

CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

Dra. Carmen Valenzuela

I. Introducción

El control de las enfermedades diarreicas (CED) se inició en 1978 como respuesta al llamado de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para concertar las acciones alrededor de uno de los mayores problemas de mortalidad, morbilidad y desnutrición de los niños de los países en desarrollo. El CED representa un esfuerzo global para abordar el problema de las diarreas en la Región de las Américas.

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen uno de los principales problemas que afectan a la población infantil, disminuyendo su bienestar y generando una demanda importante a nivel de los servicios de salud. A pesar de la disminución de la mortalidad en general, la diarrea prevalece como un problema de salud pública. En algunos países es todavía la primera causa de muerte entre niños de 1 a 4 años junto con las infecciones respiratorias agudas (IRA).

En 1990, informes oficiales de 26 países de la Región, estimaron que un total de 52.623 niños menores de 5 años fallecieron por diarrea, lo que representa aproximadamente el 15% del total de las muertes en este grupo de edad. Este número de muertes no refleja la seriedad de la situación porque los sistemas de información no contabilizan casos ocurridos a nivel comunitario y en muchos países los datos reales pueden ser subestimados.

No obstante lo alarmante de estas cifras, el análisis de las tendencias a través del tiempo muestra una baja en la mortalidad a causa de diarrea en casi todos los países. Hubo en general una disminución en el número de muertes por diarrea en todas las edades, en los niños menores de 5 años y en la proporción de todas las muertes que fueron atribuidas a enfermedades diarreicas. La reducción en la mortalidad infantil por diarreas ha contribuido sustancialmente a la baja de la mortalidad por todas las causas y, en consecuencia, al aumento de la expectativa de vida al nacer.

En el último decenio, las actividades de control se han concentrado en mejorar el tratamiento de los casos agudos de diarrea deshidratante, sobre todo a nivel de los servicios de salud. El haber llegado a conocer mejor la interacción entre la diarrea persistente y la desnutrición como causas de mortalidad, ha reforzado la necesidad de ampliar el alcance de los programas de intervención, cuya base terapéutica es la terapia de rehidratación oral (TRO).

La estrategia de la TRO focaliza un aspecto muy importante del tratamiento de la enfermedad diarreica pero ciertamente no la previene. La morbilidad por diarrea no parece haber disminuido en los últimos años, lo que muestra que la tecnología de la TRO tiene un límite: ha ayudado y sigue siendo pieza fundamental para combatir la mortalidad por diarrea propiciando caídas dramáticas en este indicador, pero no debe ser la única tecnología aportada por el CED y cólera (1).

El contenido de este capítulo describe en mayor detalle otras tecnologías procedentes incluso de sistemas diferentes al sector salud, aportadas y/o adoptadas por el CED para prevenir y tratar las enfermedades diarreicas.

En relación al cólera, después de casi 90 años, reapareció en la Región en 1991. En ese año, un total de 391.734 casos de cólera y 4.002 defunciones fueron informadas a la OPS. En 1992, se reportaron 352.300 casos y 2.396 muertes; en 1993, 204.543 casos y 2.362 muertes; en 1994, 112.611 casos y 1.229 muertes y, por último, los datos de 1995 hasta el 15 de julio arrojan un total de 38.694 casos y 503 muertes (2).

Estos datos evidencian ciertamente un avance en el control de esta enfermedad pero demues-

tran que aún queda bastante por hacer, sobre todo en lo que respecta a la prevención por medio de las redes de servicios sanitarios.

Desde el brote de 1991, la OPS ha promovido activamente el desarrollo e implementación de planes nacionales para su prevención y control. El cólera ha probado su habilidad para aumentar la atención prestada a los ya existentes esfuerzos del programa CED en el sector salud.

Es así como la epidemia ha creado una gran oportunidad para expandir y reforzar la capacidad de los países en las áreas de: 1) capacitación en el manejo de casos, 2) prevención, 3) lactancia materna, 4) apoyo a la vigilancia epidemiológica, 6) movilización social, 7) agua y saneamiento, 8) manejo seguro de alimentos, 9) educación en salud, 10) materiales esenciales para el tratamiento, 11) compromiso del sector privado, y 12) información pública (1).

Reconociendo que la meta de Salud para Todos en el Año 2000—ya sea que se relacione o no con el componente del CED—no puede ser lograda solamente por el sector salud, los países miembros de la OPS están fortaleciendo ampliamente la atención a nivel local, brindando especial atención a los esfuerzos dentro de la comunidad.

Los trabajadores de salud están siendo re-entrenados para que enfoquen más allá de los métodos tradicionales de educación en salud, llegando sobre todo a la relación cliente-proveedor y a trabajar de la mano de estructuras comunitarias. Es así como se le ha dado énfasis a la implementación de programas de base comunitaria, que puntualizan en metas cuantificables y en proveer la información y las herramientas necesarias para que sea la comunidad la que tome acción (3).

A nivel regional, las acciones de control de las enfermedades diarreicas (CED) y de las infecciones respiratorias agudas (IRA) están integradas actualmente en una sola unidad técnica. Dicha integración se fundamenta en la magnitud de la morbilidad de estas dos entidades dentro de las cinco primeras causas de muerte en niños menores de 5 años en la Región.¹ Asimismo, se basa en el preponderante papel de las IRA y la EDA como causa de consultas y hospitalizaciones pediátricas.

Cabe mencionar además, que los coordinadores nacionales de las acciones de IRA y CED, se han comprometido a apoyar el fortalecimiento del proceso de integración de las actividades de control de IRA/EDA en todos los niveles de la estructura de salud (*Manifiesto de Santa Cruz, Bolivia, Febrero de 1996*).

Existe incluso el entendimiento entre organismos como OPS y UNICEF, al respecto de incluir principalmente estos dos componentes dentro de la estrategia de *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. El objetivo principal consiste en cambiar el foco de la atención de la enfermedad a la atención global de la condición de salud del niño, permitiendo así identificar los principales problemas que le afectan. Dada su importancia, la mencionada estrategia es motivo de una sección aparte dentro de esta publicación.

El presente capítulo, es un limitado resumen de los aspectos operativos del CED y busca sobre todo servir de guía para que el trabajador de salud a nivel local pueda investigar a fondo en la vasta bibliografía disponible. No pretende ser exhaustivo puesto que ya existe mucho publicado sobre el tema y se espera más bien que los lineamientos y datos vertidos en esta parte del libro, sirvan como complemento al resto de la publicación.

1 Las otras tres causas después de las IRA y las EDA son la desnutrición, la malaria y las enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión por ejemplo.

II. Objetivos

1. **Generales:** Los objetivos regionales del CED, establecidos a nivel del Comité Coordinador Interagencial (CCI) para el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de 1990, han sido los siguientes (4):
 - 1.1 Reducir la mortalidad por enfermedad diarreica, incluyendo el cólera; y
 - 1.2 Reducir la morbilidad por enfermedades diarreicas, particularmente la desnutrición en infantes y niños pequeños.
2. **Específicos:** Los objetivos de apoyo/sectoriales del CED que se deben lograr para el año 2000 tomando como referencia las cifras de 1990, han sido los siguientes:
 - 2.1 Reducir el número de muertes debidas a diarrea en niños menores de 5 años en un 50%;
 - 2.2 Reducir el número de casos de diarrea en niños menores de 5 años de la Región en un 25% (4); y
 - 2.3 Reducir la incidencia de cólera a un 90% o más a nivel Regional (1).

Los anteriores objetivos pueden ser adaptados al nivel local de acuerdo a las necesidades existentes y al grado de desarrollo alcanzado.

3. Otros objetivos específicos del CED que se busca alcanzar son:
 - 3.1 Reducir el número de muertes por diarrea ocurridas en los domicilios en niños menores de 5 años. De acuerdo con datos recientes proporcionados por autoridades locales en países “prototipo” como México, esta causa alcanza hasta un 70% entre las causas de muertes intradomiciliarias
 - 3.2 Identificar y modificar las condiciones determinantes y los factores de riesgo de los procesos diarreicos que generan la morbimortalidad en los niños menores de 5 años por medio del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica.
 - 3.3 Promover la difusión de conocimientos y la generación de procesos educativos para sensibilizar a la población e involucrar a los actores sociales relevantes en la identificación y análisis de los problemas ocasionados por las enfermedades diarreicas, así como en la búsqueda conjunta de soluciones para los mismos.

III. Estrategias

1. Estrategias generales

Así como se han desarrollado a nivel regional y nacional, los planes de acción a nivel local deberían ser dirigidos principalmente a los niños menores de 5 años, especialmente a aquellos menores

de 2 años. Para alcanzar la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedad diarreica, incluyendo el cólera, se sugiere, a modo de estrategias generales para las actividades de los programas de CED, la promoción de la autosuficiencia:

- 1.1 a nivel familiar y comunitario en el manejo correcto de casos de enfermedad diarreica en niños y del cólera en otros grupos de edad;
- 1.2 en la planificación, organización y realización de actividades de CED dentro del contexto de Atención Primaria de Salud, con la participación de todos los sectores, tanto públicos como privados;
- 1.3 a nivel local, en la producción y la provisión de sales de rehidratación oral (SRO), incluyendo el establecimiento de procedimientos efectivos de control de calidad.

Estas estrategias están basadas en el principio de que puede alcanzarse una significativa disminución en la mortalidad asociada a enfermedad diarreica y en la morbilidad en todos los grupos etarios. Ello sería posible mediante la identificación y el uso apropiado de líquidos y alimentos para tratamiento preventivo de la deshidratación en el hogar, la utilización oportuna y adecuada de las SRO y la alimentación durante la diarrea. Además, se fomentaría la educación de los padres acerca de cuándo buscar ayuda fuera del hogar (1). Parte de esto puede facilitarse cuando no se tenga acceso directo a los hogares, por medio de las llamadas Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROCs).

2. Estrategias específicas

2.1 Manejo efectivo de la diarrea y el cólera

En el hogar y en las UROCs el manejo efectivo de la diarrea comprende lo siguiente:

- Utilización adecuada de la TRO, incluyendo la identificación y el uso apropiado de los líquidos disponibles en el hogar y de las SRO en forma secuencial. El tratamiento debe comenzar con un líquido casero apropiado y, si es necesario, continuar con las SRO;
- Alimentación durante la diarrea, especialmente la lactancia materna;
- Información y conocimiento sobre cuándo y dónde buscar ayuda calificada fuera del hogar (1).

A nivel de los servicios de salud, el manejo efectivo de la diarrea en los niños debe incluir:

- Evaluación precisa del estado de deshidratación y del estado nutricional; sangre en las heces (disentería), diarrea persistente y otros problemas;
- Utilización de la terapia de rehidratación oral (TRO) y uso selectivo de terapia de líquidos endovenosos para casos graves de deshidratación;
- Alimentación durante la diarrea, incluyendo lactancia materna en infantes;
- Uso indicado de antibióticos para casos de disentería y cólera severo;
- Asesoría adecuada y efectiva a los padres y/o encargados de los niños, acerca del uso de abundantes líquidos, alimentación continua y de cuándo buscar ayuda;

- Precaución en cuanto al uso de las denominadas drogas antidiarreicas como difenoxilato, loperamida, estreptomina, neomicina, hidroxiquinoleínas, sulfonamidas no absorbibles, kaolín y pectina, carbón activado y atapulguita, entre otros. Éstas no deben ser empleadas para el tratamiento de la diarrea aguda en niños menores de 5 años;
- Participación del personal de salud y la comunidad en el análisis del problema de las enfermedades diarreicas agudas y sus determinantes.

2.2 *Prevención de la diarrea, incluyendo el cólera*

El tratamiento precoz de la diarrea en el hogar es un elemento crucial en la prevención de la mortalidad por deshidratación. Adicionalmente, la implementación de medidas de prevención efectivas y factibles, debe promoverse enérgicamente para reducir la morbilidad y mortalidad a nivel local. Estas medidas incluyen:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuación de la misma hasta los 2 años de edad;
- Mejoramiento de las prácticas del destete;
- Uso de agua segura;
- Lavado de manos;
- Uso de letrinas;
- Apropiaada disposición de excretas de los niños pequeños;
- Inmunización contra el sarampión.

Además, los esfuerzos preventivos para controlar el cólera y otras enfermedades diarreicas, deberían concentrarse en los municipios de alto riesgo. Las medidas preventivas de intervención deberían ser identificadas e implementadas de acuerdo a los hallazgos de una evaluación rápida de los recursos disponibles y de las prioridades a nivel local.

Los líderes comunitarios, los grupos religiosos, las ONGs y los negocios locales, junto con las instituciones del gobierno, deberían participar activamente en la vigilancia y detección de los problemas en forma temprana así como en la prevención de riesgos. Han de contemplarse además, los procesos educativos, la difusión, la comunicación y la educación en salud dirigidas hacia la población.²

A continuación (cuadro 1), se describen someramente las medidas de prevención que deberían ser impulsadas y apoyadas por el CED a nivel local a modo de *áreas estratégicas*. Estas son:

- a) Lactancia materna;
- b) Saneamiento ambiental;
- c) Vigilancia epidemiológica; e
- d) Inmunización contra el sarampión.

2 Enfoques estratégicos detallados se presentan en el documento **Programa ampliado de control de la enfermedad diarreica: un plan coordinado a mediano plazo para eliminar los brotes de cólera y reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea en las Américas**. CED/OPS/OMS.

Cuadro 1
Actividades por áreas estratégicas y líneas de acción del programa ampliado de CED

Áreas estratégicas	Manejo efectivo de casos	Lactancia materna	Saneamiento ambiental	Vigilancia epidemiológica	Inmunización contra el sarampión
Líneas de acción					
Educación permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a nivel de: <ul style="list-style-type: none"> • el hogar; • la comunidad (UROCs); • servicios de salud y escuelas formadoras de recursos humanos; • expendedores de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a: <ul style="list-style-type: none"> • líderes comunales; • organizaciones de mujeres; • organizaciones de base; • nivel preprofesional y profesional en las áreas de fisiología, clínica, legislación y gerencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a los líderes comunitarios y a grupos de riesgo en: <ul style="list-style-type: none"> • control de calidad del agua; • manejo de residuos sólidos; • eliminación de excretas; • manipulación de alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a personal local y nacional en vigilancia epidemiológica; • promoción de programas de epidemiología de campo. 	<p align="center">APOYO A LA ELIMINACION DEL SARAMPION EN LOS MUNICIPIOS DE ALTO RIESGO</p>
Logística y suministros	<ul style="list-style-type: none"> • SRO; • medicamentos; • materiales educativos; • equipos de laboratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos y de promoción; • apoyo a “hospitales amigos del niño” (BFHI). 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio; • clorinadores; • comparadores de cloro; • letrinas; • material descontaminante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de informática para vigilancia y gerencia. 	
Supervisión, monitoreo y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de las UROCs; • supervisión de manejo de casos en servicios, especialmente en: <ul style="list-style-type: none"> - el uso racional de medicamentos; - uso y acceso de SRO; - comunicación médico-paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo técnico asesor; • CCI de las metas de la Cumbre; • equipo asesor de campo; • programas ya existentes en los países. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de los reservorios y depósitos de agua intra y extradomiciliarios; • mantenimiento de letrinas; • control de vendedores ambulantes (manipuladores de alimentos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores del programa; • monitoreo de los cambios repentinos (brotes); • actualización semanal de los casos de diarrea/cólera. 	

Cuadro 1 (cont.)

Comunicación e información	<ul style="list-style-type: none"> • Producción de materiales audiovisuales • guías para promotores de campo y servicios de salud; • mercadeo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro regional de recursos educativos y bibliográficos; • red de comunicación entre promotores. 	Producción de materiales informativos en relación a: <ul style="list-style-type: none"> • higiene; • calidad de agua; • manejo de excretas y residuos sólidos; • manipulación de alimentos. 	Boletines periódicos de información a diferentes niveles, tales como nacional, regional y local.	
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de SRO; • uso racional de medicamentos; • transferencia de mensajes médico-paciente; • brotes. 	Promoción de la investigación: <ul style="list-style-type: none"> • clínica/servicios de salud; • mujer y trabajo; • conocimientos, actitudes y prácticas; • código de sucedáneos; • legislación. 	Utilización de tecnologías simplificadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación de brotes; • estudios de los agentes etiológicos de la enfermedad diarreica. 	

Fuente: **Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (CED), Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, OPS/OMS, Washington, D.C., 1993.**

Conjuntamente con el manejo efectivo de casos, estas cuatro *áreas estratégicas* se encuentran resumidas en el cuadro 1, distribuidas y cotejadas con las principales *líneas de acción* definidas para el CED.

a) Lactancia materna

Ha sido demostrado ampliamente que la lactancia materna en forma exclusiva hasta la edad de 6 meses, y su continuación como alimentación suplementaria hasta los 2 años de edad, beneficia a los niños. Reduce la incidencia de diarrea, de alergias y otras infecciones, mejorando la condición nutricional y prolongando los intervalos de nacimientos. Entre las intervenciones para la prevención de la diarrea, la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna continúan teniendo especial importancia.

Las actuales recomendaciones incluyen amamantar en forma exclusiva durante los 4 a 6 meses de edad. Después, amamantar parcialmente, como un medio para reducir considerablemente el severo riesgo de muerte causada por diarrea. El problema se presenta con la introducción de alimentos complementarios a la lactancia materna (en general, dentro del período comprendido entre los 4 y los 6 meses de edad).

Es en este período, de 6 meses a 2 años, en el cual la desnutrición se presenta de una manera muy evidente aumentando los casos de diarrea aguda y persistente. Estos se encuentran estrechamente vinculados a las condiciones socio-económicas de la población (5).

Las áreas a las cuales debería darse la mayor atención en lo concerniente al apoyo, protección y promoción de la lactancia materna, serían las de capacitación, formulación de políticas, necesidades de las madres que trabajan, ratificación e implementación del Código Internacional de Sucedáneos, recuperación de los patrones de la alimentación complementaria natural y desarrollo de los sistemas comunitarios de apoyo.

Además, debe reiterarse que el papel de las comisiones multisectoriales, tanto a nivel nacional como local, es el de coordinar actividades de lactancia materna, así como el de informar y educar a la población.³

b) Saneamiento ambiental

Entre las metas impuestas por la Cumbre Mundial de la Infancia, los Gobiernos Miembros se comprometieron a continuar la inversión intensiva de capitales destinados a proveer agua segura y servicios sanitarios al 100% de las viviendas para el año 2000 (4).

La epidemia del cólera ha servido para resaltar la continuidad de los problemas de infraestructura sanitaria en muchos países. Hasta el período 1988 a 1990, un promedio de 80% de las viviendas de la Región tenía acceso a agua potable y el 68% tenía un adecuado sistema de eliminación de excretas (6).

Sin embargo, estos niveles relativamente altos encubren grandes diferencias locales a nivel de país, en relación a la calidad y cantidad de agua potable. En muchos países, las viviendas tienen acceso a agua potable solamente por algunos minutos u horas al día. Esto hace necesario que la gente guarde agua en contenedores tales como baldes de plástico y tanques de almacenamiento, los

3 El documento **Lactancia materna: lineamientos estratégicos para la promoción de acciones básicas en las Américas y el Caribe**, describe como promover, proteger y apoyar la lactancia materna a través del trabajo interagencial.

cuales tienen un alto riesgo de contaminación.

La selección de tecnologías apropiadas para implementar la eliminación de excretas, las fuentes de agua seguras, la protección de alimentos y la promoción del lavado de manos, en por lo menos los municipios de alto riesgo sanitario, podría reducir significativamente la incidencia regional y local del cólera y otras enfermedades diarreicas.

c) Vigilancia epidemiológica

En años recientes, los sistemas activos de vigilancia epidemiológica, han logrado altos niveles de confiabilidad a través de la Región, como beneficio del notable esfuerzo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para erradicar la poliomielitis. Adicionalmente a las enfermedades inmunoprevenibles, los países de la Región están también informando sobre los casos de cólera sistemáticamente.

Esta capacidad de vigilancia intensificada permite a los ministerios de salud, por ejemplo, detectar los brotes de cólera a tiempo. En este caso, para controlar y, eventualmente, erradicar el cólera, se necesita desarrollar un sistema nacional de vigilancia que incluya:

- Actividades coordinadas empezando desde el nivel local en respuesta a los brotes aparecidos;
- Capacidad de laboratorio mejorada, incluyendo desarrollo de protocolos uniformizados para el diagnóstico y la vigilancia de la resistencia antimicrobiana;
- Entrenamiento y apoyo a equipos de investigación rápida de brotes, desarrollo de la capacidad de diagnóstico y seguimiento a casos confirmados, así como promoción del desarrollo de programas de entrenamiento en epidemiología de campo;
- Supervisión ambiental del vibrio cólera y de los niveles de cloración del agua (1).

d) Inmunización contra el sarampión

El sarampión es la mayor causa de muerte entre las seis enfermedades del PAI y su mortalidad se encuentra generalmente asociada a condiciones de pobreza y desnutrición. Se postula que la inmunización contra el sarampión puede incrementar la sobrevivencia infantil, ya que las muertes que se previenen de esta forma, serían reemplazadas por muertes debidas a otras causas, probablemente de menor magnitud.

Debido al riesgo de contraer diversas enfermedades, incluyendo la enfermedad diarreica, y al empeoramiento del estado nutricional del niño después de contraer sarampión, el PAI recomienda que se dé una mayor importancia a la inmunización del niño desnutrido. Incluso, ha contemplado entre sus actuales metas, la erradicación de la enfermedad para el año 2000 (7).

IV. Implementación de las estrategias

1. Etapas para la implementación:

Las mejoras en la atención de los casos de diarrea se logran por lo general en una forma progresiva. El cuadro 2 describe una posible secuencia de las actividades para mejorar el manejo de los

Cuadro 2
Etapas para la implementación de las estrategias del Programa de CED

ETAPA	ENFASIS	ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DIRIGIDAS A:
1	Manejo de casos en establecimientos de salud, públicos y privados	Sustituir el tratamiento inadecuado de la diarrea por el manejo efectivo de los casos, incluyendo la educación sobre la terapia en el hogar, tal como se describe en los Cuadros de Tratamiento de la OPS/OMS (módulo del <i>Manejo del Paciente con Diarrea: Curso sobre Habilidades de Supervisión</i>)
2	Manejo efectivo de casos en todos los establecimientos de salud, públicos y privados	Aumentar el acceso a la atención efectiva de los casos, principalmente a través de la capacitación del personal en más centros, así como aumentar la distribución de las SRO.
3	Promoción del servicio	Promover más el uso de los establecimientos, ofreciendo un manejo efectivo de casos, por ejemplo, promoviendo los servicios existentes.
4	Aumento del acceso	Aumentar el acceso a las SRO añadiendo proveedores nuevos; por ejemplo, trabajadores de salud de la comunidad, farmacéuticos o dependientes de las tiendas.
5	Terapia en el hogar	Fomentar extensamente la terapia en el hogar a través de varios canales, como la comunicación masiva e interpersonal.

Fuente: **Comunicación: una guía para los responsables de los programas nacionales de control de las enfermedades diarreicas.** Programa para el control de las enfermedades diarreicas. OMS, Ginebra, 1987.

casos (8). El énfasis en cada fase o etapa es una ampliación lógica de las fases previas. Para cada etapa, deberían incluirse también componentes de las otras áreas estratégicas descritas (lactancia materna, saneamiento ambiental, vigilancia epidemiológica, inmunización contra el sarampión).

2. Actividades

2.1 Capacitación

El adiestramiento a los trabajadores de salud de todos los niveles de atención en el manejo efectivo de los casos de diarrea y cólera, así como las medidas de prevención, debería continuar exi-

giendo atención prioritaria durante los próximos años. Especialmente en aquellos países en donde no todos los trabajadores de salud han sido capacitados. Por lo tanto, se sugiere que los programas de CED a nivel local, en estrecha coordinación con la OPS y otras agencias, apoyen decididamente los componentes de adiestramiento sobre las enfermedades diarreicas y, a la vez, establezcan unidades de capacitación en establecimientos seleccionados.

A este respecto, se recomienda la capacitación descentralizada usando el curso abreviado de manejo de casos para hospitales pequeños y centros de salud. El manejo actual incluye combinar el CED con el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en donde sea necesario, así como el desarrollo de materiales propios o la adaptación a partir de materiales usados a nivel nacional o regional.

Se recomiendan las siguientes actividades en el área de capacitación:

- a) Desarrollar programas y materiales de capacitación para la comunidad y sus organizaciones;
- b) Colaborar en el adiestramiento del personal del sector privado y público incluyendo instituciones del seguro social, médicos privados, ONGs, farmacéuticos y otros proveedores;
- c) Participar en el adiestramiento del personal docente de las instituciones formadoras de recursos humanos, y contribuir con material de apoyo;
- d) Involucrar al sector no formal en la capacitación, o sea a las personas a quienes los padres o responsables consultan cuando sus niños tienen diarrea. Estos son farmacéuticos, expendedores de medicamentos, parteras tradicionales y curanderos (1).

2.2 Provisión de suministros

Los planes de acción deben apoyar firmemente la autosuficiencia en la producción de SRO en los países donde esto es factible y conveniente en función de los costos. De esta manera, los países que necesiten establecer y/o ampliar las instalaciones de producción local, tanto en el sector público como en el privado, recibirían apoyo y asistencia técnica.

La producción de SRO por parte del sector privado se considera una medida potencial de costo-efectividad. Es una manera de aumentar su disponibilidad y promoción y lograr que sean utilizadas por otras instituciones de salud, por los médicos privados y las ONGs.

Se requiere además utilizar sistemas alternativos para mejorar las redes pública y privada de distribución y venta de SRO. Esto implica distribuir las no sólo a través del sistema de salud, sino también por medio de otros canales locales adecuados, por ejemplo, las UROCs, guarderías y otros establecimientos de atención de niños. También por mercadeo social a través de las farmacias locales, los grupos religiosos, las tiendas, los voluntarios locales de salud y otros sitios de venta al menudeo.

La conformación de UROCs, basadas en promotores voluntarios, ha tenido diferentes grados de avance, sobre todo en donde los servicios de salud han podido brindarles apoyo y seguimiento permanente (Anexo 1).⁴

4 Los lineamientos para la provisión y el control de calidad de las SRO, deberían basarse en el documento de la OMS/UNICEF titulado **Sales de rehidratación oral: planificación, establecimiento y operación de las instalaciones de producción.**

2.3 Supervisión

El monitoreo continuo, la supervisión y la evaluación de las estrategias y actividades, tienen como propósito mejorar la planificación y el manejo del programa de CED en los establecimientos de salud, tanto a nivel local como nacional. A la vez, buscan determinar los progresos en el cumplimiento de las metas y objetivos del Programa por medio de:

- a) Visitas domiciliarias;
- b) Entrevistas individuales realizadas en profundidad con el personal de salud y los líderes de opinión de la comunidad;
- c) Discusiones en grupos focales con los proveedores y los usuarios;
- d) Observaciones directas de las prácticas por una persona ajena a la comunidad (por ejemplo, un supervisor);

Es importante que las actividades de supervisión y monitoreo sean prácticas y que se enfoquen como una ayuda para tomar las decisiones. Toda actividad de supervisión debería ser estimulante para el personal y debería:

- a) Presentárseles como una manera de mejorar el programa y no como un mecanismo para criticar su desempeño;
- b) Producir resultados suscintos, prácticos y adecuados;
- c) Preguntar por qué no están sucediendo ciertas cosas y luego identificar qué hacer para que sucedan;
- d) Hacer participar a los usuarios en la identificación de las soluciones, problemas u obstáculos que se identifiquen durante la supervisión, pues de esta forma, es más factible encontrar soluciones prácticas (8).

El *Curso sobre Habilidades de Supervisión* incluye ejercicios, estudios de caso y una extensa serie de tablas de manejo clínico así como esquemas de tratamiento para casos en particular. Un ejemplo del material disponible en dichos módulos se incluye en el Anexo 2.

2.4 Comunicación, información y educación

Es preciso contar con un componente eficaz y permanente de comunicación y educación para que los programas de CED tengan éxito. Para lograrlo, es necesario preparar y elaborar cuidadosamente estrategias de comunicación e información que incluyan el desarrollo de investigaciones en ciencias sociales; encuestas etnográficas focalizadas; prueba y monitoreo de los materiales de comunicación, tales como impresos, comunicaciones interpersonales y difusión masiva de información al público en general.

Se están fomentando últimamente los medios tradicionales, como el teatro popular y las funciones de títeres. Se recomienda incorporar los componentes y los mensajes de comunicación dentro de otras actividades tales como las de capacitación, en vez de desarrollarlos e implementarlos separadamente. También debe llevarse a cabo el esfuerzo de integrar los mensajes con los de otros programas, como el de IRA y el PAI, entre otros.

Asimismo, los esfuerzos de movilización social deben promover la participación activa de todos los sectores de la sociedad, abarcando a políticos, educadores, líderes religiosos y empresariales, sindicatos, ONGs, empresas publicitarias y a los medios de comunicación.

Como efecto de la epidemia de cólera en la Región, por ejemplo, el componente de comunicación social desempeñó y sigue desempeñando un papel fundamental en el control de esa enfermedad. Las campañas masivas y la capacitación a periodistas y responsables de los medios de comunicación masivos, fueron estrategias utilizadas para difundir el problema y contribuir a su solución.

V. Pasos a seguir para la implementación

En esta sección se encontrarán varios puntos en común con el programa de control de las IRA. De hecho, a nivel de varios de los países de la Región, tanto los consultores como el resto de los trabajadores de salud manejan ya integralmente ambos componentes. Como se menciona en la introducción, existe el compromiso de integrar totalmente las actividades, no solamente entre estos dos componentes sino también en lo concerniente a nutrición, inmunización y malaria, para empezar con los más importantes y prevalentes.

1. Definición del área de aplicación

Para definir las áreas geográficas en donde se aplicaría un programa de CED, es necesario determinar las poblaciones objetivo y los mecanismos de prestación de los servicios que se pretende brindar. Para ello, se debe tomar en cuenta básicamente la situación del área, en función de indicadores que se mencionan en el siguiente punto y se detallan en la parte de monitoreo y evaluación.

La información pertinente a dichos indicadores puede estar disponible tanto a nivel central como a nivel local, siendo implícito que los programas deben tener la capacidad de ejecución a nivel local o sea poseer algún grado de descentralización (1).

2. Descripción de la situación

Los objetivos de los programas de CED deben concentrarse en los municipios de alto riesgo. En colaboración con los programas de vigilancia, agua y saneamiento, nutrición y promoción de la salud, entre otros, los organizadores de los programas de CED a nivel local deberán identificar aquellos municipios y evaluar sus necesidades, principalmente en términos de:

- a) Morbimortalidad por diarrea y cólera entre la población susceptible;
- b) Presencia de servicios de saneamiento básico; y
- c) Anuencia de las poblaciones beneficiarias de las acciones y sus prioridades.

Los objetivos ministeriales (incluyendo re-entrenamiento de trabajadores de salud, rápida evaluación de la situación, materiales y equipos), deberán ser estimados simultáneamente en la pobla-

ción y en la infraestructura de un municipio de alto riesgo. La información deberá ser recopilada y usada para preparar el plan de acción a nivel local (1).

3. Descripción de la estructura de salud disponible

Las estimaciones rápidas dentro de la comunidad pueden también incluir inspecciones de alcantarillados, encuestas a hogares acerca de cuáles de los servicios utilizan y revisiones de datos de la situación actual de los centros de salud y de los hospitales regionales cercanos, entre otros. Esta información podrá apoyar al proceso de planificación local.

Incluidos dentro de esta estructura de salud disponible, se encuentran los recursos humanos, tales como, el personal administrativo y clínico, los trabajadores comunitarios y los promotores voluntarios. Se espera que algún apoyo técnico y ciertos materiales sean aportados por las organizaciones comunitarias de base, empresas locales, medios de información y otras agencias, tanto gubernamentales como no-gubernamentales. Sin embargo, se debe evitar la extrema dependencia de los recursos externos y comenzar cualquier iniciativa con lo que se tiene disponible.

4. Elaboración de un plan operativo

Se debería llegar a un acuerdo de programación conjunta en el cual participen tanto el sector público como el privado. De más está decir que la participación social deberá ser el eje de toda la orientación del trabajo. Esta tendrá que llevar consigo el entendimiento de ir más allá del simple apoyo a actividades específicas y llegar hasta la participación en la programación del trabajo a nivel local, su ejecución y evaluación posterior.

4.1 Metas

Para alcanzar los objetivos planteados se han acordado indicadores claves y metas tanto para 1995 como para el año 2000. Las metas regionales para el año 2000—que podrían ser aplicables a nivel local—incluyen asegurarse de que:

- El 80% de los casos de diarrea reciban suficientes líquidos y alimentación continua;
- El 100% de las madres puedan manejar las tres reglas del manejo de casos de diarrea en el hogar (líquidos, alimentación y búsqueda de asistencia);
- El 100% de la población tenga acceso a un trabajador de salud con una reserva regular de SRO;
- El 90% de casos vistos en los establecimientos de salud y en las UROCs, sean correctamente manejados;

Adicionalmente, la Región persigue garantizar que:

- El 100% de los programas de CED sean revisados para mejorar la competencia técnica y expandir las actividades a fin de abarcar el control del cólera;
- Al menos el 80% de las madres amamanten exclusivamente a sus hijos hasta los 6 meses, y continúen amamantándolos junto con alimentos complementarios hasta los 2 años de edad;

- Al menos el 90% de los niños continúen completando todas sus inmunizaciones antes del año de edad;
- La proporción de viviendas en municipios de alto riesgo con servicios de agua potable y adecuada disposición de excretas se incrementen en al menos el 80% (1).

4.2 Actividades

Al igual que en los pasos para desarrollar y organizar las actividades de control de enfermedades diarreicas a nivel nacional, la elaboración de un plan operativo a nivel local, requiere en general de las siguientes actividades:

- Sostener reuniones preliminares de planificación con las autoridades locales de salud y representantes de otras instancias en la comunidad, además de las agencias financiadoras;
- Preparar una secuencia que incluya políticas derivadas de las ya establecidas a nivel nacional; objetivos y metas; estrategias generales y específicas; actividades; calendarización y presupuesto;
- Incluir visitas de supervisión y evaluaciones periódicas;
- Obtener apoyo por parte de los programas nacionales de CED;
- Informar a los niveles nacionales e internos acerca del progreso de los planes, de los logros y de las limitaciones (1).

5. Monitoreo y seguimiento del plan operativo

Como se mencionó anteriormente, una sostenida acción colectiva requeriría frecuente retroalimentación hacia la comunidad por parte del sector salud. La información que se reciba, aun cuando sea negativa, debe ser precisa.

Por otro lado, en lo que respecta a la labor de los trabajadores de salud, al monitoreo, supervisión y evaluación de las estrategias y actividades, se persiguen básicamente tres propósitos:

- 5.1. Recolectar información para perfeccionar la planificación local y nacional dentro de la programación de las actividades de CED;
- 5.2. Determinar el impacto de las intervenciones del programa, en virtud de los objetivos y las metas establecidos por los programas nacionales de CED;
- 5.3. Detectar oportunamente los problemas en la marcha del programa para poder corregirlos a tiempo.

Para obtener y usar la información, se recomienda:

- a) Utilizar todos los programas locales y nacionales en la información contenida en el Perfil del Programa Nacional IRA/CED desarrollado por la OPS/OMS y el ministerio de salud en cada país; y difundir la información contenida en los perfiles tan extensamente como sea posible;
- b) Obtener información en forma periódica, utilizando, por ejemplo, los indicadores que se presentan en el Anexo 3;

- c) Identificar los estudios realizados en cada país, encuestas, estudios etnográficos y otras investigaciones relacionadas con las enfermedades diarreicas, con el fin de documentar la magnitud del problema de la morbilidad y mortalidad por diarrea y planificar nuevas encuestas y estudios para medir dichos cambios (Anexos 4a y 4b);
- d) Adaptar en todos los programas locales y nacionales de CED los protocolos desarrollados por el Programa IRA/CED de OPS/OMS, para la realización de encuestas sobre la calidad del tratamiento de diarrea en los servicios de salud y en el hogar, así como las encuestas preparadas para determinar la mortalidad y morbilidad por diarrea en niños menores de 5 años;
- e) Asegurarse que en todos los programas locales y nacionales se incluyan preguntas sobre la incidencia y tratamiento de la diarrea en todas las encuestas domiciliarias que se lleven a cabo en el país y en cada comunidad (1).

6. Evaluación de las actividades de control e indicadores

Para evaluar los programas y determinar el impacto de las intervenciones en los programas de CED se recomienda:

- a) Elaborar lineamientos específicos para planificar los programas, evaluar el progreso logrado y determinar el impacto de las actividades del CED utilizando la información disponible en el país;
- b) Establecer mecanismos a intervalos regulares para evaluar eficazmente el progreso logrado por los programas de CED y para mejorar los programas locales y nacionales;
- c) Establecer la supervisión eficaz en el nivel local utilizando las técnicas que se describen en el *Curso sobre Habilidades de Supervisión de CED* de la OPS/OMS, y que el personal responsable de la supervisión reciba adiestramiento y apoyo adecuados (1).

7. Actividades de investigación

Los planes nacionales de acción deberían abarcar el desarrollo de investigaciones operativas sobre CED, así como de áreas estratégicas tales como lactancia materna, saneamiento ambiental y vigilancia epidemiológica. Los beneficios de éstas deberían ser directos e importantes para los programas locales de CED. Se recomienda apoyar investigaciones en las siguientes áreas:

- 7.1 Educación: a) Diseñar, ejecutar y evaluar metodologías educativas para modificar hábitos de comportamiento, con el fin de mejorar el tratamiento de la diarrea en el hogar y reducir su incidencia; y b) Dar prioridad a la elaboración de metodologías educativas para los grupos analfabetas y las poblaciones autóctonas, así como a los estudios etnográficos y las metodologías participativas con grupos y organizaciones comunitarias;
- 7.2 Evaluación: Evaluar la eficacia, la eficiencia y el impacto que los servicios de los sistemas formales y no formales de salud ofrecen a los niños con diarrea, así como la utilización eficaz de la TRO en el hogar;
- 7.3 Solución de problemas: Determinar las causas de los problemas que impiden el avance

de los programas de CED con el fin de proponer las intervenciones necesarias y evaluar su impacto;

- 7.4 Comunicación: Realizar estudios comparativos sobre los sistemas de distribución del sector público y privado en cuanto a la efectividad de los mensajes recibidos (9).

VI. Referencias

1. PAHO/WHO. **Directional Plan for the Control of Diarrheal Diseases in the Region of the Americas.** Interagency Coordinating Committee. Revision, September, 1994.
2. OPS/OMS. **Cholera Situation in the Americas.** Update N° 13. CED Program, Division of Disease Prevention and Control, July 15, 1995.
3. PAHO/WHO. **Health Conditions in the Americas.** Volume I, pp 251-255. Washington, D.C., 1990.
4. CCI. **La salud maternoinfantil.** Metas para 1995 e indicadores para el seguimiento. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Comité Coordinador Interagencial para las Américas. Washington, D.C., 1994.
5. Trussell, J. et al. **Trends and differentials in breastfeeding behavior: Evidence from the WFS and DHS.** Working Paper N° 1, Office of Population Research, U.S. Census Bureau, 1991.
6. UNICEF: **State of the World's Children.** United Nations Children's Fund, 1992.
7. World Health Organization. **Mortality For Measles: Measuring the Impact.** Geneva, 1991.
8. Organización Mundial de la Salud. **Comunicación: una guía para los responsables de los programas nacionales de control de las enfermedades diarreicas.** Programa para el control de las enfermedades diarreicas. Ginebra, 1987.
9. Comité Coordinador Interagencial para el Control de las Enfermedades Diarreicas. (CCI/CED). **Plan de acción para el control de las enfermedades diarreicas en la Región de las Américas, 1993.**

VII. Anexos

Anexo 1 Como establecer un área de TRO en un establecimiento de salud
<p>Debería existir un área especial en cada centro o puesto de salud para establecer la terapia de rehidratación oral (TRO). Este espacio se hace necesario porque los pacientes y sus familiares podrían tener que quedarse en el centro de salud durante varias horas. Un “área de TRO” o “URO” (Unidad de Rehidratación Oral) establecida convenientemente y equipada adecuadamente, puede ayudar al personal a manejar más fácilmente los casos de diarrea con deshidratación.</p>
<p>1. Elija la localización del área de TRO contando con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que el personal pase frecuentemente por el área para que puedan observar el tratamiento, el progreso del paciente y estimular a la madre; podría instalarse cerca del área de recepción o del cuarto en donde se examina a los pacientes pero no en un corredor; • que esté cerca de una instalación de agua; • que tenga cerca un servicio sanitario y un lavamanos; • que esté bien ventilada y sea lo más agradable posible.
<p>2. Consiga los muebles siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mesa para preparar el suero oral y colocar los recipientes con la solución; • estantes suficientes para colocar los suministros; • una banca con respaldo para que la madre pueda sentarse cómodamente mientras carga al paciente; • una mesa pequeña en donde la madre pueda mantener a mano la tasa y la cucharita con la solución; • una par de cunas para que las madres descansen en caso de que el paciente se duerma.
<p>3. Organice los suministros en el área de la TRO. Se especifica a continuación una lista mínima de suministros, adecuada en cantidades para un centro de salud que reciba entre 25 y 30 casos de diarrea en una semana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • por lo menos 200 sobres de sales de rehidratación oral (SRO) al mes; • botellas que contengan la cantidad correcta de agua para mezclar los sobres de SRO; • 6 tazas; • 6 cucharas; • 2 goteros (pueden ser más útiles que las cucharas para algunos pacientes, sobre todo para niños pequeños o con vómitos persistentes); • 3 sondas nasogástricas para niños; • tarjetas de instrucciones u otro tipo de material educativo que dé pautas a las madres para el cuidado de los niños con diarrea una vez que los llevan a casa; • jabón para lavarse las manos; • bote de basura; • hojas de registro para llevar el control de la información de los pacientes con diarrea atendidos en la unidad.
<p>4. Coloque en las paredes de la unidad carteles con información sobre diarrea y cólera + otros mensajes de salud, tales como infecciones respiratorias agudas, inmunización y lactancia materna, entre otros.</p> <p>Mientras las madres permanezcan en el área de TRO con los pacientes, aproveche para enseñarles sobre la TRO y otras intervenciones importantes como la lactancia materna, los alimentos del destete, el uso de agua limpia, el lavado de las manos y el uso de letrinas.</p>

FUENTE: Manejo del paciente con diarrea. Curso sobre Habilidades de Supervisión. CED/OPS/OMS. 3ra. Edición. Diciembre de 1991.

Anexo 2
Cómo evaluar el estado de hidratación de los pacientes

PRIMERO: EVALÚE EL ESTADO DE HIDRATACIÓN DE SU PACIENTE

		A	B	C
1. OBSERVE:	CONDICIÓN OJOS LÁGRIMAS BOCA/LENGUA SED	Bien alerta Normal Presentes Húmedas Toma normal, sin sed	*Intranquilo, irritable* Hundidos Ausentes Secas *Sediento, toma ávidamente*	*Letárgico o inconsciente; flácido* Muy hundidos y secos Ausentes Muy secas *Toma mal o no es capaz de tomar*
2. EXPLORE:	SIGNO DEL PLIEGUE	Desaparece rápidamente	*Desaparece lentamente*	*Desaparece muy lentamente*
3. DECIDA:		El paciente NO TIENE SIGNOS DE DESHIDRATACION	Si el paciente presenta dos o más de estos signos, incluyendo por lo menos un *signo* , TIENE DESHIDRATACION	Si el paciente presenta dos o más de estos signos, incluyendo por lo menos un *signo* , TIENE DESHIDRATACION SEVERA
4. TRATE:		Use Plan A	Pese al paciente, si es posible, y use el Plan B	Pese al paciente y use el Plan C urgentemente

FUENTE PARA CONSULTAR SOBRE EL RESTO DE ESTA GUIA: **Manejo del paciente con diarrea. Curso sobre Habilidades de Supervisión.** CED/OPS/OMS. Tercera Edición. Diciembre de 1991.

Anexo 3		
Indicadores de CED: Definiciones y fuentes de información		
INDICADOR	DEFINICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Tasa de cobertura de capacitación	a) Personal de los establecimientos de salud capacitado en el manejo efectivo de los casos de diarrea b) Personal de supervisión capacitado en habilidades de supervisión c) Otros trabajadores de salud capacitados (a ser definidos en cada país o localidad)	a) Encuestas en los establecimientos de salud; revisión de registros b) Encuestas en los establecimientos de salud; revisión de registros c) Revisión de registros (proporcionados por asociaciones profesionales)
Establecimientos de salud con personal capacitado	Proporción de establecimientos de salud con al menos dos trabajadores capacitados en el manejo de casos (el establecimiento con un solo miembro del personal, calificará si éste se encuentra capacitado)	Encuestas en los establecimientos de salud; revisión de registros
Tasa de acceso a las Sales de Rehidratación Oral (SRO)	Proporción de la población menor de 5 años con un suministro regular de SRO disponible en su comunidad	Investigación en la comunidad en conjunción con encuestas en los hogares (revisión de registros, informes de rutina, visitas de supervisión)
Tasa de uso de las SRO	Porcentaje de casos de diarrea en niños menores de 5 años tratados con SRO (aumento de líquidos)	Encuestas en los hogares
Tasa de mantenimiento de la alimentación	Porcentaje de casos de diarrea en niños menores de 5 años a quienes se administra una cantidad normal o mayor de alimentos durante la diarrea	Encuestas en los hogares
Tasa de incremento en la ingesta de líquidos + mantenimiento de la alimentación	Porcentaje de casos de diarrea en niños menores de 5 años a quienes se administra una cantidad mayor de líquidos + una cantidad normal o mayor de alimentos	Encuestas en los hogares
Conocimiento materno	Proporción de madres (o responsables) que saben las tres reglas del manejo de casos (incremento de líquidos, mantenimiento de la alimentación y búsqueda de ayuda)	Encuestas en los hogares

Anexo 3 (cont.)		
INDICADOR	DEFINICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Casos evaluados correctamente	Porcentaje de casos de diarrea en niños menores de 5 años tratados en establecimientos de salud que fueron evaluados correctamente	Encuesta en los establecimientos de salud
Casos rehidratados correctamente	Porcentaje de casos de diarrea en niños menores de 5 años tratados en establecimientos de salud que fueron hidratados correctamente (oral ó i.v.)	Encuesta en los establecimientos de salud
Casos cuyas madres fueron correctamente aconsejadas sobre el tratamiento en el hogar	Porcentaje de casos de diarrea en niños menores de 5 años tratados en establecimientos de salud, cuyas madres recibieron instrucciones apropiadas sobre el tratamiento en el hogar, incluyendo las tres reglas del manejo de casos	Encuesta en los establecimientos de salud
Casos de disentería que recibieron los antibióticos apropiados	Porcentaje de casos de disentería en niños menores de 5 años tratados en establecimientos de salud que recibieron los antibióticos apropiados	Encuesta en los establecimientos de salud
Casos manejados correctamente en establecimientos de salud	Porcentaje de todos los casos de diarrea en niños menores de 5 años, tratados en establecimientos de salud que se evaluaron correctamente y recibieron tratamiento adecuado (oral e i.v.)	Encuesta en los establecimientos de salud
Niños menores de 6 meses que son exclusivamente alimentados con lactancia materna	Proporción de niños menores de 6 meses que son exclusivamente amamantados	Encuesta en los hogares

FUENTE: PAHO/WHO. **Directional Plan for the Control of Diarrheal Diseases in the Region of the Americas.** Interagency Coordinating Committee (ICC). Revision, September, 1994.

Anexo 4a Instrumentos para investigaciones relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas
DIARREA Y TRO Conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios
Conocimientos: <ol style="list-style-type: none">1. ¿Sabén las madres dónde obtener el tratamiento para la diarrea?2. ¿Tienen alguna palabra o expresión para describir la deshidratación?3. ¿Reconocen las madres que la diarrea o la deshidratación es un problema? Por ejemplo: ¿saben las madres que la diarrea puede matar a sus hijos a causa de la deshidratación?4. ¿Cuáles son las creencias comunes sobre la diarrea?5. ¿Cuáles son las percepciones y nombres que se dan a los diferentes tipos de diarrea?6. ¿Conocen las madres cuáles son los signos que indican que su hijo necesita ayuda de un profesional en salud?7. ¿Conocen las madres cuáles son los líquidos caseros y cómo prepararlos y usarlos?
Actitudes: <ol style="list-style-type: none">8. ¿Qué les gusta a los usuarios sobre el producto que están usando ahora? ¿Qué es lo que esperan de un tratamiento para la diarrea?9. ¿Cuál es la actitud con respecto al uso de los líquidos para la atención de casos de diarrea incluyendo las soluciones preparadas con sal y azúcar?10. ¿Cuánto esperan los usuarios pagar por un remedio efectivo para curar la diarrea? ¿Qué actitud mantienen con respecto a los medicamentos gratis y los centros de salud públicos?11. Específicamente ¿cuál cree la audiencia que es el beneficio de la TRO y las SRO? ¿Qué beneficios le atribuyen a otras prácticas de tratamiento y remedios para la diarrea? Según ellos ¿cuáles son las desventajas de las SRO, de otros remedios y de otras prácticas de tratamiento?
Prácticas: <ol style="list-style-type: none">12. ¿Quiénes son los proveedores usuales del tratamiento para la diarrea?13. ¿Cuáles son los remedios populares más comunes para la diarrea?14. ¿Cómo se alimenta a los niños (incluyendo la leche materna) durante los episodios de diarrea? ¿qué niños no se están alimentando y por qué? ¿cómo cambian las prácticas alimentarias de acuerdo a la opinión de la madre sobre el tipo de diarrea?15. ¿Quién toma las decisiones en el hogar sobre el tratamiento médico y el tratamiento de la diarrea? (solicitar ayuda, comprar medicamentos)

FUENTE: **Comunicación: una guía para los responsables de los programas nacionales de control de las enfermedades diarreicas.** Programa para el control de las enfermedades diarreicas. OMS, Ginebra. 1987.

Anexo 4b
Instrumentos para investigaciones relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas
DIARREA Y TRO
Conocimientos, actitudes y prácticas del proveedor
<p>Conocimientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Conocen los proveedores: <ul style="list-style-type: none"> • los signos de deshidratación? • los grados de deshidratación? • el tratamiento adecuado para la deshidratación? • qué aconsejar a las madres sobre el cuidado del niño en el hogar? • el uso adecuado de los antibióticos para la diarrea?
<p>Actitudes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Según la opinión de los médicos. ¿qué prioridad se asigna a la diarrea como problema de salud? 3. ¿Cuál es la percepción de los trabajadores de salud con respecto al problema principal de salud en su país? 4. ¿Cuál es la actitud dominante de la comunidad médica (pediatras, médicos generales, enfermeras, trabajadores de salud de la comunidad) con respecto al tratamiento de la diarrea? 5. ¿Qué actitud específica mantiene el personal de salud respecto a la TRO? ¿respecto a la terapia en el hogar? 6. ¿Cuál es la actitud del personal de salud en relación al papel de las madres en el tratamiento de la diarrea (tanto en los hospitales como en el hogar)?
<p>Prácticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. ¿Cómo tratan actualmente los proveedores de salud la diarrea? 8. ¿Cuál es su experiencia con el programa de CED? (guías clínicas usadas, manuales, entre otros) 9. ¿Cómo están instruyendo los proveedores a las madres sobre el tratamiento de la diarrea? 10. ¿Recetan los proveedores con frecuencia medicamentos antidiarreicos y antibióticos?

FUENTE: **Comunicación: una guía para los responsables de los programas nacionales de control de las enfermedades diarreicas.** Programa para el control de las enfermedades diarreicas. OMS, Ginebra. 1987.

Anexo 5 Documentos actualizados de referencia

A continuación, se provee una lista de los últimos documentos e investigaciones resultantes del trabajo en 1994 de la División IRA/CED de la OMS en Ginebra, Suiza:⁵

MANUALES Y NORMAS:

1. **Manual para instructores de enfermería y otros trabajadores de salud.** CDD/94.2.
2. **Manual para encuestas en los establecimientos de salud: manejo de los casos de diarrea.** CDD/SER/90.1 (Rev. 1, 1994).
3. **Manual para encuestas a los hogares: diarrea e infecciones respiratorias agudas.** WHO/CDR/94.8.
4. **Guía de radio: una guía para anuncios en la radio de los programas nacionales de CED.** WHO/CDD/94.48.
5. **El manejo de la diarrea sanguinolenta en niños pequeños.** WHO/CDD/94.49.

ARTÍCULOS:

6. Barreto, M.L., Santos, L.M.P., Assis, A.M.O., Araújo, M.N.P., Farenzena, G.G., Santos, P.A.B., Fiaccone, R.L. **Effect of vitamin A supplementation on diarrhoea and acute lower respiratory tract infections in young children in Brazil** (Efecto de la suplementación con vitamina A para diarrea e infecciones respiratorias agudas bajas en niños pequeños en Brasil). *Lancet*, 1994, 344:228-231.
7. Bhan, M.K., Mahalanabis, D., Fontaine, O., Pierce, N.F. **A review of clinical trials to develop an "improved" formulation of oral rehydration salts** (Revisión de ensayos clínicos para desarrollar una fórmula "mejorada" de sales de rehidratación oral). *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72(6):945-955.
8. Bhandari, N, Bhan, M.K., Sazawal, S. **Impact of massive dose of vitamin A given to pre-school children with acute diarrhoea on subsequent respiratory and diarrhoeal morbidity** (Impacto de la administración de dosis masivas de vitamina A sobre la morbilidad respiratoria y diarreica subsecuentes en niños preescolares con diarrea aguda). *British Medical Journal*, 1994, 309:1404-1407.
9. Brown, K.H., Peerson, J.M., Fontaine, O. **Use of non-human milks in the dietary management of young children with acute diarrhoea: a meta-analysis of clinical trials** (El uso de las leches no humanas en el manejo dietético de niños pequeños con diarrea aguda: un meta-análisis de ensayos clínicos). *Pediatrics*, 1994, 93(1):17-27.

5 La mayoría de estos documentos se encuentran originalmente en inglés. Los interesados en obtener los originales o las traducciones de los que se encuentren disponibles en español, pueden dirigirse directamente a la OPS, Programa IRA/CED, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades: Pan American Health Organization, 525 Twenty-third Street N.W., 4th floor, Washington, D.C. 20037, U.S.A.

10. Cohen, R.J., Brown, K.H., Canahuati, J., Rivera, Landa L., Dewey, K.G. **Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras** (Efectos de la edad de introducción de alimentos complementarios sobre la ingesta de leche materna en infantes, la ingesta calórica y el crecimiento: estudio aleatorio de intervención en Honduras). *Lancet*, 1994, 344:288-293.
11. Cohen, R.J., Brown, K.H., Canahuati, J., Rivera, Landa L., Dewey, K.G. **Determinants of growth from birth to 12 months among breast-fed Honduran infants in relation to age of introduction of complementary foods** (Determinantes del crecimiento del nacimiento hasta los 12 meses de edad entre infantes hondureños alimentados al pecho en relación con la introducción de alimentos complementarios). En prensa.
12. Faruque, A.S.G., Mahalanabis, D., Islam, A., and Hoque, S.S. **Severity of cholera during concurrent infections with other enteric pathogens** (Severidad del cólera durante las infecciones concomitantes producidas por otros patógenos entéricos). *Diarrhoeal diseases research*, 1994, 12(3):214-218.
13. Huttly, S.R.A., Lanata, C., Gonzales, H., Aguilar, I., Fukumoto, M., Verastegui, H., Black, R.E. **Observations on handwashing and defecation practices in a shantytown in Lima, Perú** (Observaciones sobre el lavado de manos y las prácticas de defecación en un asentamiento de Lima, Perú). *Journal of Diarrhoeal Disease Research*, 1994, 12(1):14-18.
14. Martines, J.C., Habicht, J.P., Ashworth, A., Kirkwood, B.R. **Weaning in Southern Brazil: Is there a “weaning’s dilemma”?** (La ablactación en el sur de Brasil: ¿existe un “dilema sobre la ablactación”?). *Journal of Nutrition*, 1994, 124(8):1189-1198.
15. Maulen-Radovan, I., Fernández-Varela, H., Acosta-Bastidas, M., Frenck, S. **Safety and efficacy of a rice-based oral rehydration solution in the treatment of diarrhoea in infants less than 6 months of age** (Seguridad y eficacia de una solución de rehidratación oral a base de arroz para el tratamiento de la diarrea en infantes menores de 6 meses de edad). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 1994, 19:78-82.
16. Pérez-Escamilla, R., Cohen, R.J., Brown, K.H., Rivera, Landa L., Canahuati, J., Dewey, K.G. **Maternal anthropometric status and lactation performance in a low-income Honduran population: evidence for the role of infants** (Situación antropométrica materna y comportamiento de la lactancia en una población hondureña de bajos ingresos: evidencia del papel de los infantes). *American Journal of Clinical Nutrition*, 1995, 61:528-534.
17. Pierce, N.T., Fontaine, O. **Does Smectite have antidiarrhoeal activity?** (¿Tiene la Esmectita actividad antidiarreica?). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 1994, 18:505-506.
18. Piwoz, E.G., de Creed, Kanashiro H., de López, Romana, G., Black, R.E., Brown, K.H. **Within—and between—individual variation in energy intakes by low-income Peruvian infants** (Intra e inter-variaciones individuales en la ingesta calórica de niños peruanos de bajos ingresos). *European Journal of Clinical Nutrition* 1994, 48:333-340.
19. Ribeiro, H. Jr., Ribeiro, T., Mattos, A., Palmeira, C., Fernández, D., Sant’Ana, I., Rodrigues, J., Bendicho, T., Fontaine, O. **Treatment of acute diarrhoea with oral rehydration**

- solutions containing glutamine** (Tratamiento de la diarrea aguda con soluciones de rehidratación oral que contienen glutamina). *Journal of the American College of Nutrition*, 1994, 13:251-255.
20. Stephenson, D.M., Gardner, J.M., Walker, S.P., Ashworth, A. **Weaning food viscosity and energy density: their effects on ad libitum consumption and energy intakes in Jamaican children** (La viscosidad de la comida en la ablactación: su efecto en el consumo a discreción y la ingesta calórica de niños en Jamaica). *American Journal of Clinical Nutrition*, 1994, 60(4):465-469.
21. El-Mougi, M. et al. **Is a low-osmolarity ORS solution more efficacious than standard WHO ORS solution?** (¿Es la solución hipo-osmolar de las sales de rehidratación oral -SRO- más eficaz que las soluciones de SRO de la OMS?). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 1994, 83-86.