

Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995

DR. DILBERTH CORDERO VALDIVIA ¹, LIC. SUSANA BARRERA ²

Resumen

Se presenta un estudio descriptivo que emplea una metodología combinada (cuantitativa y cualitativa), para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende niños menores de 5 años y de sus cuidadores (generalmente madres), en relación al manejo de casos de infecciones respiratorias agudas.

El estudio se realizó en una muestra de servicios de salud urbanos y rurales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz el año 1995.

Se emplearon cuestionarios desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para la observación de manejo de casos y cuestionarios semiestructurados para entrevistas a profundidad. Los niños atendidos fueron seguidos cinco a siete días después de la visita a los servicios de salud.

Los resultados fueron analizados principalmente según el tipo de capacitación que recibió el personal de salud (teórica, teórico/práctica y ninguna capacitación). Se apreció que el personal que recibió capacitación teórico práctica tuvo, en general, un desempeño claramente superior en comparación a los otros tipos de capacitación. La comunicación con los cuidadores de los niños fue la principal debilidad del personal de salud.

Se describen varias conductas de los cuidadores con relación a momentos críticos para la toma de decisiones relevantes para la salud del niño.

Este artículo fundamenta la necesidad de una capacitación de calidad (teórico/práctica), en centros de capacitación clínica.

Palabras clave: INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
EDUCACIÓN EN SALUD

1. Pediatra, BASICS Bolivia

2. Educadora, consultora BASICS Bolivia, 1995
Rev Soc Bol Pediatr 1999; 38(2): 51-8

Nota del autor: El presente artículo es resumen del informe final. El estudio fue financiado por BASICS/USAID.
Seleccionado en el V Encuentro de Editores del Cono Sur. Salta, 2000.

Resumo

Apresenta-se um estudo descritivo que emprega uma metodologia combinada (quantitativa e qualitativa), para avaliar os conhecimentos, aptidões e práticas do pessoal da saúde que atende crianças com idade inferior a 5 anos e das pessoas que os cuidam (geralmente mães), em relação ao tratamento de casos de infecções respiratórias agudas.

O estudo foi realizado numa amostra de serviços de saúde urbanos e rurais de La Paz, Cochabamba e Santa Cruz o ano 1995.

Empregaram-se questionários desenvolvidos por OPS/OMS para a observação do tratamento de casos e questionários semiestruturados para entrevistas mais profundas. As crianças atendidas foram controladas 5 a 7 dias após a visita aos serviços de saúde.

Os resultados foram analisados principalmente conforme o tipo de capacitação que recebeu o pessoal da saúde (teórica - teórico prático ou nenhuma capacitação). Percebeu-se que o pessoal que recebeu capacitação teórico-prática teve, em geral um desempenho superior em comparação aos outros tipos de capacitação. A comunicação com as pessoas que cuidam das crianças foi a principal preocupação do pessoal da saúde.

Descrevem-se várias condutas das pessoas que cuidam das crianças com relação a momentos críticos para a toma de decisões relevantes para a saúde dessas crianças.

Este artigo fundamenta a necessidade de uma capacitação de qualidade (teórico - prática), em Centro de Capacitação Clínica.

Palabras chave: INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS
ATITUDE DO PESSOAL DA SAÚDE
EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), después de las diarreas, son la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años y la primera en menores de un año ⁽¹⁾.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) de 1994 ⁽¹⁾, 12,7% de niños de 0 a 5 meses y 24,5% de 6 a 11 meses de edad presentaron tos y dificultad respiratoria las dos últimas semanas antes de la encuesta; de los cuales menos de la mitad fueron llevados a los servicios de salud en búsqueda de ayuda. Por otra parte, se han realizado en el país algunos estudios sobre prácticas y actitudes de los trabajadores de salud sobre el manejo de pacientes con IRA ⁽²⁾ con resultados desalentadores, incluso el personal de salud entrenado en el manejo estandarizado de casos (MEC) de IRA no cumplían los lineamientos recomendados. Es posible que la observación previa se deba a la insuficiente credibilidad y convencimiento alcanzados durante la clásica capacitación teórica ^(3,4) y al efecto que tiene una actitud condicionada y demandante de la madre ⁽⁵⁾. En conclusión, es evidente que la demanda de atención hacia los servicios de salud por parte de la madre (o cuidador) que tiene un niño con IRA es baja y que la atención que se brinda, en los servicios de salud, en ocasiones no es la más adecuada.

El presente estudio fue diseñado con el fin de determinar conocimientos y prácticas de los cuidadores de los niños (generalmente la madre) y del personal de salud que atiende casos de IRA. Es de carácter descriptivo y emplea formularios desarrollados por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud ⁽⁶⁾ para evaluar el manejo de casos en servicios y otros instrumentos abiertos, semiestructurados ⁽⁷⁾, que permiten explorar con detenimiento los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores de salud y de las madres o responsables de los niños con IRA que son llevados al servicio de salud. Como se ve, el estudio comprende una parte técnico/normativa y otra "comportamental" en una combinación de enfoques cuantitativos y cualitativos.

Es importante resaltar que el estudio se realizó antes de la aplicación de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Objetivos

Los objetivos del estudio fueron:

- a) En los servicios de Salud:
 - Conocer el tipo de manejo de casos de IRA.

- Conocer el tipo de capacitación recibida por el personal del servicio que atendió los casos de IRA.
 - Conocer las causas del cumplimiento o no del MEC IRA.
 - Conocer las diferencias de actitudes según el tipo de capacitación recibida.
- b) En el hogar del niño menor de 5 años:
- Conocer los momentos en los que la madre responsable busca ayuda fuera de la casa.
 - Conocer las expectativas de la madre con relación al servicio de salud visitado y tratamiento recibido.
 - Conocer el entendimiento y aplicabilidad de las recomendaciones y/o tratamiento ofrecido por el Centro de Salud.

Metodología

a) Pasos de la investigación

El desarrollo del estudio cumplió los siguientes pasos:

1. Determinación de los lugares de trabajo: Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, representando las tres zonas geográficas del país (altiplano, valles y llanos).
2. Adaptación y diseño de formularios.
3. Selección de servicios de salud: la selección se basó en la cantidad de casos de IRA reportados por los servicios de salud, en base a revisión del SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría Nacional de Salud) de 1994.
4. Selección y capacitación de encuestadores: se determinó contar con dos tipos de encuestadores, uno médico (para entrevistas al personal médico) y otro comunitario (para entrevistas a la madre o responsable del niño menor de cinco años). Ambos con conocimientos sobre el programa IRA y del idioma local. Las encargadas de entrevistar a la madre fueron de sexo femenino.
5. Distribución de tareas y cronograma de actividades.
6. Recolección de información.
7. Almacenamiento de datos y análisis de la información.
8. Reporte final.

b) Criterios de inclusión

Cuidadores de niños menores de cinco años: Se incluyeron a los responsables de los niños menores de cinco años que acudieron espontáneamente a los centros de salud previamente seleccionados. Las caracterís-

ticas de los niños que determinaron la inclusión de sus cuidadores fueron:

- Menores de cinco años.
- Presencia de tos y/o dificultad para respirar.
- Sin otra patología asociada a la IRA.

Personal de salud: se incluyeron a los trabajadores de salud que atendieron casos de IRA durante la visita de los encuestadores a los diferentes establecimientos de salud.

c) Formularios y procedimientos empleados:

1. Con el personal de salud

Se emplearon tres formularios:

- **Formulario 1. Observación de manejo de casos de IRA:** El encuestador ingresó, junto con el niño y la persona que lo trae, al consultorio con el fin de observar y registrar los eventos que ocurren durante la consulta.
- **Formulario 2. Evaluación de los conocimientos del personal de salud.** El encuestador realizó una serie de preguntas y planteó ejemplos de casos, orientados a revelar el nivel de conocimientos del trabajador en salud sobre el programa. Este formulario se aplicó al mismo trabajador observado durante su desempeño.
- **Formulario 3. Entrevista con detenimiento a los trabajadores de salud observados.** Es una guía, en base a la cual el encuestador médico establece una conversación relacionada con aspectos del programa, fuentes de información, opiniones sobre el programa, etcétera.

2. Con las madres (o responsables) del niño con IRA

- **Formulario 4. Entrevista con detenimiento a las madres.** Aplicado inmediatamente después de la consulta. La encuestadora comunitaria averiguó sobre actitudes y prácticas de la madre antes de la visita al centro de salud y aspectos relacionados con el entendimiento de las recomendaciones realizadas por el trabajador de salud y algunas preguntas sobre satisfacción con relación a la atención recibida.
- **Formulario 5. Entrevista de seguimiento a las madres.** Aplicado de cinco a siete días después de la visita al centro de salud. La encuestadora averiguó sobre el estado del niño, tratamiento realizado en la casa, recomendaciones que recuerda, etcétera.

d) Procesamiento de datos y análisis.

Se diseñó una base de datos en el programa Epi Info 6, en el cual se almacenó la información de forma codificada y de manera literal. Algunas apreciaciones cualitativas fueron registradas manualmente.

Tabla 1. Número de establecimientos de salud visitados por departamento. Estudio CAP IRA, 1995

Departamento	Ubicación	
	Urbanos	Rurales
Cochabamba	3	3
Santa Cruz	4	2
La Paz	3	2

El análisis de la información se realizó de manera cuantitativa y cualitativa. Inicialmente se analizó la información desde un punto de vista general y luego se agrupó a los trabajadores de salud según tipo de capacitación (teórica, teórico/práctica y ninguna capacitación).

Con relación a las entrevistas a las madres, el enfoque es cualitativo, los datos y el análisis son presentados en forma de tendencias (la mayoría dice que..., algunas madres..., etcétera). Los conocimientos, actitudes, prácticas de las mamás (incluyendo personas que han influido sobre ellas), son mostrados en varios momentos, desde que se inició el cuadro de IRA hasta el control a los cinco a siete días de ocurrida la visita al servicio de salud.

Definiciones operacionales

- **Adoptadores del MEC IRA.** Personas que:
 - Cuentan la frecuencia respiratoria en un minuto.
 - Realizan diagnóstico adecuado, según las normas del programa.
 - Conocen cuatro o más signos de alerta.
 - Conocen cuándo dar antibióticos en el hogar.
- **Signos de alarma (IRA) en el menor de dos meses:** Dejó de lactar, presencia de convulsiones, somnolencia anormal, desnutrición severa, tiraje subcostal severo, fiebre o hipotermia.
- **Signos de alarma (IRA) en el niño de dos meses a cinco años:** incapacidad para beber, convulsiones, somnolencia anormal, desnutrición severa, tiraje subcostal y estridor.
- **Conteo de la frecuencia respiratoria.** Contar el número de movimientos respiratorios durante un minuto.
- **Capacitación teórica:** capacitación mediante charlas magistrales.
- **Capacitación teórico/práctica:** capacitación en la que se incluyó práctica clínica realizada en centros de capacitación clínica reconocidos.
- **Ninguna capacitación:** se refiere a las personas que no asistieron a ningún tipo de capacitación. No excluye la posibilidad de que exista auto capacitación.
- **Diagnóstico programático:** diagnóstico que considera la clasificación de las IRAs (IRA sin neumonía,

Tabla 2. Personal evaluado según tipo de capacitación. Estudio CAP IRA, 1995

Trabajador de salud	Tipo de capacitación			Total
	Teórica	Teórico/práctica	Ninguna	
Pediatras	2	10	3	15
Médicos generales	2	2	6	10
Residentes	1	2	1	4
Otros	-	-	1	1
Total	5	14	11	30

IRA con neumonía e IRA con neumonía grave), vigente en el país el año del estudio.

- **Diagnóstico nosológico:** diagnóstico clínico específico (amigdalitis, laringitis, etcétera).
- **Antibióticos apropiados:** cuando se emplean antibióticos según recomendaciones del MEC IRA.
- **Personal de salud:** persona que trabaja en un servicio de salud y es responsable de la atención de casos de IRA. Puede ser médico, enfermera o auxiliar.
- **Encuestador médico:** médico con conocimientos y experiencia en la aplicación del MEC IRA, sus observaciones, diagnósticos y tratamientos sirven como patrón de referencia para calificar el desempeño del personal de salud encuestado en cada caso atendido.
- **Encuestador comunitario:** persona de sexo femenino, con conocimientos básicos del MEC IRA, encargada de realizar las entrevistas a las madres o responsable del paciente y realizar el seguimiento.

Resultados

a) Aspectos generales

El estudio se llevó a cabo durante el mes de Agosto de 1995, se incluyeron servicios de salud de Cochabamba, Santa Cruz y La Paz (tabla 1).

El tipo de personal de salud y capacitación recibida se presenta en la tabla 2.

b) Manejo de casos de IRA

Durante el estudio se incluyeron 42 niños menores de 5 años (4 menores de dos meses, 20 de 2 a 11 meses y 18 de 1 a 5 años).

Desempeño de los trabajadores según el tipo de capacitación recibida

El tipo de atención recibida por los 38 niños mayores de dos meses, sobre la base del cumplimiento de la búsqueda

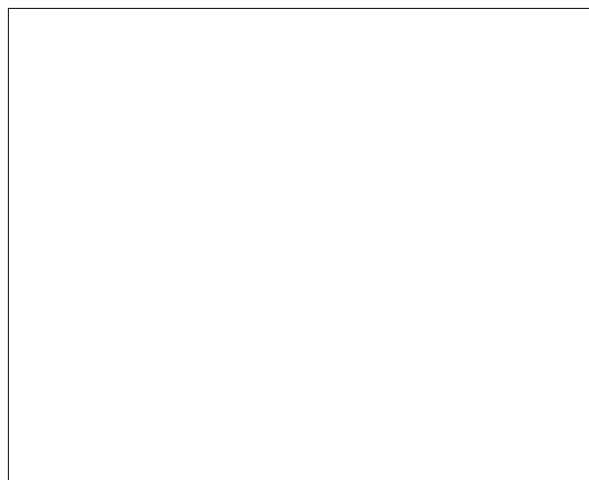


Figura 1. Signos de alarma evaluados en mayores de dos meses. n= 38.

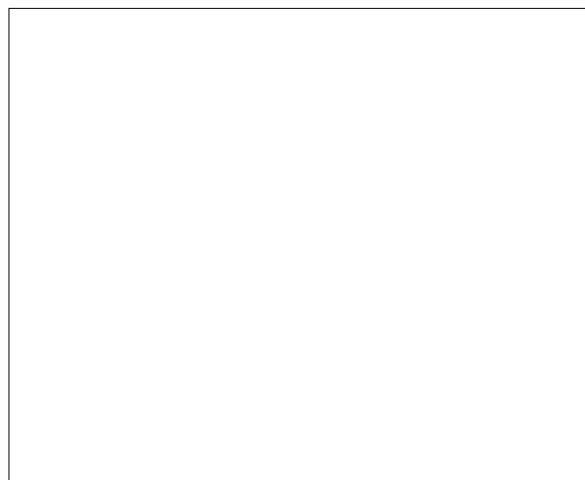


Figura 2. Tareas realizadas en todos los niños. n= 42.

Tabla 3. Coincidencia de diagnósticos del personal (según capacitación) y encuestadores médicos. Estudio CAP IRA 1995

Capacitación	Coincidencia con encuestadores médicos
Teórica	9/12 (75%)
Teórico/práctica	17/18 (94%)
Ninguna	8/12 (66%)

da de signos de alarma según el tipo de capacitación de los trabajadores de salud se muestra en la figura 1.

Cinco personas que recibieron capacitación teórico/práctica mencionaron durante la observación del manejo de casos los seis signos de alarma evaluados.

En relación a los cuatro niños menores de dos meses, en los dos casos atendidos por personas que no recibieron capacitación se evaluó la incapacidad para lactar. En uno de los mismos se indagó además sobre la presencia de fiebre. En relación con los casos atendidos por quienes recibieron capacitación teórica, en uno no se evaluó ningún signo de alarma, en otro la presencia de tiraje subcostal y la incapacidad para beber. Ningún menor de dos meses fue evaluado por personas que recibieron capacitación teórico/práctica.

Las tareas realizadas por los trabajadores de salud en todos los niños según el tipo de capacitación realizada se muestran en la figura 2.

Para conocer la coincidencia de los diagnósticos de los encuestados en comparación con los de los encuestadores médicos, se reclasificaron los diagnósticos de los primeros (en los casos en que el diagnóstico era nosológico). Así por ejemplo, las amigdalitis agudas, bronquitis, laringitis, etcétera, fueron consideradas como IRA sin neumonía. La coincidencia entre los diagnósticos de

Tabla 4. Prácticas en el uso de medicamentos según capacitación. Estudio CAP IRA 1995

Tipo de práctica	Tipo de capacitación		
	Teórica	Teórico/práctica	Ninguna
Uso de antibióticos	6/12 (50%)	2/18 (11%)	7/12 (58%)
Uso de antibiótico recomendado	2/6 (33%)	2/2 (100%)	1/7 (12%)
Dosis correcta de antibiótico	0/6 (0%)	2/2 (100%)	1/7 (14%)
Demostración de administración de antibióticos	0%	0%	0%
Indicación de antitusivos	4/12 (33%)	1/18 (5,5%)	1/12 (8%)

los encuestadores médicos y los trabajadores de salud se muestra en la tabla 3.

Las diferencias en prácticas referidas al uso de medicamentos, considerando el tipo de capacitación, se presentan en la tabla 4.

En 22 casos (52% de los 42 atendidos), se realizaron indicaciones sobre cuidados en casa. Los que recibieron capacitación teórico/práctica realizaron estas indicaciones en un 66,7% (12/18), mientras que los que recibieron capacitación teórica y los que no recibieron capacitación lo hicieron en 42% (5/12 para ambos grupos). En relación con la calidad de los mensajes, quienes explicaron dos signos para regresar al centro de salud (considerando la presencia de cualquiera de los signos de alarma mientras el niño se encuentra en la casa) fueron: 25% (3/12) de los que recibieron capacitación teórica; 42% (5/18) de los casos atendidos

Tabla 5. Evolución de los pacientes con IRA. Estudio CAP IRA, 1995

Tipo de IRA	Evolución			Número de casos
	Buena	Igual	Mala	
IRA sin neumonía	18	7	3	28
IRA con neumonía	10	1	-	11
IRA con neumonía grave*	1	-	-	1
Total	29	8	3	40

* Fue hospitalizado por cinco días

Figura 3. Signos para referir o internar a menores de dos meses. n=30**Tabla 6.** Respuestas del personal de salud según tipo de capacitación. Estudio CAP IRA, 1995

Preguntas	Número de respuestas correctas		
	Teórica (5 entrevistados)	Teórico/práctica (14 entrevistados)	Ninguna (11 entrevistados)
Respuesta rápida en niño de 7 meses	1/5	12/14	4/11
Dónde busca tiraje	4/5	12/14	6/11
Clasificación de IRA (>2 m)	2/5	8/14	2/11
Clasificación de IRA (<2 m)	2/5	8/14	2/11
Cuándo usa antibióticos en casa	3/5	11/14	4/11
Consejos correctos	0/5	6/14	1/11

por los capacitados teórica/práctica y 33% (4/12) de los vistos por quienes no recibieron ninguna capacitación.

Evolución de los casos

Los encuestadores diagnosticaron 30 casos de IRA sin neumonía, 11 de IRA con neumonía y uno de IRA con neumonía grave. La evolución de estos casos, a los cinco a siete días después de la visita al centro de salud, se presenta en la tabla 5.

Esta información fue obtenida a partir de la percepción de la madre y por observación al niño en su casa. Dos casos no pudieron ser observados en el seguimiento a los cinco o siete días, debido a la imposibilidad para encontrar sus domicilios.

Para el tratamiento ambulatorio de la IRA con neumonía, se empleó cotrimoxazol en todos los casos.

Conocimientos del personal entrevistado

En relación a las preguntas planteadas a los 30 trabajadores de salud, en base a ejemplos, las respuestas a la

pregunta sobre los signos o síntomas que consideran para decidir la hospitalización o referencia del niño menor de dos meses con IRA, se presentan en la figura 3.

Las respuestas a otras preguntas, siempre considerando el tipo de capacitación, se presentan en la tabla 6.

Adoptadores del MEC IRA

La calificación de adoptadores, en base a los criterios mencionados en las definiciones operacionales, dio como resultado que uno de cinco capacitados en teoría y cuatro de 14 con capacitación teórico/práctica pueden ser considerados adoptadores del MEC IRA, ninguno de los que no recibieron capacitación llenó los requisitos necesarios.

Dificultades para el cumplimiento del MEC IRA

No se encontraron diferencias entre los tres grupos en relación a las dificultades que enfrentan durante la atención de pacientes con IRA. Las principales son: madres que demandan medicamentos, falta de recursos econó-

micos, falta de insumos necesarios (especialmente antibióticos), muchos pacientes y poco tiempo para atenderlos, bajo nivel de instrucción de la madre, dificultad para contar la frecuencia respiratoria en un niño irritable.

Mencionaron que las fuentes de información de mayor confiabilidad son las revistas científicas. La mayoría prefiere las revistas en inglés (se mencionó al *Pediatrics in Review*) y al *Boletín de OPS*, entre las revistas en español, en menor número se mencionó a la Secretaría Nacional de Salud como una fuente de información.

Prácticamente todos los entrevistados coincidieron en que la información obtenida de los visitantes médicos no es confiable y la calificaron como puramente comercial o empírica.

La mayoría considera que el programa puede ser introducido mediante cursos de actualización dictados por especialistas en el tema. También se dijo que el MEC IRA debería enseñarse desde el pregrado, especialmente de la carrera de medicina.

La mayoría de los capacitados solamente en teoría, indicaron que el tratamiento (en relación al empleo del cotrimoxazol), no es adecuado a la situación nacional y que desconfían de su efectividad. Quienes no recibieron ninguna capacitación tampoco creen en el antibiótico, algunos mencionaron que el espectro del cotrimoxazol no es suficiente. Mientras casi todos los capacitados en teoría y práctica piensan que el programa en general es confiable.

Entrevistas a las madres (o responsables de los niños)

Aspectos descriptivos. Del total de casos, 33 fueron madres que llevaron a sus niños al servicio de salud, el resto fueron parientes directos o el padre del niño. La mayoría se dedica a labores de casa, pocas son estudiantes y el resto cuenta con trabajos como comerciante, agricultura o empleada dependiente. Entre las personas que se dedican a la agricultura, se identificaron cuatro en condición de familias obreras agrícolas vinculadas a la zafra (recolección de caña de azúcar en el oriente boliviano).

Momentos de observación y estudio. En la presentación de este acápite se hará referencia a “momentos” o situaciones en que la madre del niño enfermo con IRA toma decisiones y actúa. Se han identificado los siguientes momentos: cuando **observa** que su niño empieza a estar mal; cuando **pide** consejo a “otro”; cuando **lleva** al niño al servicio de salud; cuando **practica** el tratamiento en casa; cuando **reconsulta** al servicio de salud; cuando **valora** la evolución de su niño, y dependiendo de cómo la califica, vuelve a tomar nuevas decisiones y actúa.

1. Momento en que la madre observa que su niño empieza a estar mal. Las principales señales identificadas por las madres o responsables cuando se dan cuenta que sus niños se encuentran con IRA son la tos, la temperatura y el catarro. Algunas perciben la garganta inflamada. Cinco tomaron la decisión de llevar al niño a un establecimiento de salud antes de las 12 horas, el resto demoró de 24 horas hasta más de una semana. Las razones para la demora en la búsqueda de ayuda fueron: no tener tiempo, el niño se encontraba bajo algún tratamiento anterior, lo avanzado de la noche, la falta de dinero, la distancia (en el área rural) e inclusive porque se trataba de día feriado, domingo o paro del servicio de salud.

2. Momento en que la madre pide consejos a “otro”. De las madres consultadas, cerca de la mitad acudieron a consejeros, principalmente allegados al núcleo familiar como abuelas, esposos, suegros y en menos proporción a parientes lejanos y vecinos, quienes generalmente aconsejaron llevarlo al servicio de salud en el que confían.

3. Momento en que la madre lleva el niño al servicio. Una vez que la madre toma la decisión de llevar a su niño al establecimiento de salud, la mayoría indica que no tiene temores, pero un grupo importante expresó que no quiere perder su tiempo, temen al contagio, creen que la pueden atender mal, les asusta la posibilidad de que hospitalicen a su niño o que les hagan sacar sangre para análisis de laboratorio. A excepción de los casos del área rural, para la mayoría de las madres consultadas con niños enfermos con IRA el precio de la consulta no fue un factor limitante para concurrir al servicio.

La madre espera que su niño sea atendido por un médico, mejor si es especialista, en otros casos hace referencia a un “médico de confianza” que en anteriores ocasiones atendió bien a su niño.

De los 11 casos diagnosticados como neumonía por los encuestadores médicos, solamente en tres las madres acudieron al servicio de salud por algún signo que reflejara dificultad respiratoria. Los motivos fueron, “nariz tapada” y “ronroneo del pecho”, este último correspondió a un caso de neumonía grave.

Al preguntarles a las madres sobre lo que les dijo el médico acerca de lo que tenía su niño, lo que recuerdan con mayor frecuencia es resfrió y tos, otras algún tipo de afección como bronquitis, laringitis e inflamación de garganta. Otras o no entendieron o no se acordaban; una recordó que se le dijo que su niño tenía “un poquito de pulmonía”.

Con relación al tratamiento para una mejora rápida y efectiva, las madres prefieren las inyecciones porque “el niño no las puede rechazar”, en segundo lugar jarabes, porque el niño los acepta con facilidad y son de “buen

gusto”. Otra de las expectativas que tienen es que un buen tratamiento debe hacer efecto entre tres y siete días, sobre todo cuando el médico combina antibióticos con antipiréticos y descongestionantes e inclusive cuando combina hasta dos antibióticos.

Las medidas caseras más aconsejadas, por orden de frecuencia fueron vaporizar el ambiente, alimentar al niño durante/después, destapar la nariz, abrigarlo, aumentar líquidos y seguir con el pecho materno. Aunque algunas de las madres practicaron la primera medida en sus casas antes de traer al niño al servicio, las que viven en el área rural expresaron que no podían hacerla por las características de su vivienda y el tipo de fogón que usaban. En ningún caso el médico reparó en el tipo de cocina existente en la casa.

En el aspecto de comunicación, se observó una tendencia marcada a:

- No informar a la madre sobre el diagnóstico de sus hijos.
- Explicar limitadamente la administración de la receta.
- No explorar previamente las posibilidades reales de la madre para seguir las recomendaciones de las medidas de apoyo en casa, por eso un grupo importante de ellas hizo lo que pudo según tiempo, espacio y economía.
- No explicar la identificación de las señales de peligro y la importancia de la acción de búsqueda de ayuda inmediata.

Una madre se expresó de manera elogiosa sobre la manera en que la doctora habló con ella y le explicó cómo debía atender a su niño, cómo alimentarlo. Otra, en cambio, dijo “yo le pregunté y me contestó que tiene resfrío, su pulmón está limpio, su garganta está mal”.

4. Momento en que la madre practica el tratamiento en casa. Se refiere al grado de cumplimiento del tratamiento que hace la madre después de que su niño fue diagnosticado y “recetado” por el médico en el servicio de salud. Del total de madres se puede decir que la mayoría cumplieron con el tratamiento, dos de ellas ni siquiera lo comenzaron y de ellas una –por la desconfianza que le dio la prescripción– inmediatamente recurrió a otro médico. Tres madres indicaron que suspendieron el tratamiento.

5. Momento en que la madre valora la evolución de su niño durante el tratamiento. Luego de cinco a siete días, la mayoría de las madres dijeron que sus niños estaban bien, notaron que sus hijos han mejorado porque les veían sanos, sin tos ni fiebre, respiraban mejor, comían y jugaban.

Aunque la información es dispersa y son pocas las madres que dan razones claras, ellas expresaron que las **acciones que más efecto tuvieron en la mejoría de sus hi-**

jos fueron las medidas de apoyo tales como la vaporización porque le ayudó a “soltar las flemas”, ayudó a respirar mejor y a quitar la tos, junto con el tratamiento médico realizado. Al preguntarle sobre la efectividad de los medicamentos, dijeron que **las inyecciones combinadas con gotas y jarabes fueron los más eficaces**, al mismo tiempo vuelven a reiterar las bondades de la vaporización, los masajes al pecho y otras medidas caseras.

Discusión

El empleo de los registros del SNIS del año 1994, respondió a la necesidad de enfocar el estudio hacia servicios de salud públicos que permitan asegurar la captación de casos de IRA; durante la revisión de estos registros se advirtió el bajo número de casos de IRA que son registrados.

El reclutamiento de casos de IRA se realizó sin ninguna dificultad en los centros de salud urbanos; en la mayoría de los cuales fue posible captar hasta tres casos en un solo centro y durante una visita del equipo de encuestadores; en cambio en la zona rural esta tarea fue más difícil, en ocasiones los encuestadores tuvieron que esperar la llegada de un niño con IRA durante más de cuatro horas e incluso, luego de esperar todo un día, se tuvo que volver al servicio al día siguiente; es por eso que en estos centros se pudo incluir un solo caso por centro.

Apreciamos que la mayoría de los casos fueron atendidos por pediatras, quienes a su vez fueron los que en mayor número recibieron entrenamiento teórico práctico sobre el MEC IRA. Esta situación puede ser positiva ya que pueden ejercer influencia sobre otros médicos y también sobre otro tipo de personal de salud, en el manejo de pacientes con IRA.

La visión general del manejo de casos fue poco alentadora. La búsqueda de señales de alarma, especialmente en el grupo de niños de dos meses a cinco años, fue poco realizada. En los pocos casos de menores de dos meses la situación fue similar. Entre las tareas centrales en el enfoque del paciente de cualquier edad con IRA se encuentra el conteo de la frecuencia respiratoria, tarea que no fue realizada ni en la cuarta parte de los casos. Parece evidente que en muy pocos de los servicios de salud seleccionados se cumple el MEC IRA.

La influencia de la capacitación teórico práctica en la mejora de los conocimientos y prácticas del personal de salud para la atención de niños con IRA fue notoria, especialmente en la búsqueda de señales de alarma, conteo de frecuencia respiratoria y uso de antibióticos. En el aspecto de la consejería, el desempeño general reveló una importante debilidad, pese a ello nuevamente los capacitados con teoría y práctica mostraron una mejor competencia.

Como se puede apreciar, la calificación del desempeño del trabajador de salud es rígida, tal como obliga el

empleo del tipo de los instrumentos de recolección de datos empleado. Es por eso que se ha introducido el aspecto comparativo entre diagnósticos (empleando el diagnóstico de los encuestadores médicos como patrón de referencia). Se aprecia la alta coincidencia en los diagnósticos de las personas con entrenamiento teórico/práctico. Esto sin duda es importante en caso de que el diagnóstico sea seguido por un adecuado tratamiento y buena consejería, aspectos que lamentablemente muestran falencias.

En relación a las opiniones sobre el programa IRA, las principales causas para el no cumplimiento del MEC IRA, fueron la falta de insumos, especialmente de cotrimoxazol y la presión ejercida por las madres para que se les recete algún medicamento. Ambas situaciones pueden ser abordadas mediante dos estrategias: la primera mediante adecuados mecanismos de administración y distribución de insumos por parte de la Secretaría de Salud y la segunda por el desarrollo de habilidades de comunicación por parte del personal de salud para disuadir a las madres y motivar que su conducta se oriente hacia el manejo correcto prescrito por el personal de salud; este aspecto debería ser enfatizado durante la capacitación.

Los aspectos vinculados con el desempeño del trabajador de salud tienen, como es natural, efecto sobre las apreciaciones de la madre y sobre la evolución de los casos.

En el estudio se identificaron dos situaciones en la interacción entre la madre y el médico que explican la actitud de búsqueda de algunas madres. Por un lado, la falta de decisión del personal de salud para decir a la madre la magnitud de la gravedad del niño —en los casos de neumonía y neumonía grave— por temor a la reacción de alarma por parte de ella y por otro lado, la poca importancia que se le asigna a la comunicación con la madre por lo que no crea un ambiente de diálogo y confianza.

Pese a que la mayoría del personal asegura conocer la “sicología de la madre” que lleva a su niño enfermo, al parecer ellos actúan condicionados por prejuicios (la madre quiere medicamentos, la madre no quiere que se interne su hijo, etcétera), tal vez para evitar perder el caso y hacer que vuelva al servicio. Sin embargo, esta situación puede ser reorientada siempre que el profesional sea capacitado en el manejo de un diálogo educativo con la madre.

En general, el personal de salud no dio importancia a la comunicación con la madre. En este sentido, la educación a la madre debería realizarse mediante dos estrategias educativas complementarias: la personalizada en la consejería (durante la consulta) y la interpersonal grupal en la comunidad (reuniones comunitarias), ambas orientadas a desarrollar en ella la capacidad de tomar decisiones en el sentido de llevar al niño al servicio de salud de manera oportuna.

La reconsulta es una práctica poco común en las madres o responsables del niño ya sea por falta de tiempo,

porque el niño recupera su salud o porque el personal de salud no ha sido enfático en la recomendación de reconsulta. Este es otro aspecto muy vinculado a la calidad de diálogo que debería realizar el médico, para que la madre tome conciencia de la importancia de llevar a su niño con neumonía a los dos días de iniciado el tratamiento.

En el estudio salió a luz la situación de las familias que trabajan en la zafra de Santa Cruz. Las oportunidades que tienen estas familias para atender las necesidades de salud de sus niños menores (y seguramente de todos sus miembros) son muy escasas. Factores como la distancia que hay entre el campamento donde habitan y los cañaverales donde trabajan respecto a los centros de salud, se suman a la falta de dinero y de autonomía para actuar en caso de una emergencia de salud, ya que para hacerlo requieren un medio de transporte y la autorización del patrón o capataz, quien hace la primera evaluación del caso y decide si el niño requiere ser llevado o no al servicio de salud. Esta difícil condición de “trabajadores estacionales”, requiere el desarrollo de estrategias especiales (brigadas móviles de salud, mejorar la accesibilidad a los servicios, etcétera).

Por lo presentado, un punto crítico es el referido al acceso y utilización de la información. La mayoría no cree en el visitador médico debido al carácter comercial de su trabajo. Por otro lado, el acceso a información actualizada sobre el tema parece ser limitado. Las revistas o libros, como los que se mencionaron durante la entrevista, lamentablemente son de escasa difusión.

Se puede percibir que los médicos tienen, en general, una actitud vacilante frente a la aplicabilidad del MEC. Es probable que los elementos de su formación académica en aspectos relacionados al manejo de las neumopatías, tengan un mayor peso que el sencillo MEC IRA que les obliga a simplificar y racionalizar el manejo de casos y también a un correcto abordaje comunicacional con la madre, aspectos que para muchos médicos son secundarios y que no son considerados durante la formación académica.

Finalmente, como conclusión del presente estudio se puede indicar que tanto los trabajadores de salud que recibieron capacitación únicamente teórica como aquellos que no la recibieron tuvieron un manejo limitado y en algunos casos deficiente de las IRA, a diferencia de los que recibieron capacitación teórico/práctica, que tuvieron mejor desempeño en el manejo de los niños, por lo tanto es necesario asegurar que el personal de salud encargado de la atención de niños menores de cinco años, reciban capacitación teórico/práctica.

Summary

This is a descriptive study which uses a combined methodology (quantitative and qualitative) to evaluate

knowledge, attitudes and habits of health personnel handling children under five years of age and of their parents. In relation to the treatment of URI.

The study was done on samples from urban and rural health centers in La Paz, Cochabamba y Sancta Cruz during 1995. We used questionnaires following PAHO guidelines. Patients were followed-up 5 to 7 days after their health service visit.

Results were mainly analyzed, according to the type of education health personnel received (theory, theory and practice or neither). Most properly educated personnel showed an evidently better performance in relation to the rest. Communication of health personnel with the children was their main weakness.

We inform several responses of the health personnel at critical moments where important decisions had to be made. This article backs the need of qualitative training (theory and practice) in Clinical Training Centers.

Key words: RESPIRATORY TRACT INFECTIONS
ATTITUDE OF HEALTH PERSONNEL
HEALTH EDUCATION

Bibliografía

1. **Instituto Nacional de Estadística (Bolivia).** Demographic and Health Surveys Macro International. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994. La Paz, Bolivia, 1994.
2. **Avila P, Barrera S.** Bolivia: follow-up on the implementation of Standardized Case Management of ARI cases. Reach, September 1993.
3. **Lara V.** Bolivia: study of medical practices in ARI. Reach, May 1993.
4. **Elder JO, Cordon O.** Incentives for and barriers to the adoption of Standard Case Management procedures for pneumonia among Guatemalan physicians. Basics 1994 (draft tip report)
5. **Salgado R, Lara V, Nils D, Favin M.** Use of standard Case Management among Bolivian health professionals treating acute respiratory respiratory infections. Reach, 1994.
6. Health Facility Survey Manual. Case Management of Acute Respiratory Infections. WHO Draft, March 1993.
7. Estudio Etnográfico Focalizado de las Infecciones Respiratorias Agudas. HMP/ARI 13-93 OPS/OMS.

Correspondencia: Dr. Dilberth Cordero Valdivia
E-mail: dcordero@ceibo.entelnet.bo