

CUIDADOS EN EL HOGAR A NIÑOS CON DIARREA, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DESPUÉS DE UNA ATENCIÓN INTEGRADA.

Heladio G. Verver MD**, Hector Guiscafrè MD MCM*, Cristina Guadalupe Lopez Dávila MD**, Tomasa Regis Guzman LA**, Victor Jaramillo Castillo PSC **, Gonzalo Gutierrez Trujillo MD MSP*, Arturo Araujo Cornejo MD**

*Grupo Interinstitucional de Investigación en Sistemas de Salud, Secretaría de Salud - Instituto Mexicano del Seguro Social

** Hospital General de Zacatecas Servicios de Salud de Zacatecas

Resumen

Objetivo: Identificar los cuidados en el hogar que dan las madres a sus niños enfermos con Infección Respiratoria Aguda y Diarrea, que por primera vez llevan a su niño a atención medica, la intervención consistió en otorgarles consulta basada en atención integrada haciendo énfasis en la capacitación de las madres, se realizo seguimiento a los seis y doce meses de la consulta. Se encuesta un grupo control en una ocasión.

Método: Prospectivo transversal cuasi experimental comparativo analítico.

Resultados: Las madres del grupo de estudio y control son similares. El grupo de estudio tuvo una ganancia mayor en los niños con IRA que en los de EDA, de la entrevista inicial y a los seis meses después de la intervención manteniéndose estos resultados hasta la tercera entrevista realizada al año de la intervención. La ganancia mayor del grupo de madres de niños con EDA fue en demanda oportuna de atención medica y en los niños con IRA en reconocimiento de signos de alarma. Las madres sabían mas de EDA que de IRA. Al comparar la entrevista del grupo control con la hecha al inicio al grupo de estudio no existió diferencias estadísticamente significativas, pero al comparar la entrevista del grupo control con el grupo de estudio a los seis meses se encontró diferencias estadísticamente significativas prevaleciendo esta hasta la tercera entrevista del grupo de estudio. La atención en el hogar de los niños con IRA y EDA es satisfactoria después de una consulta dada por personal que practica la Atención integrada.

Palabras Clave: Atención integrada, cuidados, Infección Respiratoria Aguda Diarrea.

Summary

Objetivo. To identify the kind of care given by mothers to their sick children with acute respiratory infection and Diarrhea taken to the doctor's office for the first time. The intervention consisted in a consultation based in integrated attention making emphasis in mother's qualification. Follow-up was performed at six and twelve months after the first consult. A control group was surveyed one time.

Method: Prospective cross-sectional cuasi experimental comparative analytical

Results: mothers on both study and control group are similar. The study group had a greater gain in children with ARI than those with Acute Diarrhea, from the initial interview and six months after the intervention staying those results to the third interview done after one year after the first intervention. The greater gain of the group of mothers of children with acute diarrhea was in opportune demand

of medical attention and in the children with ARI in recognition of alarm signs. Mothers knew a lot more about AD than ARI. When comparing the interview to the control group with the one done at the beginning to the study group, no significant statistical differences were found. But when comparing the interview of the control group with the study group at six months significant statistical differences were found and prevailed to the third interview of the study group. The attention at home of children with ARI and AD is satisfactory after one consult with personnel that practices Integrated Attention

Correspondencia: Heladio G. Verver y Vargas Ramírez. Domicilio: Guerrero # 143
Zacatecas Zac CP 98000 Correo Electrónico: ververgerardo@hotmail.com

Introducción

Desde los años ochenta, hay acciones en los países en vías de desarrollo, para mejorar la salud de la madre y el niño; buscando reducir su mortalidad y morbilidad. Se aprecia una gran diferencia entre la mortalidad infantil de los países en desarrollo y los países desarrollados, exponiendo la marcada inequidad existente en la salud infantil del mundo.¹

A mediados de los noventa la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que aproximadamente el 70% de las muertes en los niños menores de cinco años que ocurrían anualmente en los países en vías de desarrollo, se debía a 5 afecciones, siendo la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) las dos principales causas de mortalidad del grupo, ocasionando una de cada tres muertes en niños de esta edad. Esta misma situación sucede en México.^{3,4}

Las muertes de los niños menores de cinco años por EDA e IRA en México, suceden en la mayoría de los casos, en el hogar^{5,6}; cómo resultado de que el responsable del cuidado del niño (por lo general las madres) y el líder familiar toman la decisión de llevar al niño al los servicios de salud tardíamente, o el médico o personal de salud que lo recibe en los servicios de salud no identifica la gravedad del caso. Otorgar los cuidados adecuados en el hogar y tomar la decisión oportuna para solicitar atención médica, esta relacionado a los conocimientos, actitudes y practicas del responsable del cuidado del niño y del líder familiar.^{7,8}

Es fundamental para un correcto cuidado a los niños con IRA y EDA en el hogar que los servicios de salud proporcionen servicios preventivos y educativos en la consulta, garantizando de este modo que los padres reciban toda la información necesaria.

La Organización Mundial de la Salud considera un cuidado correcto a un niño en el hogar con IRA o EDA cuando se logran los siguientes cuatro aspectos fundamentales:

- Identificar, si éstos existen, los signos de alarma o de posible gravedad de IRA o EDA oportunamente.
- Llevar a cabo en el hogar, las medidas pertinentes al niño enfermo de IRA o EDA para evitar o disminuir el riesgo de que se agrave al surgir complicaciones.
- Solicitar atención médica oportuna cuando se presenten uno o más de los signos de alarma de IRA o EDA.
- Prevenir que un niño enferme de IRA o EDA.
2.7,8,9,10

La estrategia de atención de los servicios de salud, denominada Atención Integrada (AI) brinda la información necesaria a los responsables del cuidado de los niños y líderes familiares para mejorar sus conocimientos, actitudes y practicas con relación a la atención en el hogar de los niños con IRA y EDA^{5,9,10,11,12}.

El propósito de este estudio; Es el evaluar si con la educación otorgada como parte de la AI en los servicios de salud, se pueden mejorar los conocimientos y practicas erróneas en relación al cuidado de los niños con IRA y EDA en el hogar.-

Materiales y Método

En el Centro de Salud Urbano de Zacatecas (CSUZ), México, durante el año 2000 se realizó un estudio longitudinal, cuasi experimental, comparativo. El grupo de estudio: fueron 35 madres de niños menores de cinco años de edad (20 niños con IRA y 15 niños con EDA), que acudieron por primera vez al CSUZ, con domicilio en los municipios de Guadalupe y Zacatecas calculado por medio del nomograma de Young^(18, 19). Para el grupo control, se tomaron madres de niños de la misma edad que vivían hacia la derecha de la casa del niño del grupo de estudio y que habían cursado con IRA o EDA en las últimas dos semanas, fueron 11 madres de niños con IRA y 12 madres de niños con EDA.

La intervención consistió en pasar a los niños del grupo de estudio a consulta con médicos capacitados para otorgar AI a menores de cinco años haciendo énfasis en el componente de capacitación a madres.(Cuadro 1)

Cuadro 1

Flujo grama de la metodología del estudio

GRUPO DE ESTUDIO

Se detecta en la consulta externa a Madres de niños menores de cinco años con IRA y EDA que no hayan acudido previamente al Centro de Salud a atención medica (n =35 totales) siendo: (n =20 con IRA) y (n =15 con EDA)

Evaluación basal

Se realiza la encuesta inicial antes de dar atención integrada al bebe

INTERVENCIÓN

Se da atención integrada por un medico reconocido y capacitado para otorgar -este tipo de atención, de manera cotidiana.

Evaluación post-intervención

Se visita en el hogar a la madre para identificar cuando vuelva enfermar con IRA y ED por segunda vez.

Después de resuelto el segundo cuadro de IRA o EDA se aplica por segunda vez el cuestionario.

Evaluación a largo Plazo

Se visita en el hogar a la madre para identificar cuando vuelva enfermar con IRA y ED por tercera vez.

Después de resuelto el tercer cuadro de IRA o ED se aplica por tercera vez el cuestionario.

GRUPO CONTROL

Se selecciona el grupo control por cada niño con IRA o EDA otro de la misma edad, que viva hacia la derecha de su casa y haya cursado con alguna de estas enfermedades en las ultimas dos semanas.(n = 23 Totales) Siendo:(n = 11 con IRA) y (n = 12 con ED)

Evaluación basal

Se realiza la misma encuesta que al grupo control.

Se Capacita en los cuidados del niño con IRA y ED en el hogar.

Análisis Estadístico

- Descriptivas: del grupo de estudio y el grupo control.
- Comparativas: al inicio entre el grupo de estudio y el grupo control. De antes y después entre el grupo de estudio. Al final entre ultima visita del grupo de estudio y el grupo control.
- Pruebas de Asociación: para determinar factor mas determinante para el buen cuidado en el hogar.

Las madres de los niños del grupo de estudio fueron entrevistadas antes de pasar a consulta, a los seis y doce meses después de la consulta, con el fin de conocer como atendió a su hijo en esa enfermedad; al grupo control solo se entrevisto en una ocasión (primera y única entrevista). A todos después de las entrevistas se les capacito e invito a acudir al Centro de Salud a atención de sus hijos.

El cuestionario basado en el formato de las autopsias verbales del sector salud de México que investiga sobre: identificación signos de alarma, correcto cuidado en el hogar, demanda de atención médica y prevención de la enfermedad; acompañado de una cedula de registro de datos generales. La aplicación del cuestionario inicia con testimonio (grabación y transcripción textual de lo dicho por la madre) que permitió participación de la madre de manera mas activa y mayor apego a lo realizado y que posteriormente se analiza. Los resultados del cuestionario se clasifican de la siguiente manera:

- 1) Identificación de signos de alarma:
Para IRA tres datos, y para EDA seis datos; la máxima calificación es cuatro si reconoce con tres o mas datos, tres con dos datos, calificación dos si tiene un dato y cero si no tiene ninguno.
- 2) Cuidados en el hogar contiene para IRA cuatro acciones y para EDA cuatro, calificándolos como cuatro si tiene cuatro, tres si tiene tres, dos si tiene dos, uno si tiene uno y cero si no tiene ninguna.
- 3) En relación a llevarlo de manera oportuna atención medica es de cuatro o cero siendo cuatro si lo llevo oportunamente o los correctos cuidados en el hogar fueron suficientes y cero si no lo llevo porque; no tenia dinero, se le paso, lo aconsejaron no llevarlo, no lo considero necesario y no fue atendido correctamente.

- 4) La prevención en IRA cuatro acciones y en EDA cinco acciones la máxima calificación es cuatro, codificándose cuatro los que recuerden o hagan cuatro o mas acciones, tres a los de tres, dos a los de dos, uno a los de uno y cero a los que no señalen ninguna acción preventiva.

La calificación máxima total es de 16 puntos que corresponden a la suma de los cuidados en el hogar, identificación de signos de alarma, demanda oportuna de la atención medica y prevención. En una prueba piloto se validó la encuesta aplicada realizando las modificaciones producto del análisis de los resultados iniciales para su uso. El análisis de los resultados se efectuó por medio de estadísticas descriptivas, prueba de fiabilidad, análisis comparativo de medianas del grupo de estudio y el grupo control, lo anterior con los programas estadísticos Statgraphics y SPSS.

Resultados

Las características de las madres del grupo de estudio con las del grupo control no mostraron diferencia significativa por medio de la prueba U de Mann Whintey.

Ninguno de los niños amerito hospitalización y no hubo necesidad de excluir a sus mamás del estudio.

Los resultados de la calificación obtenida antes de la capacitación en AI en el grupo de estudio y en el grupo control no tuvo diferencias significativas con la prueba de U de Mann Whintey, siendo no satisfactorias en ambos grupos.

En los niños con IRA al comparar la evaluación inicial y a la de seis meses resulto con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) con la prueba de Wilcoxon, al hacer los mismo con la visita de seis meses a doce meses no mostró diferencia estadísticamente significativa con la misma prueba, finalmente al comparar todos los periodos muestra diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.001$) con la prueba de Fredman (Tabla 1).

TABLA 1

Comparación total y por componentes de las calificaciones obtenidas por las madres del grupo de estudio de niños con IRA de la primera y tercera visitas.

Componentes de las Atención Integrada en el Hogar	Calificación obtenida Primera visita Mediana Desviación estándar Mínimo y máximo	Calificación obtenida Tercera visita Mediana Desviación estándar Mínimo y máximo	*P value
Reconocimiento de signos de alarma	2 1.6 0-4	3 1.8 0-4	0.397566 NS
Cuidados en el hogar	0 1.6 0-4	4 1.7 0-4	0.0115
Demanda de Atención medica de forma adecuada	0 2 0-4	4 1.3 0-4	0.0001831
Prevención de la enfermedad	4 1.6 0-4	0 1.8 0-4	0.9884NS
Calificación total	5 3.93 0-16	12 4.8 0-16	0.3264 NS

* Prueba por U de Mann Whitney. ' Prueba de Wilcoxon

TABLA 2

Comparación total y por componentes de las calificaciones obtenidas por las madres del grupo de estudio de niños con EDA de la primera y tercera visitas.

Componentes de las Atención Integrada en el Hogar	Primera visita Mediana Desviación estándar Mínimo y máximo	Tercera Mediana Desviación estándar Mínimo y máximo	*P value
Reconocimiento de signos de alarma	3 1.7 0-4	4 1.2 0-4	0.665 NS
Cuidados en el hogar	3 1.9 0-4	4 1.8 0-4	0.1290 NS
Demanda de Atención medica de forma adecuada	0 2 0-4	ND 0.7 0-4	0.00045
Prevención de la enfermedad	0 1.6 0-4	4 1.8 0-4	0.000299
Calificación total	7 4.6 0-16	14 3.5 3-16	0.13827 NS

* Prueba por U de Mann Whitney. ' Prueba de Wilcoxon

En los niños con EDA al comparar la evaluación inicial y la de seis meses resulto con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) con la prueba de Wilcoxon, al hacer lo mismo con la visita de seis meses a doce meses no hay diferencia estadísticamente significativa con la misma prueba, finalmente al comparar todos los periodos muestra diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.001$) con la prueba de Friedman (Tabla 2).

Discusión

Las madres del estudio son representativas de la población dado su similitud con el grupo control mostrado en la evaluación inicial.

Al analizar los resultados de la primera visita de los grupos de estudio y control se demostró que la atención en el hogar no es satisfactoria en ambos grupos sin diferencias estadísticamente significativas, vemos que ambos grupos no disponen de información y prácticas adecuadas para una correcta atención en el hogar de estos niños, a pesar de que en México existen estrategias de capacitación promovidas tanto en unidades de salud como en los medios de difusión masiva, donde un punto importante es que las madres sepan atender correctamente a su hijo en el hogar en caso de enfermar de IRA o EDA.

La capacitación individual cuando una madre lleva a consulta a su hijo es la herramienta mas útil demostrada por diferentes estudios ^(1,2,6,7,8), para un correcto cuidado en el hogar de los niños enfermos de IRA y EDA, esta capacitación (la individual) otorgada por médicos con convicción de realizarla en cada consulta basada en AI, mostró en este estudio una mejoría significativa en los cuidados en el hogar de los niños con IRA y EDA demostrada en la encuesta aplicada a los seis meses después de la intervención, sosteniéndose este resultado hasta la tercera encuesta realizada al año de la primera visita.

En Tlaxcala existe un ejemplo de trabajo basado en seis estrategias implementadas desde el nivel político hasta operativo que incluyó intervenciones educativas que mejoraron substancialmente el cuidado en el hogar de los niños con EDA⁽¹³⁾, en nuestro estudio solo se dio como intervención la consulta otorgada por médicos que realizan cotidianamente Atención Integrada con resultados satisfactorios en las madres del grupo de estudio después de la consulta. Al comparar la primera visita con la segunda (a los seis meses) se observa una ganancia estadísticamente significativa, no existiendo cambios significativos de la segunda con la tercera visita.

Las intervenciones educativas en salud con relación al cuidado de niños con IRA y EDA están diseñadas y proyectadas como capacitaciones individuales y grupales aprovechando el contacto de los servicios de salud con las madres de niños menores de cinco años, en este estudio se aprovechó la presencia de la enfermedad para realizar la intervención educativa no sabemos que tanto impacta la presencia de la enfermedad en el momento de la consulta en lograr el aprendizaje significativo para cuidar correctamente a su niño con IRA y EDA.

Al analizar los resultados por enfermedad observamos que la EDA desde la primera visita el identificar signos de alarma y cuidados en el hogar son satisfactorios solo mostrando ganancia en demanda oportuna de consulta y como prevenir la enfermedad, la razón de estos resultados suponemos se dan porque las mamás ya tienen conocimientos satisfactorios para identificar los signos de alarma y los cuidados en el hogar, resultando mas significativa la intervención en la prevención y demanda oportuna de la atención.

En el caso de IRA todos los aspectos mejoran pero con ganancia significativa en cuidados en el hogar y demanda de atención medica oportuna.

El estudio en términos generales muestra que existe mejoría pero en comparación de medianas no es significativo.

La propuesta es que se otorgue atención integrada en cada consulta a todos los niños menores de cinco años.

Conclusiones

La atención en el hogar de los niños con IRA y EDA es satisfactoria después de una consulta dada por personal que practica la Atención integrada al menor de cinco años. La ganancia mas importante es posterior a la consulta, demostrado en la visita de los seis meses, manteniéndose hasta el año de la intervención.

Bibliografía

1. Benguigui Y. USAID/LAC-OPS-BASICS La atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia en países de América latina Serie HCT/AIEPI-12 pag 3 enero de 1998.
2. Benguigui Y. USAID/LAC-OPS-BASICS La atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia en países de América latina Serie HCT/AIEPI-12 pag 4 enero de 1998.
3. Benguigui Y. Perspectivas para la implementación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) en los países de las Américas USAID/LAC-OPS-BASICS HCT/AIEPI-12 pag14 enero de 1998.
4. Programa nacion de Acción a favor de la infancia México 1995-2000, Comisión nacional de seguimiento de los compromisos de la cumbre a favor de la infancia pag 17 evaluación de 1998.
5. Consejo Nacional de Vacunación Programa de Atención a la Salud del Niño Secretaria de Salud México pag 21 Junio de 1997.
6. Tome, patricia; Reyes Hortencia; Rodríguez Leticia; Guiscafré Héctor; Gutiérrez, Gonzalo. Muerte por diarrea aguda en niños : un estudio de factores de mal pronostico. Salud Publica de México, 38(4):227-37, Jul –ago.1996.tab.
7. Toro A., Jorge; Pereda F., Cristián; Astroza P., Leonor; Risopatrón, Felipe. Conocimientos, creencias y practicas de las madres en las Infecciones Respiratorias Agudas y Traumatismos infantiles Santiago de Chile; Ministerio de Salud. División Programas de Salud Oct. 1992. 61 p. illus.
8. Tomé, Patricia; Reyes, Hortencia; Guiscafré, Héctor; Martínez Homero; Rodríguez, Leticia; Gutiérrez, Gonzalo. Sobrediagnóstico de la infección respiratoria y diarrea aguda en muertes de niños en Tlaxcala, México: Análisis comparativo entre certificados de defunción y "Autopsias verbales". Bol. Méd Hosp. Infant. Méx, 51(3):159 – 66 Mar. 1994.tab.
9. Recomendar a la madre o acompañante Programa de Atención Integrada Enfermedades Prevalentes de la Infancia OPS/OMS 1996.
10. Consejo Nacional de Vacunación Programa de Atención a la Salud del Niño Manual de Procedimientos Técnicos de Infección Respiratoria Aguda SSA México 1996.
11. Consejo Nacional de Vacunación Programa de Atención a la Salud del Niño Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermedades Diarreicas SSA México 1996.
12. R. Perez-Cuevas, H. Guiscafré, G. Romero, et al. Mothers' Health-Seeking behaviur in acute diarrhoea in tlaxcala, México. Jur. Arch. Dis. Reach, vol.14 no 4, December 1996, pp.260-268.
13. Emphasis en Behavior in Maternal an Child Health: Fusing an Caretaker Behaviors to Develop Maternal an Child Health Programs in Communities by John Murray (et al) Arlington, Va : BASICS, 1997. Viii, 14p., ca. 24;28 cm.
14. Hig mortality Despite Good Care-Seeking Behaviour: A community study of Childhood Deaths in Guinea- Bissau. M. Sodemann, M. Jakobsen, K.Molbak, et al Bulletin of the Wordl Health Organization, vol.75 no.3, 1997, pp.205-212.
15. Mortaliy by cause for Eight Regions of the World: Globla Burden of Disease Study. C. Murray an A. Lopez. The Lancet vol.349 May3, 1997, pp. 1269-1276.
16. Reducing Perinatal Mortality in Devoloping Contries D. Wilkinson. Helalth Policy and Planning, Vol 45 no.2, 1997, pp.161-165.
17. Child Survival BASICS Basics Quarterly Technical Newsletter Number 5, Spring 1998, pp. 5-7.
18. Mendez I, Namihira D, Moreno L. EL protocolo de investigación. México: Trillas, 1991: pp.126.
19. Daniel. Bioestadística Base para el análisis de las ciencias de la salud, 3 Edic.Mexico:UTEHA noriega editores, 1996: pp. 139 a 170.