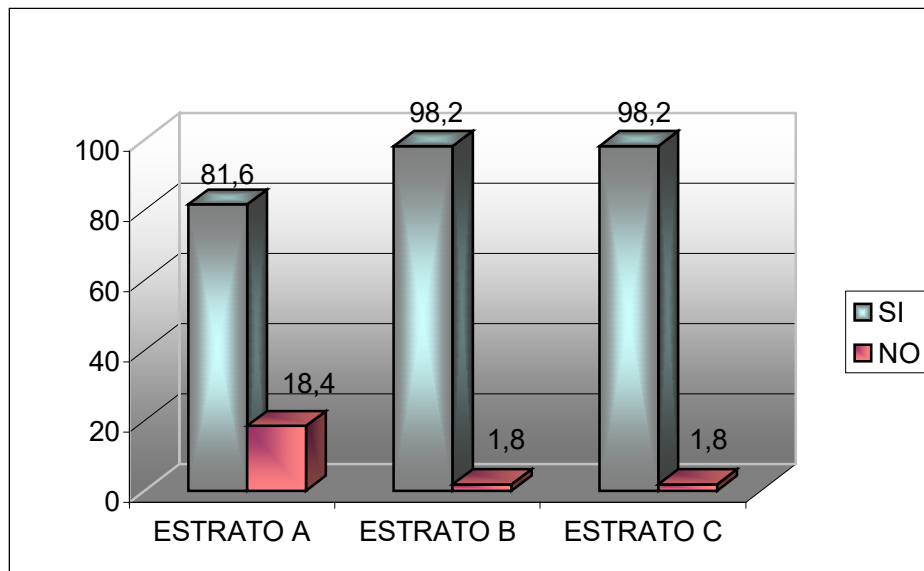
NO SS = No hay servicio de salud **NO CONF.** = No confía en servicio de salud
NO SABE = No sabe donde acudir **OTROS** = Otras razones

En los estratos B y C con porcentajes del 46% y 50% respectivamente, las madres no asisten a un servicio de salud por la distancia lejana de estos últimos. Es importante en el estrato A la falta de confianza, 33% como razón de la no asistencia a un servicio de salud en episodios diarreicos de los niños menores de cinco años

8.- USO DE MEDICINA TRADICIONAL

Gráfico N° 5

**Uso de Medicina Tradicional en episodios diarreicos,
según estrato, en madres encuestadas**



Es evidente el uso de medicina tradicional en los tres estratos, toda vez que en el estrato A llega al 81%, en los estratos B y C llega al 98% de madres que si utilizan medicina tradicional en algún episodio diarreico de sus hijos menores de cinco años.

Por tanto, se puede inferir que por las características particulares de los estrato B y C, relacionadas con la ruralidad, es importante destacar el mínimo porcentaje del no uso de medicina tradicional, en estas zonas de estudio.

9.- MOTIVO DE USO DE MEDICINA TRADICIONAL

Cuadro N° 5

Motivo por el que uso de Medicina Tradicional en episodios diarreicos, según estrato en madres encuestadas. Distrito I de Salud - 2003

Razón por la que usa	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tradición Familiar	51	41,8	73	33,2	71	32,6
Distancia a Serv. Salud	3	2,5	45	20,5	45	20,6
Es más barato	33	27,0	55	25,0	55	25,2
Cura mejor	26	21,3	13	5,9	13	6,0
Consejo de curandero	9	7,4	34	15,5	34	15,6
TOTAL	122	100	220	100	218	100

Las madres de los tres estratos hacen referencia del uso de medicina tradicional por tradición familiar, con porcentajes del 41 %, 33% y 32% respectivamente.

Del mismo modo para los estratos A, B y C se puede ver un porcentaje significativo en relación al costo que representa la conducta de esta práctica.

Por otra parte resaltan los porcentajes mínimos (6%) sobre la percepción que tienen las madres de los estratos B y C en relación a la eficacia en el uso de medicina tradicional, en los casos de diarrea en menores de cinco años.

10.- CONOCIMIENTO DEL SOBRE DE REHIDRATACION ORAL

Cuadro N° 6

Uso de Sobre de Rehidratación Oral, según estrato en madres encuestadas Distrito I de Salud - 2003

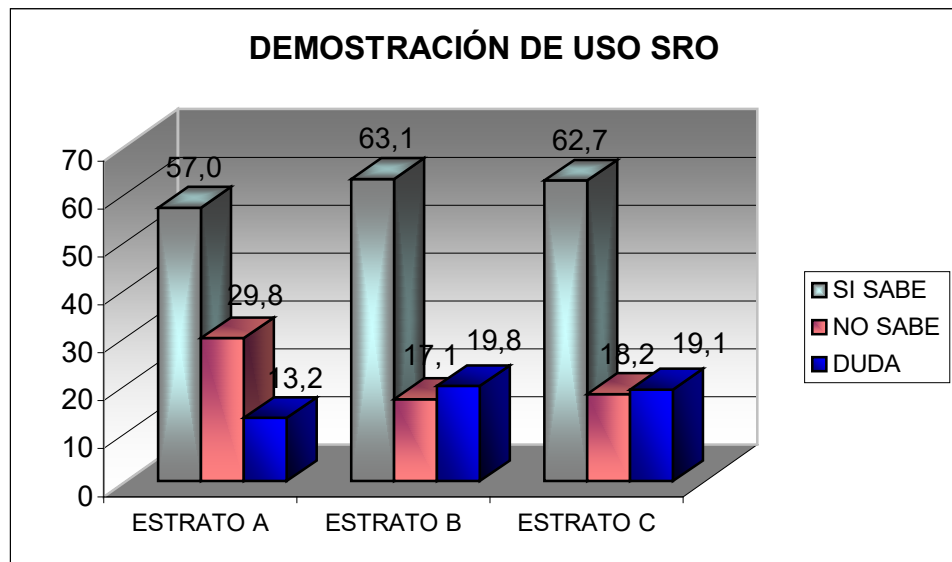
Conocimiento de SRO	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	82	71,9	98	88,3	97	88,2
NO	32	28,1	13	11,7	13	11,8
TOTAL	114	100	111	100	110	100

Es elocuente el conocimiento del Sobre de Rehidratación Oral por parte de las madres encuestadas, en los tres estratos cuyo porcentaje supera el 70%. Aunque sea llamativo el hecho de que en el área peri urbana, es decir estrato A, el 28% de las madres encuestadas no tengan conocimiento relacionados con el SRO.

11.- PRACTICA DE USO DE SRO

Gráfico N° 6

**Práctica de uso de SRO, según estrato en madres encuestadas
Distrito I de Salud - 2003**



Se puede indicar que la práctica de uso del SRO en los tres estratos es homogénea, toda vez que en los estratos A, B y C llega a porcentajes del 57%, 63% y 62% respectivamente.

En el estrato A el 13 % de las madres dudan en la preparación del sobre, aunque no sea un hecho que llama la atención, se debería considerar por que el área del estudio corresponde a la ciudad de Sucre.

12.- LUGAR DONDE APRENDIO A UTILIZAR EL SRO

Cuadro N° 7

Lugar donde aprendió a utilizar el SRO, según estrato en madres encuestadas. Distrito I de Salud - 2003

LUGAR DÓNDE APRENDIO A UTILIZAR EL SRO	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Puesto de Salud	72	63,2	54	48,6	56	50,9
Familiar o pariente	13	11,4	19	17,1	16	14,5
RPS	29	25,4	38	34,2	38	34,5
TOTAL	114	100	111	100	110	100

En el cuadro precedente se observa que los Puestos de Salud en los tres estratos son el lugar con mayor porcentaje, donde las madres aprendieron a usar el SRO, con 63%, 48% y 50% para los estratos A, B y C respectivamente. Es trascendental el hecho de que en las zonas rurales de la investigación como son los estratos B y C, las madres aprendieron a usar el SRO mediante los Responsables Populares de Salud, esto ocurre en ambos casos, en más del 30% de las madres encuestadas.

13.- USO ADECUADO DE SRO

Cuadro N° 8

Uso de SRO, de acuerdo al momento en episodio diarreico, según estrato en madres encuestadas. Distrito I de Salud - 2003

CUANDO RECIBE SRO SU NIÑO	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inicio EDA	49	43,0	29	26,1	21	19,1
Cualquier momento de EDA	15	13,2	32	28,8	32	29,1
Experiencia previa.	7	6,1	7	6,3	6	5,5
Recomendación de familiar o vecina.	9	7,9	12	10,8	12	10,9
Recomendación de medico o enfermera	34	29,8	31	27,9	39	35,5
TOTAL	114	100	111	100	110	100

Es indudable que el estrato A presenta porcentajes del uso de SRO, al inicio de la Enfermedad diarreica, con el 43% y por recomendación del médico o enfermera con el 29%, mientras que en los estratos B y C los mayores porcentajes alcanzan a la utilización del SRO en cualquier momento del episodio diarreico, 28% y 29%; seguido en porcentaje por la Recomendación del médico o enfermera.

14.- CONOCIMIENTO Y SIGNIFICADO DE DIARREA

Cuadro N° 9

Conocimiento de diarrea, según estrato en madres encuestadas

Distrito I de Salud - 2003

CONOCIMIENTO DEL SIGNIFICADO DE LA DIARREA	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	N°	%	N°	%	N°	%
Enfermedad	67	58,8	54	48,6	42	38,2
Deposiciones líquidas y frecuentes	29	25,4	23	20,7	36	32,7
Deposiciones frecuentes	4	3,5	21	18,9	19	17,3
No sabe	14	12,3	13	11,7	13	11,8
TOTAL	114	100	111	100	110	100

El 58%, 48% y 38% de las madres encuestadas en los estratos A, B y C respectivamente relacionan a la diarrea con una enfermedad y solamente el 12% en el estrato A y 11% en los estratos restantes no conoce, o no sabe lo que representa la diarrea.

Por otra parte el conocimiento del significado de la diarrea en relación a las Deposiciones Líquidas y Frecuentes, siguen en porcentaje, en los tres estratos.

Sólo alrededor del 10% de las madres encuestadas en los tres estratos no saben el significado de la Diarrea.

15.- PERCEPCIONES SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA DIARREA

Cuadro N° 10

Percepciones sobre las consecuencias de la diarrea,
según estrato en madres encuestadas. Distrito I de Salud - 2003

QUÉ OCASIONA EN EL NIÑO	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nada Grave	6	5,3	8	7,2	8	7,3
Pérdida de Peso	31	27,2	21	18,9	31	28,2
Desnutrición	24	21,1	25	22,5	27	24,5
Deshidratación	30	26,3	23	20,7	14	12,7
Muerte	5	4,4	23	20,7	19	17,3
No sabe	18	15,8	11	9,9	11	10,0
TOTAL	114	100	111	100	110	100

Para las madres encuestadas en los estratos A y C tienen mayor representación las consecuencias de la diarrea, relacionadas con la Pérdida de Peso, pues logran porcentajes del 27% y 28% respectivamente, en tanto que par el estrato B, con 22%, la Desnutrición es importante.

Entre un 9% y 15% de las madres en los tres estratos no saben las consecuencias de la diarrea. En el estrato A sólo un 4% de las madres encuestadas reconoce la Muerte como una consecuencia derivada de la diarrea, comparativamente los estratos B y C logran porcentajes llamativos del 20% y 17%.

Sólo el 12% de las encuestadas del estrato C, se refiere a la deshidratación como consecuencia de la diarrea.

16.- PERCEPCIONES SOBRE CAUSAS Y LAS CONSECUENCIAS DE LA DESHIDRATACION

Cuadro N° 11

**Percepciones sobre las causas y consecuencias de la deshidratación,
según estrato en madres encuestadas. Distrito I de Salud - 2003**

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA DESHIDRATACION	ESTRATO A		ESTRATO B		ESTRATO C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sabe	27	23,7	23	20,7	30	27,3
No sabe	27	23,7	25	22,5	23	20,9
La Diarrea	29	25,4	31	27,9	27	24,5
Diarrea y Falta de Atención	10	8,8	16	14,4	16	14,5
Diarrea y Atención inoportuna	7	6,1	9	8,1	7	6,4
Complicación de la diarrea	14	12,3	7	6,3	7	6,4
TOTAL	114	100	111	100	110	100

En los estratos A, B, y C del estudio, las madres encuestadas saben que la deshidratación es consecuencia de la diarrea, en porcentajes que van desde 24% a 27% en los tres estratos. Mientras que similar porcentaje no conocen las causas y consecuencias de la deshidratación.

CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS

Registrada la información se realizó el análisis de las percepciones, conocimientos y prácticas sobre la diarrea y el uso del SRO, además de, si se tiene el concepto correcto de deshidratación, así como de la relación entre éstas y otras variables de importancia acordes con los objetivos de la investigación.

Los datos fueron codificados y analizados en el programa Excel y Epi-Info. Se calcularon frecuencias y pruebas de significancia entre las distintas variables.

Los significados atribuidos por las encuestadas a las distintas acciones en relación a las prácticas frente a un episodio diarreico como el uso de medicina tradicional y el uso de SRO, se trataron mediante procedimientos basados en la concordancia de acciones y actitudes en las diferentes encuestadas.

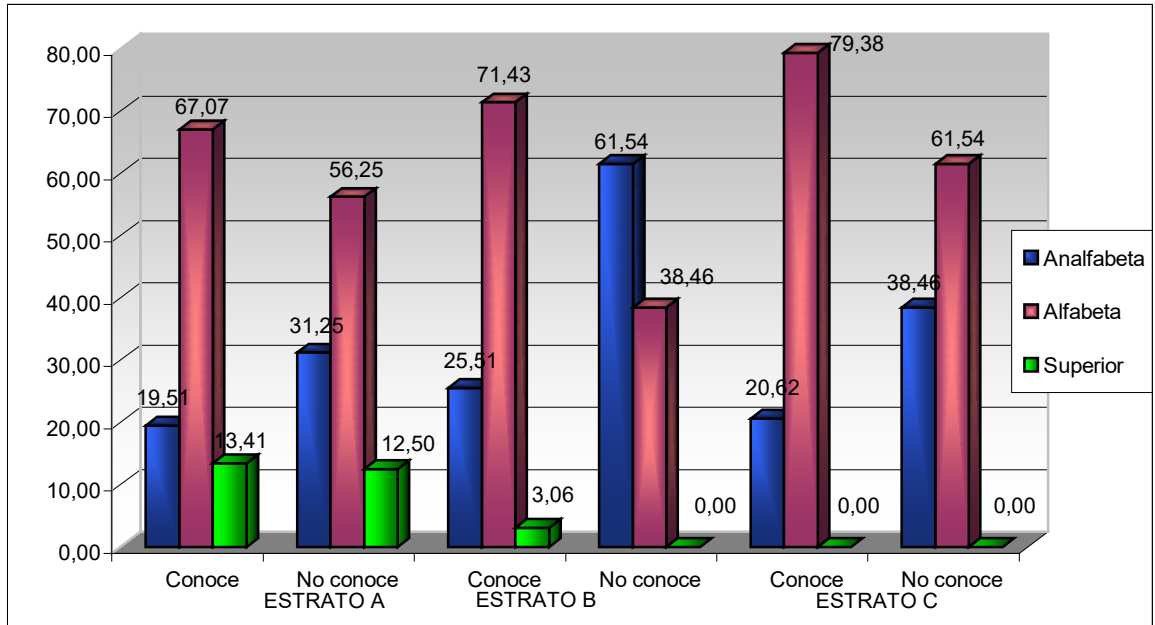
Se pensó en la importancia de la variable Grado de Escolaridad de la Madre, según estratos, lo que sirvió para el cruce con otras variables consideradas importantes y coherentes con la hipótesis y objetivos de la investigación.

A continuación se presentan tablas y gráficos más representativos y el análisis apropiado entre dos o más variables, en los estratos A (área peri – urbana del Municipio de Sucre), B (área rural del Municipio de Sucre) y C (comunidades del Municipio de Poroma).

1.- GRADO DE ESCOLARIDAD, CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE SRO

Gráfico N° 7

Grado de escolaridad de las madres, según conocimiento del Suero de Rehidratación Oral - Estratos A, B y C
Distrito I de Salud Año - 2003



Del total de madres encuestadas 47% conocen y proporcionaron, alguna vez SRO a sus niños durante la presentación de un episodio diarreico. Los estratos B y C (rurales) son los que conocen más del uso de SRO, se considera que este hecho se debe a la constante difusión del manejo del sobre, tanto por el personal como recursos humanos comunitarios, especialmente RPS y/o UROs comunitarios.

En el estrato B entre las madres que no conocen el SRO, un gran porcentaje (61%), son analfabetas, lo que se explica por la ruralidad del área de estudio. En el grupo de madres con educación superior los datos, no son significativos por la escasa cantidad de madres registradas con estas características.

Cuadro N° 12

**Grado de escolaridad de las madres, según conocimiento del Suero de
Rehidratación Oral - Estratos B
Distrito I de Salud Año - 2003**

Grado de Escolaridad	Conocimiento y práctica de uso de SRO							
	Conoce		No conoce		Sabe		No sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	25	25,51	8	61,54	23	25,27	10	50,00
Alfabeta	70	71,43	5	38,46	65	71,43	10	50,00
Superior	3	3,06	0	0,00	3	3,30	0	0,00
Totales	98	100,00	13	100,00	91	100,00	20	100,00

Valor de p = 0,026

Valor de p = 0,076

Es fundamental mencionar el análisis estadístico de las variables consideradas en el cuadro anterior toda vez que, en el estrato B existe una relación de significancia entre el grado de escolaridad y el conocimiento del Sobre de Rehidratación Oral. Mientras que no existe relación significativa entre saber preparar adecuadamente el SRO y el grado de escolaridad de la madre.

Cuadro N° 13

**Grado de escolaridad de las madres, según conocimiento del Suero de
Rehidratación Oral - Estratos C
Distrito I de Salud Año - 2003**

Grado de Escolaridad	Conocimiento y práctica de uso de SRO							
	Conoce		No conoce		Sabe		No sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	20	20,62	5	38,46	7	12,96	18	32,14
Alfabeta	77	79,38	8	61,54	47	87,04	38	67,86
Superior *	1	0,00	0	0,00	1	0,00	0	0,00
Totales	98	100,00	13	100,00	55	100,00	56	100,00

Valor de p = 0,328

Valor de p = 0,034

En contraste y tal como se vio en el cuadro precedente, la relación entre grado de escolaridad y conocimiento de SRO, en el estrato C no es significativa ($p = 0,328$); mientras que existe significancia estadística entre práctica adecuada en el uso de SRO, y grado de escolaridad.

El estrato A no muestra relación significativa, entre Grado de escolaridad de la madre y, conocimiento y uso adecuado de SRO. ($p = 0,401$ y $p = 0,466$, respectivamente).

Los datos antes indicados demuestran de manera general el Grado de escolaridad de las madres no determina de manera definitiva el conocimiento y adecuada utilización del Sobre de Rehidratación Oral.

Diarrea *versus* deshidratación

Por lo que se refiere a, si las madres conocen cierta relación entre diarrea con deshidratación, sólo 23% sabían con precisión qué significa este último término: lo describieron como consecuencia de "complicación de la diarrea". El resto de las madres encuestadas, la describió como consecuencia de: "la diarrea", "la diarrea y su falta de atención", "la diarrea y su atención inoportuna". Alrededor del 20% de las madres encuestadas no saben las causas.

De las madres que conocen el SRO, 42% tenían conceptos claros de deshidratación; de éstas 83%, administraron el SRO siguiendo la instrucción de otra persona, sin tener claro el concepto de deshidratación, así como las consecuencias de la deshidratación, aunque conozcan el significado de la diarrea.

Respecto a tener claro el concepto de deshidratación tuvo también una significancia estadística (p Menor que 0.05) con una menor utilización de medicamentos. Asimismo, el cruce entre tener conocimiento de deshidratación y una menor utilización de medicina tradicional fue también significativo: $p = 0.014$.

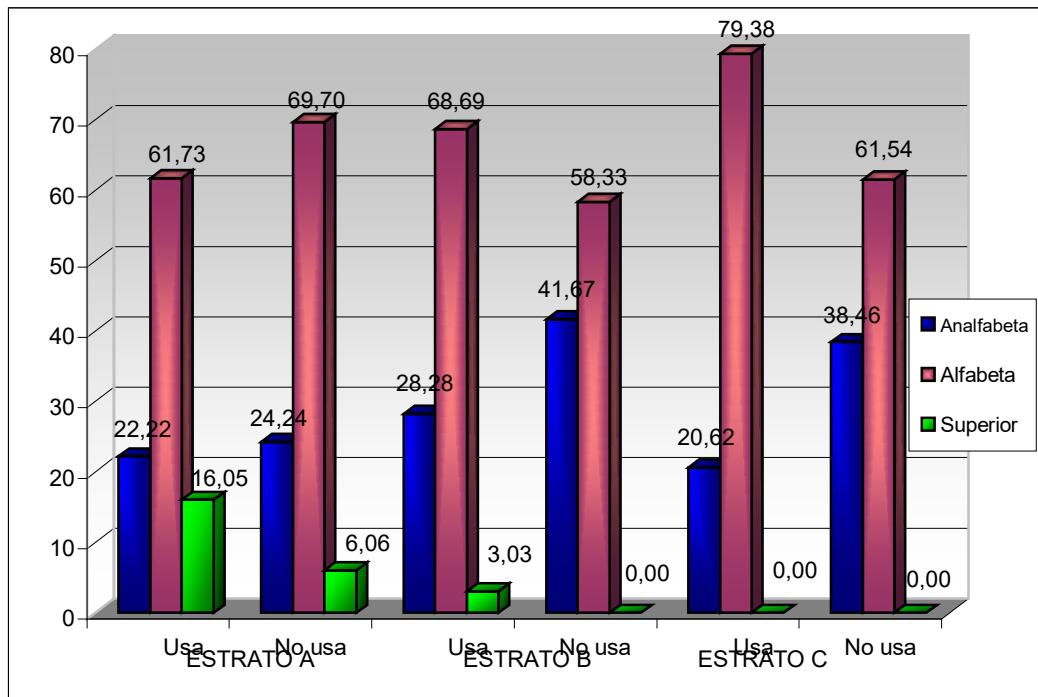
2.- GRADO DE ESCOLARIDAD Y USO DE MEDICAMENTOS

Gráfico N° 8

Grado de escolaridad de las madres según uso de medicamentos

Estratos A, B y C

Año - 2003



Algunas madres acudieron a un servicio asistencial, principalmente a puestos de salud o durante la presencia del episodio para recibir por prescripción medicamentos, mediante consulta. Al parecer, es una práctica común acudir donde la auxiliar o ir al médico.

El hecho de que se hayan recetado medicamentos contraindicados en las diarreas agudas indica que el fenómeno de la medicación inadecuada en la mayoría de los casos es una práctica que está relacionada con la práctica profesional de los proveedores de servicio.

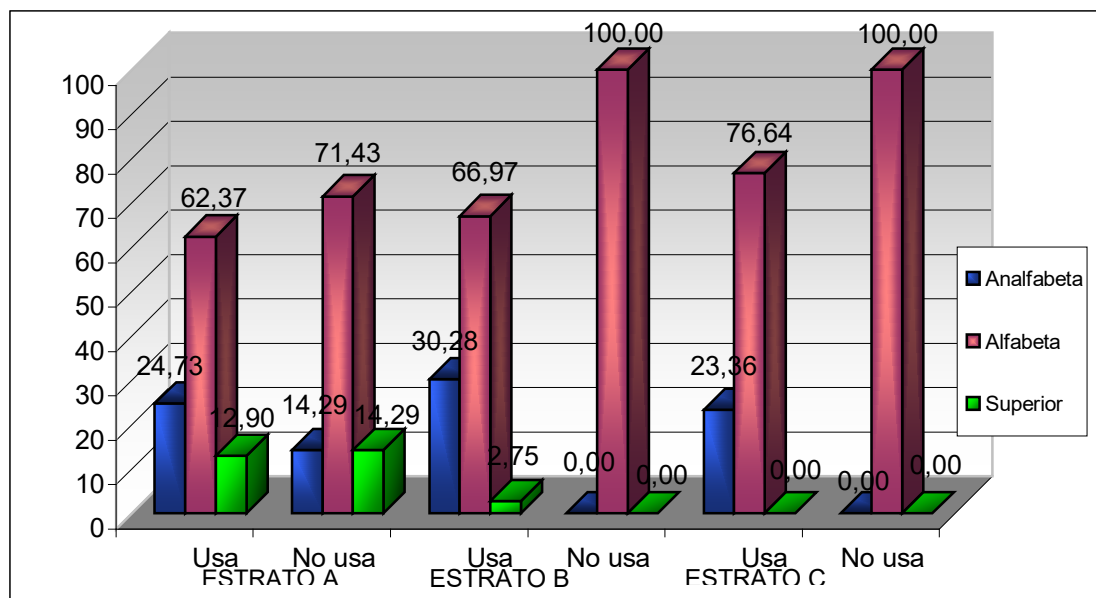
Es importante tomar en cuenta, además, que las madres analfabetas de los estratos B y C no usan medicamentos durante la presentación de un episodio diarreico en sus hijos.

Las madres de los tres estratos en general utilizan diferentes medicamentos con uso frecuente de antibióticos (43% en el estrato A, 53% en el estrato B y 51% en el estrato C), antidiarreicos 44% en el estrato A, 33% en el estrato B y 19% en el estrato C) y analgésicos, de acuerdo con experiencias previas o recomendaciones de familiares o vecinos, y bajo prescripción médica.

2.- GRADO DE ESCOLARIDAD Y PRÁCTICA DE MEDICINA TRADICIONAL.

Gráfico N° 9

**Grado de escolaridad de las madres según conocimiento y práctica de Medicina Tradicional - Estrato A
Año - 2003**



La medicina tradicional se utilizó como un complemento de medicamentos o del SRO, especialmente cuando se determinaba que no se daban los resultados esperados, es decir, que se quitara la diarrea. Asimismo se utilizó en casos en los que la familia no tenía dinero para ir al médico o para comprar la medicina.

Por otro lado es importante mencionar que del total de las madres, dentro los estratos B y C especialmente el recurrir al uso de medicina tradicional, se hace necesario por la lejana distancia en la que se encuentran los servicios de salud, sin que exista relación directa con el grado de escolaridad.

A los preparados como son los mates y otros, se les confiere un "poder curativo" proveniente de una relación imaginaria entre el momento en que cesan las evacuaciones casi siempre entre tres y cinco días después de que éstas inician y el remedio que se proporcionó antes de que esto sucediera.

Además de administrar el SRO, 6% del total también utilizaron mates, hierba y otros. Dentro del grupo de las que no utilizaron el SRO, 11% del total recurrieron a la medicina tradicional. Aquí también apareció una relación entre uso de suero y uso de medicina tradicional. Sin embargo, no se trata de una relación de significancia estadística. Por otro lado, sí apareció como significativa (p Menor que 0.000) la relación entre el uso de medicamentos y el uso de medicina tradicional.

Se observó que a la par que disminuye el uso de la medicina tradicional y aumenta el de la medicación, el uso de la primera tiene un significado de bajo costo. Este resultado podría tenerlo también el SRO (es gratuito) y llenar el vacío que deja la alternativa de usar medicamentos costosos y contraindicados; lo mismo podría pasar con los mates como opción barata.

Por lo que se refiere a la relación entre las distintas prácticas, resultó que 30% de las 335 madres que sí dieron el SRO utilizaron medicamentos. El porcentaje de madres que utilizó medicamentos, dentro del grupo de 144 que no usó SHO, fue de 70 (43% del total). Fue mayor el porcentaje de madres que usó medicamentos en el grupo que no utilizó el SHO que en el que sí lo administró.

El análisis estadístico comprobó que existe una relación significativa entre el uso del SRO y el de medicamentos: a mayor administración de medicamentos, menor uso del SRO ($p = 0.000$).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo, se ajustan a los hallazgos y las sugerencias más sobresalientes emergentes del análisis previamente realizado.

6.1 CONCLUSIONES

1. Se puede concluir que el hecho de que muchas madres no conciban la deshidratación como pérdida de líquidos y de que ninguna sepa que la función del suero es permitir la absorción hasta que la enfermedad se cure sola, está estrechamente ligado a las prácticas de no utilizar el SRO regularmente y recurrir a medicamentos contraindicados, especialmente antibióticos.
2. En los estratos rurales, se encontraron porcentajes altos de uso simultáneo del Sobre de Rehidratación Oral, utilización de medicina tradicional y de medicamentos durante la presentación del episodio diarreico en niños menores de cinco años, habitantes en el Distrito I de Salud - Sucre.
3. Se observó que determinados conocimientos de las madres acerca de la relación entre concepto de deshidratación y uso el SRO es, en general, positivo.
4. Las condiciones de falta de información y de carencia de un marco de conocimientos y percepciones adecuadas sobre el tratamiento en episodios diarreicos, obstaculiza la correcta utilización de la Terapia de Rehidratación Oral.
5. Los conocimientos demostrados por las madres de los tres estratos (área rural y área peri urbana de los municipios de Sucre y Poroma) en relación con sus acciones tendieron a ser bastante parecidas y se repitieron con mucha regularidad, lo cual permitió el análisis y la interpretación de resultados.

6. Los datos acerca de cómo pueden intervenir los profesionales de la salud, tanto en el tratamiento de la diarrea, así como en la reproducción de conocimientos dentro de los servicios de salud, puede servir para que la capacitación que actualmente les proporciona el sector salud se complemente con la información y educación de la población.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Es oportuno sugerir que los programas de capacitación de los recursos humanos de salud no descuiden temas referidos al adiestramiento y capacitación permanente en el la promoción de la salud de médicos, enfermeras y auxiliares ya que ello contribuirá a crear en las mujeres madres, sobre todo del área rural, mejores condiciones subjetivas favorables, en relación a prácticas adecuadas y oportunas frente ala diarrea infantil

2. Formular y profundizar investigaciones relacionadas con la atención y prevención de los problemas relacionados con la salud infantil y las enfermedades diarreicas son factibles de realizar con programas educativos dirigidos específicamente a dar significados claros, que redunden en experiencias positivas y que posteriormente se reproduzcan en el resto de la sociedad y comunidad rural, en particular.

3. Fortalecer la formación de Recursos Humanos Comunitarios como son Responsables Populares de Salud y/o UROs Comunitarios, plasmando en prácticas maternas sobre el uso adecuado de sobres de Rehidratación Oral, que a su vez se reproduzcan en la comunidad y que, en efecto, prevengan la deshidratación en los niños.

4. Desarrollar programas que favorezcan la motivación intrínseca, el mejoramiento del los conocimientos a través de capacitaciones y educación masiva en salud infantil en las comunidades rurales y peri urbanas de manera continua y sostenida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barrantes Echavarría R. “ Investigación : Un Camino del conocimiento”. 2000
- 2.- Buendía, L., Colás, P. y Hernández, F. "Métodos de Investigación en Psicopedagogía". Madrid: McGraw-Hill. 1998.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas Vitales de 1994; 2001.
- 4.- Kerlinger, F. "Investigación del comportamiento". México: McGraw-Hill. 1998
- 5.- Masson – Salvat. “Licenciatura Bioestadística”. 1997
- 6.- Masson – Salvat .Piedrola - Gil. “ Medicina Preventiva y Salud Pública” . 1998
- 7.- Organización Mundial de la Salud. “El uso racional de medicamentos contra la diarrea en la infancia”. Foro Mundial de la Salud. 1992
- 8.- Organización Panamericana de la Salud. “ IRA: Fundamentos Técnicos de las Estrategias de Control”. 1997.
- 9.- Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico, Vol. 23. “Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia”. 2002
- 10.- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. “Perfil del Sistema de Servicios de Salud - Bolivia”. La Paz – Bolivia .2001
- 11.- Organización Mundial de la Salud. "Manejo y prevención de la diarrea; pautas prácticas". Ginebra.1994
- 12.- Organización de la Naciones Unidas. "Informe de Salud Johannesburgo 2002". 2002.
- 13.- Readings on Diarrhoea: A Student's Manual. WHO - Geneva, 1992
- 14.- Revista del Instituto de Salud Pública de México. Vol. 38. N° 3. 1992
- 15.- SNIS. "Anuario – Chuquisaca".2001
- 16.- UNICEF. "Estado Mundial de la Infancia 2000". 2000
- 17.- UNICEF. "Estado Mundial de la Infancia 2003". 2003
- 18.- Universidad Andina Simón Bolívar. Maestría en Salud Pública : Textos de Apoyo . 2002
- 19.- Werner D.- Sanders. “ Cuestionando la Solución”.1998

RECOLECCIÓN DE DATOS INTERNET

La búsqueda complementaria de datos, fue recolectada de fuentes indirectas, las cuales son:

20.- Censo Nacional de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.gov.bo/>.

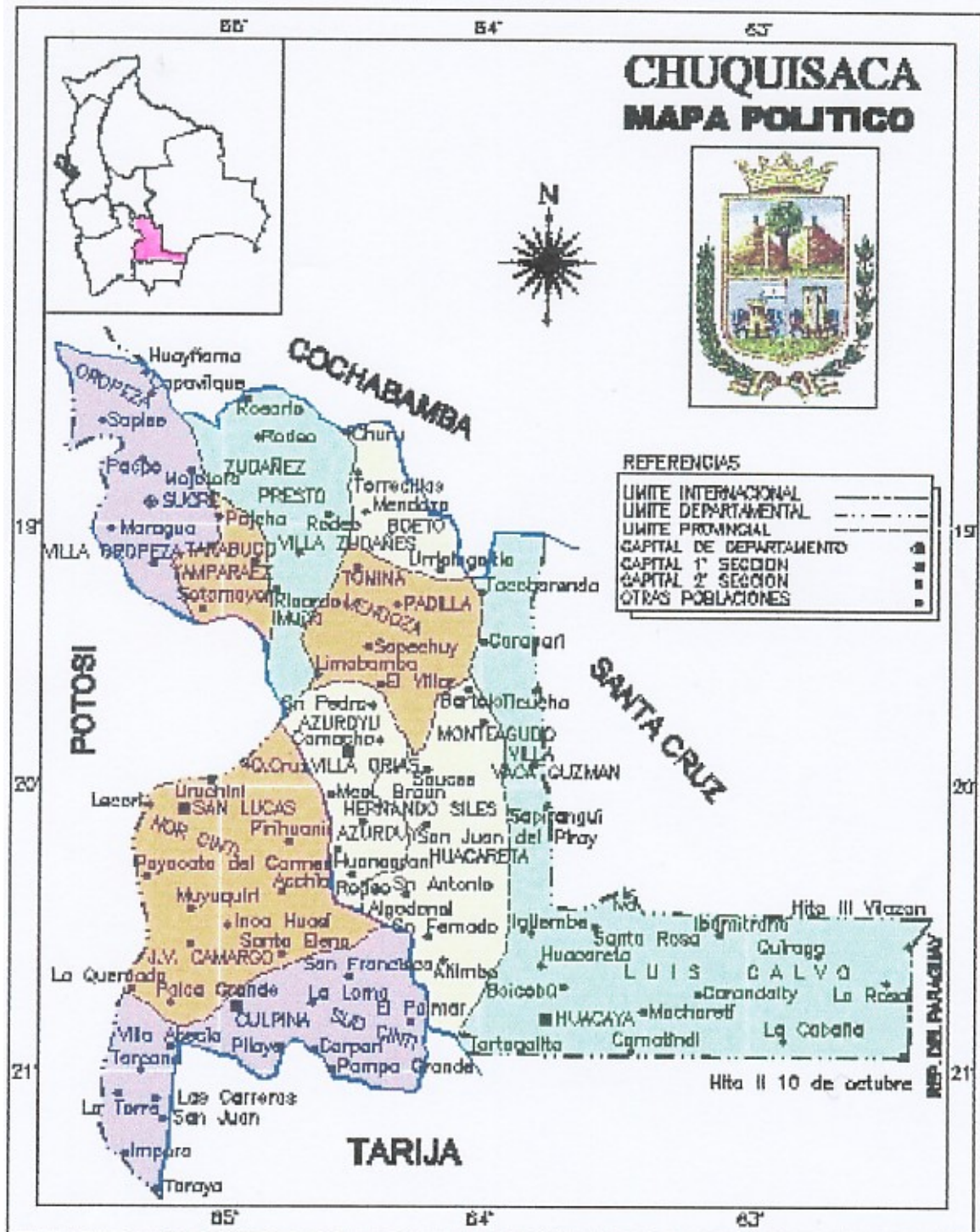
21.- Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS): <http://www.snis.gov.bo/>.

22.- Mapa de Pobreza de Bolivia 2001: <http://www.ine.gov.bo/>.

ANEXOS

ANEXO N° 1. A

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN



a.- Si b.- No

- Si la respuesta es Si; ¿Cual es el servicio de salud?

a.- Puesto de salud b.- Puesto médico c.- Centro de Salud d.- Hospital

- Si la respuesta es No ¿Por qué?

a.- No hay servicio de salud b.- No confía c.- No sabe dónde acudir d.- Otros

2. Práctica de uso de medicina tradicional.

- ¿Requirió el uso de mates, hierbas y otros, para “ curar ” de la diarrea ?

a.- Si b.- No

- Si la respuesta es Si; ¿Por qué?

a.- Tradición familiar b.- Lejana distancia al Puesto de Salud c.- Más barato
d.- "Cura" mejor la diarrea e.- Por consejo de "jampiri" o curandero

- Si la respuesta es No; ¿Por qué?

a.- No sabe preparar b.- No confía c.- Otros

3. Práctica de uso del SRO.

- Conoce usted el SRO?

a.- Si b.- No

- ¿Sabe como se Prepara?

a.- Si b.- No

- **Demuestre**: La madre debe preparar el SRO. (Ver anexo 2)



- a.- Si, sabe Utilizar el SRO b.- No, sabe Utilizar el SRO c.- Tiene dudas
- ¿Dónde aprendió a utilizar ?
- a.- Puesto de Salud b.- Un familiar; mi vecina, etc. c.- Por medio de R.P.S

4).- ¿Cuándo recibe su niño el suero de rehidratación oral ?

- a.- Cuando empieza la diarrea.
- b.- En cualquier momento del episodio diarreico
- c.- De acuerdo con experiencias previas.
- d.- Según recomendaciones de familiares o vecinos
- e.- Según recomendación del médico o enfermera

C. Representaciones y significados. (Diarrea versus deshidratación)

1.- ¿Qué es la Diarrea?

- a.- Es enfermedad.
- b.- Son deposiciones líquidas y frecuetes
- c.- Son deposiciones con más frecuencia
- e.- No sabe

2.- ¿Qué la ocasiona?

- a.- Comida guardada.
- b.- Cuando el niño no come.
- c.- La suciedad
- d.- Ingestión de agua no hervida
- e.- No sabe

3.- ¿Qué ocasiona en el niño?

- a.- Nada grave
- b.- Pérdida de peso.
- c.- Desnutrición
- d.- Deshidratación
- e.- Muerte
- e.-No sabe

4.- ¿Que es la Deshidratación?

- a.- Sabe
- b.- No sabe

- Si la sabe, ¿ Qué la ocasiona?

- a.- La diarrea
- b.- La diarrea y su falta de atención
- c.- La diarrea y su atención inoportuna
- d.- Es complicación de la diarrea

Anexo 2A

Instrumento para la captación de datos

"PERCEPCIONES Y PRACTICAS MATERNAS FRENTE A LA E.D.A. Y LA T.R.O."

DISTRITO DE SALUD - SUCRE 2003

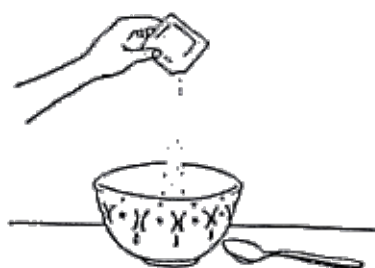
Demostración: La madre debe preparar el SRO.

La práctica y conocimiento de la utilización del Sobre de Rehidratación Oral, es parte importante de la captación de datos, por lo que es importante que la madre encuestada demuestre su conocimiento y habilidad en la preparación del sobre, como se indica en el manual de Manejo y prevención de la diarrea:

Preparar la solución de SRO

Lávese las manos con agua y jabón.

Vierta todo el polvo de un paquete de SRO en cualquier recipiente limpio que tenga a mano: jarra, cuenco o botella.



Mida 1 litro (o el volumen que se indique en el paquete utilizado) de agua limpia. Lo mejor es hervir el agua y dejarla enfriar pero, si esto no es posible, se utilizará el agua potable más limpia de que se disponga.



Vierta el agua en el recipiente. Revuelva bien con una cuchara limpia hasta que el polvo quede disuelto por completo.

Pruebe la solución para conocer su sabor.

Prepare la solución de SRO cada día en un recipiente limpio, que se mantendrá tapado. La solución puede conservarse y utilizarse durante un día (24 horas). Tire la que quede del día anterior.



La práctica será: individual o por concentración de grupos de madres encuestadas.

MATRIZ DE CONSOLIDACION DE LA INFORMACIÓN

ESTRATO : B

MUNICIPIO : Sucre

COMUNIDAD : Rural

Nº	Código	Edad	Grado de Escolaridad			Organizaciones a las que pertenece						Procedencia		Número de Hijos		
			ANF	ALF	SUP.	Club Madres		Org. Religiosa		Otras		Municipio	Comunidad	1	2	> a 3
						Si	No	Si	No	Si	No					
1	B.1	26		x		x					Sucre	Chaunaca		x		
2	B.2	16		x		x					Sucre	Chaunaca		x		
3	B.3	37		x		x					Sucre	Chaunaca			x	
4	B.4	22		x		x					Sucre	Caraviri	x			
5	B.5	28		x		x		x			Sucre	Caraviri			x	
6	B.6	27		x							Sucre	Caraviri		x		
7	B.7	25		x		x			x		Sucre	Huayllapampa			x	
8	B.8	38	x			x				x	Sucre	Huayllapampa			x	
9	B.9	16		x		x				x	Sucre	Huayllapampa	x			
10	B.10	25		x		x			x		Sucre	Huayllapampa		x		
11	B.11	29		x		x			x		Sucre	Huayllapampa			x	
12	B.12	23		x		x					Sucre	Chufle			x	
13	B.13	16		x		x					Sucre	Chufle	x			
14	B.14	20		x		x					Sucre	Chufle		x		
15	B.15	15		x		x					Sucre	Chufle	x			
16	B.16	28		x							Sucre	Chufle			x	
17	B.17	21		x		x				x	Sucre	Janac Ckuchu	x			
18	B.18	19		x		x				x	Sucre	Janac Ckuchu		x		
19	B.19	39	x			x				x	Sucre	Janac Ckuchu			x	
20	B.20	25		x		x				x	Sucre	Janac Ckuchu		x		
21	B.21	22		x							Sucre	Janac Ckuchu			x	
22	B.22	33		x		x			x		Sucre	Quesera			x	
23	B.23	30		x		x			x		Sucre	Quesera			x	
24	B.24	22		x		x				x	Sucre	Quesera	x			
25	B.25	29	x							x	Sucre	Quesera			x	
26	B.26	33		x		x				x	Sucre	Quesera			x	
27	B.27	22		x		x			x		Sucre	Tumpeka			x	
28	B.28	42	x			x				x	Sucre	Tumpeka			x	
29	B.29	20		x		x					Sucre	Tumpeka			x	
30	B.30	44	x			x					Sucre	Tumpeka			x	
31	B.31	21		x		x			x		Sucre	Tumpeka		x		
32	B.32	32		x		x					Sucre	Tumpeka			x	
33	B.33	28		x		x			x		Sucre	Tumpeka			x	
34	B.34	23		x		x			x		Sucre	Tumpeka			x	
35	B.35	23		x		x			x		Sucre	Tumpeka			x	
36	B.36	40	x			x					Sucre	Tumpeka			x	
37	B.37	30		x					x		Sucre	Maracori			x	
38	B.38	41	x			x				x	Sucre	Maracori			x	
39	B.39	19		x		x				x	Sucre	Maracori	x			
40	B.40	22		x		x			x		Sucre	Maracori		x		
41	B.41	31		x		x				x	Sucre	Maracori			x	
42	B.42	18		x		x				x	Sucre	Maracori		x		
43	B.43	37	x			x				x	Sucre	Maracori			x	
44	B.44	29		x		x				x	Sucre	Maracori				
45	B.45	16		x		x				x	Sucre	Maracori	x			
46	B.46	40	x			x				x	Sucre	Maracori			x	
47	B.47	21	x							x	Sucre	Chulpas			x	
48	B.48	36	x							x	Sucre	Chulpas			x	
49	B.49	15		x						x	Sucre	Chulpas	x			
50	B.50	18		x						x	Sucre	Chulpas		x		
51	B.51	40	x							x	Sucre	Chulpas			x	
52	B.52	26		x						x	Sucre	Chulpas			x	
53	B.53	36	x							x	Sucre	Chulpas			x	
54	B.54	20		x						x	Sucre	Chulpas	x			
55	B.55	29		x						x	Sucre	Chulpas			x	
56	B.56	37	x							x	Sucre	Chulpas			x	
57	B.57	21		x						x	Sucre	Molle Molle		x		
58	B.58	32		x						x	Sucre	Molle Molle			x	
59	B.59	25		x		x				x	Sucre	Molle Molle			x	
60	B.60	38	x			x				x	Sucre	Molle Molle			x	
61	B.61	27		x		x				x	Sucre	Molle Molle			x	
62	B.62	18		x						x	Sucre	Molle Molle	x			
63	B.63	22				x				x	Sucre	Molle Molle		x		
64	B.64	35	x			x				x	Sucre	Molle Molle			x	
65	B.65	32	x			x					Sucre	Molle Molle			x	

MATRIZ DE CONSOLIDACION DE LA INFORMACIÓN

ESTRATO : B

MUNICIPIO : Sucre

COMUNIDAD : Rural

Nº	Código	Edad	Grado de Escolaridad			Organizaciones a las que pertenece						Procedencia		Número de Hijos		
			ANF	ALF	SUP.	Club Madres		Org. Religiosa		Otras		Municipio	Comunidad	1	2	≥ a 3
						Si	No	Si	No	Si	No					
66	B.66	28		x		x				x		Sucre	Molle Molle		x	
67	B.67	45		x		x						Sucre	Chaco			x
68	B.68	23		x		x						Sucre	Chaco			x
69	B.69	25		x		x				x		Sucre	Chaco		x	
70	B.70	46		x		x						Sucre	Chaco			x
71	B.71	21		x					x			Sucre	Chaco		x	
72	B.72	23		x								Sucre	Chaco	x		
73	B.73	34		x					x			Sucre	Chaco	x		
74	B.74	25			x				x	x		Sucre	Chaco		x	
75	B.75	37		x						x		Sucre	Chaco			x
76	B.76	39	x			x						Sucre	Chaco			x
77	B.77	28		x					x			Sucre	Chaco		x	
78	B.78	53	x							x		Sucre	Chaco			x
79	B.79	40	x						x			Sucre	Las Palmas		x	
80	B.80	32	x			x						Sucre	Las Palmas		x	
81	B.81	27		x		x						Sucre	Las Palmas	x		
82	B.82	31		x					x			Sucre	Las Palmas			x
83	B.83	49	x			x						Sucre	Las Palmas	x		
84	B.84	45	x						x			Sucre	Las Palmas			x
85	B.85	29		x								Sucre	Las Palmas	x		
86	B.86	29		x		x			x			Sucre	Las Palmas		x	
87	B.87	28	x			x						Sucre	Las Palmas			x
88	B.88	24	x			x						Sucre	Las Palmas		x	
89	B.89	39	x			x			x			Sucre	Chuqui Chuqui			x
90	B.90	26	x			x			x			Sucre	Chuqui Chuqui			x
91	B.91	25		x		x			x			Sucre	Chuqui Chuqui		x	
92	B.92	41		x					x			Sucre	Chuqui Chuqui		x	
93	B.93	26		x					x			Sucre	Chuqui Chuqui	x		
94	B.94	30			x							Sucre	Chuqui Chuqui	x		
95	B.95	30	x			x			x			Sucre	Chuqui Chuqui			x
96	B.96	19		x					x			Sucre	Chuqui Chuqui		x	
97	B.97	59		x								Sucre	Chuqui Chuqui		x	
98	B.98	42	x			x			x			Sucre	Chuqui Chuqui		x	
99	B.99	35		x								Sucre	Chuqui Chuqui			x
100	B.100	26			x							Sucre	Mojotoro		x	
101	B.101	43	x									Sucre	Mojotoro			x
102	B.102	41	x						x			Sucre	Tejahuasi		x	
103	B.103	35	x			x						Sucre	Tejahuasi			x
104	B.104	45		x		x						Sucre	Tejahuasi		x	
105	B.105	30	x									Sucre	Tejahuasi			x
106	B.106	45		x					x			Sucre	Tejahuasi			x
107	B.107	38		x		x			x			Sucre	Tejahuasi			x
108	B.108	35		x								Sucre	Tejahuasi	x		
109	B.109	35		x		x						Sucre	Tejahuasi			x
110	B.110	34		x								Sucre	Tejahuasi			x
111	B.111	20		x		x			x			Sucre	Tejahuasi	x		

MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INFORMACION

ESTRATO : B

MUNICIPIO : Sucre

COMUNIDAD : Rural

Nº	Codigo	Uso de Medic		¿Qué medicamento?						¿A cuál servicio asistió?				¿Por qué no asistió?		Uso Males y otros		PRACTICA DE USO DE MEDICINA TRADICIONAL								
		SI	No	ATB	ATD	ANLG	ATH	SI	No	P.S.	PM	CS	H	No SS	No Conf	No sabe	Otros	SI	No	TF	Dist.	Barato	C. Mejor	C. Curan	Si la resp. es no ¿Por qué?	Si la resp. es no ¿Por qué?
41		X		X	X	X								X			X	X			X	X				
42		X		X	X	X								X			X	X				X	X			
43		X		X										X			X	X				X	X			
44		X		X		X								X			X	X				X	X			
45		X		X		X								X			X	X				X	X			
46		X		X		X								X			X	X				X	X			
47		X		X		X								X			X	X				X	X			
48		X		X		X								X			X	X				X	X			
49		X		X		X								X			X	X				X	X			
50		X		X		X								X			X	X				X	X			
51		X		X		X								X			X	X				X	X			
52		X		X		X								X			X	X				X	X			
53		X		X		X								X			X	X				X	X			
54		X		X		X								X			X	X				X	X			
55		X		X		X								X			X	X				X	X			
56		X		X		X								X			X	X				X	X			
57		X		X		X								X			X	X				X	X			
58		X		X		X								X			X	X				X	X			
59		X		X		X								X			X	X				X	X			
60		X		X		X								X			X	X				X	X			
61		X		X		X								X			X	X				X	X			
62		X		X		X								X			X	X				X	X			
63		X		X		X								X			X	X				X	X			
64		X		X		X								X			X	X				X	X			
65		X		X		X								X			X	X				X	X			
66		X		X		X								X			X	X				X	X			
67		X		X		X								X			X	X				X	X			
68		X		X		X								X			X	X				X	X			
69		X		X		X								X			X	X				X	X			
70		X		X		X								X			X	X				X	X			
71		X		X		X								X			X	X				X	X			
72		X		X		X								X			X	X				X	X			
73		X		X		X								X			X	X				X	X			
74		X		X		X								X			X	X				X	X			
75		X		X		X								X			X	X				X	X			
76		X		X		X								X			X	X				X	X			
77		X		X		X								X			X	X				X	X			
78		X		X		X								X			X	X				X	X			
79		X		X		X								X			X	X				X	X			
80		X		X		X								X			X	X				X	X			

