

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”**

PRESENTADO POR:

Bach. JIM HELTON PENADILLO LUYO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2013

DEDICATORIA

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre, Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi hermana, Por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles

A mis maestros, Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis.

AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios por estar siempre conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis maestros, quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente.

Un agradecimiento especial a mi Jurado y a mi asesor el Dr. Bartolomé Iglesias Salazar por hacer posible esta tesis.

ÍNDICE

	PAG
ÍNDICE	04
RESUMEN	06
ABSTRAC	07
INTRODUCCION	08
CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del Problema	10
1.2 Formulación del Problema	12
1.3 Objetivos de la Investigación	12
1.4 Justificación	13
1.5 Definición de términos básicos	14
CAPÍTULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.	
2.1 Antecedentes de la investigación	15
2.2 Marco teórico	22
2.2.1 Conocimientos	22
2.2.2 Prácticas	22
2.2.3 Enfermedad diarreica aguda	24
2.2.4 Deshidratación	35
2.2.5 Tratamiento	37
2.2.6 Prevención	44
CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Hipótesis	48
3.2 Operacionalización de las variables	48

CAPÍTULO 4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1	Diseño	52
4.2	Población y muestra.	52
4.2.1	Criterios de Inclusión	53
4.2.2	Criterios de Exclusión	53
4.3	Instrumentos de Recolección de datos	53
CAPÍTULO 5.-	PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.	54
CAPÍTULO 6.-	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
	RESULTADOS	57
	DISCUSIÓN	77
	CONCLUSIONES	81
	RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFÍA		83
ANEXO		84

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Diarreica Aguda es causa principal de enfermedad en niños en países en vía de desarrollo. Continúa siendo un problema de salud pública en éstos países, en donde constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad infantil. **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento y prácticas de prevención sobre Enfermedad Diarreica Aguda en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Alto Tacna 2013. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio Descriptivo de Corte Transversal. Se utilizó como técnicas la entrevista, encuesta y observación; y como instrumento el cuestionario y la lista de verificación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el procedimiento de la escala de Estaninos para la medición de las prácticas de las medidas de prevención y control de la diarrea; y la prueba de Chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05. **Resultados:** el 42% de las madres de niños menores de 5 años corresponden al grupo etáreo de 30 – 39 años, seguido del 39.1% entre los 20 – 29 años. En cuanto al grado de instrucción: el 40.2% tienen primaria y un 9.8% son analfabetas. El 52.3% proceden de la ciudad de Puno, seguido del 16.7% que provienen de Tarata. En cuanto a nivel de conocimiento de enfermedad diarreica, el 99.3% tienen un nivel bajo y 0.7% un nivel medio. En cuanto al nivel de prácticas preventivas, el 95.4% de las madres tienen un nivel medio y solo el 4.6% presenta un nivel alto de prácticas preventivas. **Conclusiones:** De la población en estudio, se encontró que sí existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención de las EDAs que tienen las madres de niños menores de 5 años encontrándose que el 98.3% de madres tienen un nivel de conocimiento es bajo; y que el nivel de prácticas halladas acerca de las medidas preventivas de las EDAs fue baja o inadecuada (95.4%).

ABSTRAC

Introduction: Acute diarrheal disease is a leading cause of illness among children in developing countries. It remains a public health problem in these countries, where it is a major cause of morbidity and mortality.

Objectives: To determine the level of knowledge and prevention practices on acute diarrheal disease in mothers of children under 5 years of Community Alto Tacna 2013. **Material and Methods:** We performed a cross-sectional descriptive study. Was used as interview techniques, survey and observation, and as instrument questionnaire and checklist, taking into account the inclusion and exclusion criteria. Procedure was used scale for measuring Estaninos practices of prevention and control of diarrhea, and the chi-cuadrado test for qualitative variables contrast with a significant p value less than 0.05. **Results:** 42% of mothers of children under 5 years are the age group 30-39 years, followed by 39.1% between 20-29 years. Regarding the level of education: 40.2% had primary and 9.8% are illiterate. The 52.3% come from the city of Puno, followed by 16.7% coming from Tarata. Regarding knowledge level of diarrheal disease, the 998.3% have a low level and an average 1.7%. Regarding the level of preventive practices, 95.4% of mothers have an average level and only 1.1% have a high level of preventive practices. **Conclusions:** In the study population, we found that the correlation between the level of knowledge and prevention practices of EDAs with mothers of children under five years found that 98.3% of mothers have a level of knowledge is low, and that the level of practices found about preventive measures of EDAs was low or inadequate (95.4%).

INTRODUCCIÓN

Aunque la mortalidad por enfermedad diarreica ha disminuido significativamente en las últimas décadas, la diarrea sigue siendo un problema global de salud pública con un mayor impacto en países en vías de desarrollo en donde esta enfermedad constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad infantil. La OMS estima que en el mundo ocurren aproximadamente 100 millones de episodios diarreicos al año y cinco millones aproximadamente de fallecimientos infantiles por esta causa.

Las enfermedades diarreicas por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, alrededor de mil millones de personas carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2500 millones no tienen acceso a instalaciones básicas de saneamiento. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.

En 2004, las enfermedades diarreicas fueron la tercera mayor causa de muerte en países de ingresos bajos, donde ocasionaron el 6,9% de los fallecimientos. Son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, tras la neumonía. De los 1,5 millones de niños que fallecieron por enfermedades diarreicas en 2004, el 80% tenían menos de dos años.

En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, en promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

Sin embargo, la mortalidad por diarrea a disminuido sustancialmente durante las últimas dos décadas, debido al uso generalizado de la terapia de rehidratación oral. A jugado un papel importante la mayor capacidad de los padres y cuidadores para identificar los signos de alerta y obtener ayuda rápida en caso de enfermedad.

Es propósito del presente estudio proporcionar información válida y confiable acerca del nivel de conocimiento y participación de la madre en el cuidado del niño en una zona en la cual, la accesibilidad a servicios de salud y medidas preventivas es escaza, siendo considerada zona de riesgo habitacional dada ya las condiciones sanitarias desarrolladas en la ciudad de Tacna. El objetivo del presente trabajo es determinar el nivel de conocimientos, actitud sanitaria de autocuidado y las prácticas que tienen las madres de niños menores de 5 años acerca de la prevención de enfermedades diarreicas agudas y poder conseguir información que permita iniciar estrategias sanitarias mediante un abordaje dirigido basado en evidencia y así mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente y familia, en el área preventivo promocional. Así mismo, promover pautas educativas a desarrollar en las instituciones responsables del cuidado de la salud pública de la jurisdicción, a fin de contribuir a mejorar la situación observada.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 1,5 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas, en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.¹

El Banco Mundial en el Perú, a través de un informe señala diversas cifras que son las consecuencias de la diarrea infantil en nuestro país.

- Ocurren de cinco a diez episodios anuales por niño.
- Cada episodio de diarrea dura entre 3 y 4 días.
- La tasa de desnutrición infantil es de 25%.
- El costo de atención es de 12.03 dólares.
- Costo por día de hospitalización 53.51 dólares.²

Según la Dirección de Epidemiología del Perú en el 2012 reporto lo siguiente:³

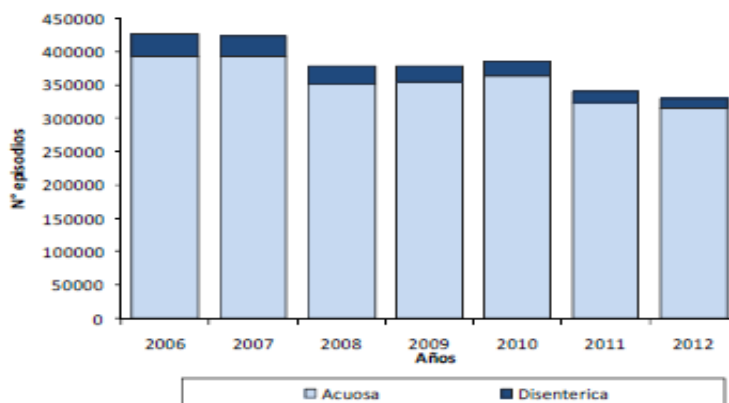
¹ OMS. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N°330. Agosto de 2009

² Banco Mundial. Informe Perú. 2011.

³ Dirección General de Epidemiología. Perú. Reporte 2012.
<http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/15.pdf>.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”

En la Semana epidemiológica (SE) 15 DEL 2012, se reportaron 21 360 episodios de EDA, el 96 de éstos correspondieron a EDA acuosa, y el 4 % a disentérica.



Episodios de EDA, según tipo de EDA, Perú 2006- 2012 (acumulado hasta la SE 15)

La tasa acumulada hasta la SE 15 fue de 109 episodios por cada 10 mil habitantes, la tasa en menores de 5 años fue de 546 episodios por cada 10 mil menores de 5 años.

Once departamentos reportaron tasas de EDA (episodios por cada 10 mil menores de 5 años) por encima del nivel nacional. Todos los departamentos reportaron tasas por debajo de su promedio de los últimos 6. Desde el 2009, según los casos notificados, se observa una disminución en la tasa de EDA en todos los grupos de edad. La letalidad en casos graves de EDA desde el 2007 hasta el 2011 varió entre 1.1 y 1.7 %.

La tarea es detectar las poblaciones vulnerables que son las que aportan en la sostenibilidad de indicadores negativos.

En Tacna, a pesar que oferta una cartera de establecimientos adecuadas para la región, aun figuramos con tasas de diarrea que necesitan nuestra atención (ver anexos)

El presente trabajo tuvo como objetivo estudiar los niveles de prevención y principales prácticas en una población donde aún nuestro sistema sanitario no ha intervenido adecuadamente.

1.2 **Formulación del Problema**

- a. ¿Cuál es el nivel de nivel de conocimiento y las prácticas de prevención sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años de la comunidad Alto Tacna 2013?.

1.3 **Objetivos de la Investigación**

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento y prácticas de prevención sobre Enfermedad Diarreica Aguda en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Alto Tacna. 2013

Objetivos específicos

- a. Identificar el nivel de conocimiento de las medidas de prevención de las E.D.A. en las madres de niños menores de 5 años.
- b. Identificar las prácticas acerca de las medidas de prevención de las E.D.A. en las madres de niños menores de 5 años.
- c. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas acerca de las E.D.A.

1.4 **Justificación**

La enfermedad diarreica aguda (EDA) continúa siendo un problema importante de salud pública, por ser una de las principales causas de muerte en menores de 5 años y por el elevado número de casos que se presentan anualmente.

La comunidad Alto Tacna consta aproximadamente con mas de 40 asociaciones. Actualmente se asienta en un lugar que no fue planificado para el desarrollo urbano y donde por adjudicación directa o invasiones un número no muy bien determinado de familias habitan el lugar. Los servicios sanitarios son los más escasos y el acceso a atención de salud es la más dificultosa de la región. No existe un trabajo de base en dichas familias siendo la presente iniciativa una de las primeras que ofertarían un acercamiento respecto al problema identificado.

Los resultados del presente trabajo proporcionarán información válida y confiable acerca del nivel de conocimiento y participación de las madres en la prevención de las E. D. A. la cual constituirá un marco de referencia que le permitirá al personal médico delinear estrategias tendientes a perfeccionar el conocimiento y práctica sobre medidas de prevención de las enfermedades diarreicas agudas.

1.5 Definición de términos básicos.

- **CONOCIMIENTO.-** Es el conjunto de información que refiere tener la madre de niños menores de 5 años.
- **PRÁCTICAS.-** Es todo aquello que realiza la madre en el hogar para prevenir y controlar las E.D.A. de sus hijos menores de 5 años.
- **MADRES.-** Son las personas responsables del niño que tiene lazos consanguíneos en línea directa, ó en su defecto, el apoderado con quien vive el niño se hacen cargo de su tratamiento aun en el hogar.
- **ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.-** Son aquellas enfermedades que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de 3 veces.
- **PREVENCIÓN.-** Acciones encaminadas a evitar o prevenir la aparición de la Enfermedad Diarreica Aguda en el niño menor de 5 años.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

Miranda, en su trabajo pronosticó a nivel nacional y regional la tendencia de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en menores de cinco años de edad para el año 2010 mediante un modelo ARIMA con el enfoque Box-Jenkins. Material y métodos: Estudio ecológico de series de tiempo. La unidad geográfica de análisis estuvo constituida por cada una de las 25 regiones del Perú. Se obtuvo información del número de casos reportados semanalmente de EDA para el grupo de 0 a cuatro años de edad en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales para cada una de las regiones durante el período 2000-2009, calculándose tasas ajustadas a nivel nacional y por regiones. Para el análisis de series, se utilizó un modelo ARIMA con el enfoque Box-Jenkins, una vez identificado el modelo de series temporales, se estimó sus parámetros. Resultados: La tendencia de las EDAs en población menor de cinco años para el año 2010, será ascendente en relación a los años 2008 y 2009. Se estima para los meses de enero y febrero del 2010 un incremento de tres episodios por cada mil menores de 5 años respecto al año 2009; se espera para los meses de Febrero y Julio del 2010 una tasa máxima de 24 episodios por cada mil menores de cinco años. Las regiones con tendencia al incremento de episodios serían principalmente Ucayali, Moquegua y Arequipa seguidos por Loreto, La Libertad y Lambayeque que presentarán una tasa superior al promedio

nacional estimado para ese año; mientras que, Madre de Dios, Apurímac y Cusco presentarán una tendencia al decremento. Conclusión: El modelo ARIMA con el enfoque Box-Jenkins muestra para el año 2010 una tendencia ascendente de las EDAs en relación a los años 2008 y 2009, determinándose seis regiones con tendencia al incremento en las que debería priorizarse las intervenciones en salud.⁴

Cabel, en Lima, el año 2003, realizó un estudio de investigación titulado “Conocimiento de las madres de familias sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años en el asentamiento Humano la Huaca -7, Santiago De Surco” con el objetivo de describir los conocimientos que tienen las madres sobre las medidas preventivas de la E.D.A. Determinar la relación que existe entre los conocimientos que tienen las madres de familia que habitan en el AAHH objeto de estudio y la presentación de la E.D.A. La población estuvo conformada por 70 madres. Llegando a la siguiente conclusión. “Solo el 45.2% (20) de las madres de familia encuestadas refieren conocer la Lactancia Materna como medida preventiva de E D A , el 31.1% (14) de las madres encuestadas conocen y por ende ponen en práctica, las prácticas del destete adecuado con medidas preventivas de las E.D.A. Podemos concluir así mismo, en que gran porcentaje de las madres encuestadas desconocen cuales son las medidas preventivas de las E.D.A. a los niños menores de 5 años requiriendo con urgencia de una educación sobre estos aspectos”.⁵

⁴ Miranda, Jorge; Ramos, Willy. Pronóstico de la tendencia nacional y regional de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años de edad en el Perú mediante un modelo ARIMA con el enfoque Box-Jenkins. Rev. peru. **epidemiol.** (Online).

⁵ Julissa Diana Cabel Velásquez “conocimiento de las madres de familia sobre la prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años en el Asentamiento Humano la Huaca - Santiago de Surco “Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. Lima: 2002 I.E.S.N.

Ramos, determinó la influencia del acceso a servicios de agua y desagüe sobre las atenciones por Enfermedad diarreica aguda (EDA) en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) durante el año 2007. Material y métodos: Estudio ecológico. La unidad geográfica de análisis estuvo constituida por cada una de las 25 regiones del Perú. Se obtuvo información del número de atenciones por EDA en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) de cada una de las regiones para el año 2007. La información de la población y del acceso a los servicios de agua y desagüe fue obtenida del XI censo de población y VI de Vivienda realizado el año 2007. Se calculó la tasa de atenciones por EDA en establecimientos del MINSA siendo ingresada en un modelo de regresión lineal múltiple con las variables de acceso a los servicios de agua y desagüe. Resultados: En población total, el porcentaje de viviendas que no tienen acceso a agua ($p=0,000$), el porcentaje de viviendas que tienen agua menos de seis horas/día ($p=0,000$), el porcentaje de viviendas que tienen agua 6-12 horas/día ($p=0,000$) y el porcentaje de viviendas que no tiene desagüe ($p=0,000$) constituyeron predictores de las atenciones por EDA ($R^2=0,408$). En población menor de cinco años, el porcentaje de viviendas que no tienen acceso a agua ($p=0,000$), el porcentaje de viviendas que tienen agua menos de seis horas/día ($p=0,000$), el porcentaje de viviendas que tienen agua 6-12 horas/día ($p=0,000$) y el porcentaje de viviendas que no tienen desagüe ($p=0,000$) constituyeron predictores de las atenciones por EDA ($R^2=0,251$). Tanto en población general como en menores de 5 años el porcentaje de viviendas que no tiene acceso a agua constituyó el predictor más importante de EDA. Conclusiones: El acceso a los servicios de agua y desagüe explica el 40,8% y 25,1% de las atenciones por

EDA en establecimientos del MINSA para la población total y menor de cinco años respectivamente.⁶

Gamarra-Atero refiere que para lograr una adopción de conducta, se precisa identificar los factores internos que la afectan. Identificó conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Diseño: Estudio observacional descriptivo, cuantitativo. Lugar: Asentamientos Humanos del distrito de Villa María del Triunfo- Lima. Participantes: Madres de niños menores de 3 años. Intervenciones: Previo consentimiento, para la fase cuantitativa se aplicó un cuestionario de 10 preguntas cerradas con respuestas dicotómicas sobre conocimientos y 10 preguntas con categorías de respuesta en escala de Likert sobre actitudes en 161 madres, y para la fase cualitativa se realizó 28 entrevistas a profundidad y 4 grupos focales para identificar percepciones en 68 madres. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos, tipo de actitudes y percepciones sobre lactancia materna (LM), alimentación complementaria (AC) y alimentación durante una enfermedad. Resultados: 81 por ciento de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65 por ciento estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63 por ciento estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y

⁶ Ramos, Willy; Valdez, William; Miranda, Jorge; Tovar, Juan Carlos. Influencia del acceso a servicios de agua y desagüe sobre las atenciones por enfermedad diarreica aguda en establecimientos del Ministerio de Salud. Estudio ecológico: Perú, enero a diciembre de 2007. Rev. peru. epidemiol. (Online) 2010

verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. Conclusiones: Las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81 por ciento) y actitudes favorables (66,7 por ciento) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.⁷

Rojas, describe las características de las prácticas de alimentación y cuantificar las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en los niños de 12 a 35 meses en el Perú. Materiales y Métodos: La información formó parte de la Encuesta Nacional de Consumo de los Alimentos en Mujeres en Edad Fértil y Niños entre 12 y 35 meses en el año 2003. La muestra fue de 2908 niños (1514 varones y 1394 mujeres), cuyas madres fueron interrogadas sobre las características de alimentación complementaria. Resultados: A nivel nacional 21,2 por ciento de los niños presentó diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, siendo las regiones de la selva las más afectadas. Además 17,1 por ciento de los niños en el país tuvo infección respiratoria aguda. A nivel nacional, la mediana de duración de lactancia materna exclusiva se dio a los 5 meses de edad. La mediana de duración total de lactancia materna a nivel nacional se dio a los 14 meses; mientras que la mediana de introducción de aguas azucaradas e infusiones a la alimentación infantil ocurrió a los 5 meses. La mediana de la frecuencia de alimentación fue de 4 veces al día. Además, 65,3 por ciento de las madres consideraron mejor ofrecer comidas espesas al niño. Aproximadamente 38 por ciento de las entrevistadas consideraron necesario agregar aceite a las preparaciones de los niños. Conclusiones: Existen aún

⁷ Gamarra-Atero, Raquel; Porroa-Jacobo, Mayra; Quintana-Salinas, Margot. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. An. Fac. Med. (Perú);71(3):179-183, jul.-set. 2010

elevadas prevalencias de enfermedades infecciosas, mientras que las características de alimentación del niño, aún no siguen los patrones recomendados, afectando la salud y nutrición de los niños del Perú.⁸

Medina, con el propósito de incrementar el nivel de conocimiento sobre el manejo correcto de los síndromes diarreicos agudos por parte de las madres cuidadoras integrales ubicadas en una barriada, se realizó un estudio analítico, longitudinal, descriptivo, prospectivo de tipo intervención educativa durante 45 días. Universo constituido por 26 madres y una muestra de 23 (88,46 por ciento). Evaluación inicial sobre los conocimientos poseídos sobre manejo de los síndromes diarreicos agudos en los hogares de cuidado diario. Detección de necesidades educativas. Aplicación de intervención educativa según el Programa de Capacitación de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de la OPS. Nueva evaluación de conocimientos a los 45 días. Pre-capacitación el 52,17 por ciento sabían definir diarreas; 82,61 por ciento tenían prácticas alimentarias correctas en diarreas infantiles; el 73,91 por ciento dijo no dar alimento al niño durante la diarrea; el 17,9 por ciento daban medicamentos sin prescripción; el 65,22 por ciento dijo que la lactancia materna no protege frente a la diarrea y 69,57 por ciento que la vacuna contra el sarampión tampoco; 56,52 por ciento preparaba correctamente el suero oral y el 100 por ciento no sabe la del suero casero; 86,96 por ciento lo daba con tetero y erraba al no darlo después de cada evacuación (56,52 por ciento) no usar taza (82,61 por ciento), ni cuchara (69,57 por ciento); se equivocan al calificar sin riesgo los ojos hundidos (56,52

⁸ Rojas Dávila, Carlos Enrique; Ysla M., Marlit; Riega D., Vanesa; Ramos H., Olga; Moreno P., Carmen; Bernui Leo, Ivonne Isabel. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en Perú. Rev. peru. med. exp. salud publica;21(3):146-156, jul.-sept. 2004

por ciento) llanto sin lágrimas (78.26 por ciento) y orinar menos (65,22 por ciento). Todos estos niveles mejoraron en más del 95 por ciento post-capacitación. La capacitación según AIEPI logra mejorar las prácticas en la atención de casos de diarrea por las Madres Integrales de los Hogares de Cuidado Diario.⁹

Reyes Tur, Yuriena; realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante el mes de diciembre del 2006, para determinar el conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre las enfermedades diarreicas agudas y su prevención, para así lograr una mejor labor preventiva en esta población tan vulnerable y expuesta. Se confeccionó un cuestionario según los objetivos propuestos; donde se trabajó con 453 madres de un universo de 499 donde quedaron excluidas todas las que no quisieron participar en la investigación, la cual se aplicó con previo consentimiento de las madres pertenecientes al área rural del municipio San Nicolás. Para caracterizar la población en estudio se analizó algunas variables de interés como edad y escolaridad, donde predominó el grupo de madres entre 18 a 23 años 183 (40.04%), la escolaridad fue baja con 232 madres (51.21%) con nivel primario y 168 (37.08%) con nivel secundario. Los alimentos restringidos por las madres fueron: El huevo 429 (94.70%), e3l pescado 415 (91.61%) y la lactancia artificial 304 (67.10%). Con este trabajo, se pudo mostrar que existía inadecuado conocimiento en las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas por lo que se recomienda futuras estrategias de intervención educativa.¹⁰

⁹ Medina, R; Labrador, M; Goyri, R. Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario / Knowledge of mothers with a child care with acute diarrhea in day care. Col. med. estado Táchira; 18(1): 4-13, ene.-mar. 2009. Tab Article in Es | LILACS | ID: 530720

¹⁰ Reyes Tur, Yuriena, Rey Camacho Yurelis, Conocimiento de las madres sobre la Diarrea y su prevención. 2006. Cuba.

2.2 Marco teórico

2.2.1 CONOCIMIENTO

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

Según Henry Walon, conocimiento es el conjunto de datos e información empíricas sobre la realidad que el propio individuo tiene, es decir conocimiento inmediato situacionalmente en estilos de vida, hábitos y costumbres que hace factibles la regularización conductual al ajuste del individuo en su momento dado”.¹¹

Bertrant plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones, que posee el hombre como producto de su experiencia, y lo que ha sido capaz de inferir a partir de esto.¹²

Villapando al respecto sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consiente o proceso de comprensión, entendiendo que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se le clasifica como conocimiento sensorial, respecto a la percepción de hechos

¹¹ Walon, Henry. La Ciencia, su Método y su filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte. s/f. Pág.

¹² Rusell, Bertrand, El Conocimiento Humano. 7ma edición. España: ED. Taurus, S.A. 2000

extremos y la captación de estados psíquicos internos. Conocimientos intelectivos, ello se origina de concepciones aislados y de hechos casuales de ello.¹³

Conocimiento Vulgar

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

Conocimiento Científico

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.

Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

2.2.2 PRÁCTICAS

Es la ejecución de un conjunto de procedimientos, actividades y tareas, debe entenderse en primera instancia, como la exposición reiterada a una situación concreta (estimulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ello lo cual deben ser observados, la

¹³ Villapando, José, "Ciencia y Conducta Humana". Editorial Dubis S.A. Barcelona –España.

cual va contribuir a que se afiance conductas frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos. La práctica se mide a través de la experiencia. La práctica será evaluada conjuntamente mediante la observación de las habilidades y destrezas psicomotriz del sujeto. Independientemente es evaluada por la conducta psicomotriz observación por el sujeto para el logro de sus objetivos. De lo cual tenemos que la práctica, es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación ó expresada a través del lenguaje.¹⁴

2.2.3 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

1. Definición.

Es toda enfermedad en la cual la diarrea es el signo mayor acompañado de distintos grados de deshidratación que afectan principalmente a los niños menores de 5 años dentro de ellos a los niños entre 0 y 36 meses de edad.⁵

La diarrea es la evacuación demasiado frecuente, de heces muy líquidas, se dice que una persona tiene diarrea, desde el punto de vista operativo cuando tiene 3 ó más deposiciones líquidas o semilíquidas en 24 horas.¹⁵

¹⁴ OPS. “Hacia el Mejoramiento de la Salud a Través de los Cambios de Comportamientos”. Una Guía Práctica Para la Promoción de la Higiene Biblioteca. Año 2005 Pág.

¹⁵ Lecturas en Diarreas e Infecciones Respiratorias Aguda Lima – Perú.

La diarrea es un mecanismo de defensa o de respuesta del organismo frente a un agente agresor. “Se entiende por diarrea al aumento en el número y cambio en la apariencia y consistencia de las deposiciones”.

2. Epidemiología

A lo largo de la historia, la diarrea aguda ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Se estima que, a escala mundial, cada uno de los 140 millones de niños nacidos anualmente experimenta una media de 7 a 30 episodios de diarrea en los primeros 5 años de vida, y 11.000 niños fallecen diariamente por este motivo.

Esta mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo. En los países industrializados, a pesar de unas condiciones sanitarias infinitamente mejores, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria.

En nuestro medio la principal etiología de la diarrea aguda infantil es la vírica, aunque los agentes bacterianos pueden ser los predominantes en determinadas épocas del año y en niños mayores. Desde el descubrimiento en 1972 del virus Norwalk, primer virus identificado como agente etiológico de gastroenteritis en humanos, se han definido cuatro grandes categorías de estos virus: rotavirus, astrovirus, adenovirus entéricos y calicivirus humanos. Las

Bacterias son más frecuentes en los meses cálidos, y los Rotavirus en los meses fríos.^{16,17}

Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de diarrea grave en la infancia e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de edad. Son los más frecuentemente detectados en los casos que precisan ingreso hospitalario y el principal agente productor de diarrea nosocomial en las unidades de ingreso infantiles. Los adenovirus entéricos y astrovirus producen un cuadro clínico más leve. La información disponible sobre la epidemiología de la diarrea asociada a calicivirus es todavía limitada por la falta de medios de detección de aplicación rutinaria.

Respecto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son Salmonella spp y Campylobacter spp, seguidos de Shigella spp, Aeromona spp y Yersinia spp. En la mayoría de estudios epidemiológicos infantiles, estos agentes son detectados más frecuentemente en pacientes con gastroenteritis tratados de forma ambulatoria. La dificultad de estudio en heces de las distintas variedades de E. coli hace que se disponga de escasos datos sobre su incidencia en nuestro medio.

Los enteropatógenos bacterianos, virales y protozoarios, afectan el estado fisiológico normal del intestino, a través

¹⁶ Lanata De Las Casas, C. Epidemiología de la Diarrea en el Perú. Seminario Taller: Manejo Dietético de la Diarrea, Lima, 1,986.

¹⁷ Ministerio de Salud del Perú.

ftp://ftp.minsa.gob.pe/.../diarreicas/MANUAL_PROCEDIMIENTOS_.

de toxinas, invadiendo la mucosa o ambas, alterando el equilibrio que existe entre la secreción y la absorción intestinal. La diarrea es un mecanismo de respuesta del organismo frente a un agente agresor.

Factores condicionantes de las diarreas

Muchos factores contribuyen a la alta incidencia de severidad de la diarrea en lactantes y niños pequeños, especialmente durante el periodo de ablactancia. Los factores que dependen del comportamiento de las personas incluyen:

- a. Falla para dar lactancia materna exclusiva por los primeros 4 – 6 meses de vida o falla para continuar lactando hasta al menos 2 años de edad.
- b. Uso de biberones.
- c. Consumo de alimentos almacenados a temperatura ambiente varias horas después de haber sido preparados (sobre todo si estos alimentos se sirven sin recalentamiento suficiente para reducir la contaminación bacteriana).
- d. Consumir agua contaminada.
- e. No lavarse las manos después de defecar, después de limpiar a un niño después que ha defecado o antes de manipular los alimentos.
- f. No depositar las heces en forma segura.
- g. No colocarle la vacuna del sarampión a los niños menores de 5 años.

Etiología¹⁸

¹⁸ Díez-Delgado Rubio Javier. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales: Sección 6 Manejo de Diarreas. 2006. España.

2.1. Etiología Infecciosa

El aislamiento de patógenos en niños con diarrea se consigue entre el 50 y 84% de los episodios. El agente más frecuentemente aislado es el Rotavirus (más frecuentemente grupo A serotipos G1 y G3). Otros microorganismos que se encuentran con cierta frecuencia son: *Escherichia coli* enteropatógena (ECEP), *Escherichia coli* enterotoxigénica (ECET), *Campylobacter jejuni*, *Shigella* sp (*S. sonnei* y *S. flexneri* dan cuenta de más del 86% de todos los aislamientos de *Shigella*), y *Salmonella* sp. En diarrea asociada a Síndrome Hemolítico Urémico (SHU), se encuentra con frecuencia relativamente alta la *Escherichia coli* enterotoxigénica 0157:H7 aún cuando otras bacterias también juegan un papel etiológico.

En 10 a 20% de los episodios de diarrea se identifica más de un patógeno. La interpretación de algunos de estos microorganismos, como agentes causales del episodio de diarrea en estudio, es incierta. Esto es particularmente válido en el caso de la ECEP, un microorganismo que se ha calificado como patógeno "histórico" y bajo cuya denominación se agrupan numerosas cepas, tanto genuinamente patógenas como algunas que no lo han demostrado ser.

No todos los episodios de diarrea aguda en la comunidad requieren estudio etiológico,

reservándose para aquellos que duran más de lo habitual, los que producen deshidratación importante, se presentan como síndrome disentérico, o resultan en hospitalización del paciente.

Los mecanismos de transmisión descritos para enteropatógenos fecales son: vía fecal-oral (ciclo ano-mano-boca), a través de vómitos y secreciones nasofaríngeas por vía aérea.

Otra causa infecciosa clásica, poco frecuente en niños, pero que se cataloga como la principal causa de diarrea nosocomial en adultos, es aquella que se asocia a *Clostridium Difficile*. Este es un bacilo grampositivo anaerobio, que aunque se considera un agente endógeno, también puede presentar un carácter exógeno debido a su capacidad para producir esporas. Puede estar presente en tracto digestivo de forma asintomática, ya que la clínica depende de la producción de exotoxinas A o B; así, la existencia de una IgG específica frente a toxina A por debajo de 3000 unidades ELISA, aumenta 50 veces el riesgo de padecer la enfermedad. Su espectro clínico va desde la colitis pseudomembranosa a diarreas leves, e incluso se ha demostrado la existencia de portadores asintomáticos. El principal factor de riesgo de la diarrea asociada a *C. Difficile* es la administración de tratamientos antibióticos, pero también existen otras causas, como tratamientos quimioterápicos,

antiulcerosos, etc. En cuanto al tratamiento antibiótico y su asociación a la diarrea por *C. Difficile*, no todos los antimicrobianos se comportan por igual.

Un hecho característico de las infecciones por bacterias enteropatógenas es que ocurren con mayor frecuencia y severidad en niños que no reciben lactancia materna. Por lo tanto, los factores de riesgo para las enfermedades diarreicas son: ambientales (ej.: agua inadecuada o con contaminación fecal, falta de facilidades sanitarias, mala higiene personal y doméstica, inadecuada preparación y almacenamiento de alimentos, ignorancia o patrones culturales adversos con malas prácticas del destete y búsqueda tardía de atención médica) y del huésped (ej.: desnutrición, deficiencias inmunológicas, factores genéticos, ausencia de lactancia materna).

2.2. Etiología no infecciosa:

Entre las causas no infecciosas podemos encontrar cambios de osmolaridad o alteraciones de la flora intestinal del paciente ocasionadas por la dieta y/o medicaciones.

Así, por ejemplo, muchos antibióticos pueden ocasionar diarrea por un mecanismo irritativo de la mucosa digestiva, ya que al tener una pobre absorción, se mantienen en la luz intestinal; esto

ocurre con la eritromicina que actúa a nivel del colon y en menor grado, con otros macrólidos. También tienen un efecto similar el ácido clavulánico asociado a amoxicilina (actúa en tracto digestivo proximal y distal). Otro ejemplo lo encontramos en la ceftriaxona que produce diarrea hasta en un 50% de los niños que la reciben, debido a la alteración de la flora intestinal que induce. No se debe de confundir con la diarrea por *C. Difficile* inducida por antibióticos. En estos casos la interrupción del antibiótico “sospechoso” suele ser suficiente para confirmar el diagnóstico, además de ser la principal medida terapéutica.

Otra causa de diarrea no infecciosa en pacientes hospitalizados es la alimentación enteral. Esto es importante en pacientes de cuidados intensivos, ya que su tracto digestivo no funciona normalmente, presentando frecuentemente íleo paralítico que les imposibilita para tolerar soluciones enterales, especialmente si son hiperosmolares o se administran volúmenes elevados. La reducción de la osmolaridad de la solución enteral, la disminución del ritmo de administración o la suspensión temporal de la misma suelen ser medidas terapéuticas efectivas.

3. Mecanismos fisiopatológicos de la diarrea

La diarrea es una consecuencia de la disfunción en el transporte de agua y electrolitos a nivel del intestino.

Como resultado de esta alteración se produce un aumento de la frecuencia, cantidad y volumen de las heces, así como un cambio en su consistencia por el incremento de agua y electrolitos contenidos en ellas. Todo esto condiciona un riesgo, que es la deshidratación y los trastornos del equilibrio hidromineral.¹⁹

Los mecanismos patogénicos que ocasionan diarrea²⁰ están en dependencia de los agentes causales que la producen. En la actualidad se describen varios mecanismos:

- Invasividad. Invasión de la mucosa seguida de multiplicación celular intraepitelial y penetración de la bacteria en la lámina propia. La capacidad de una bacteria para invadir y multiplicarse en una célula, causando su destrucción, está determinada por la composición del lipopolisacárido de la pared celular de dicha bacteria en combinación con la producción y liberación de enzimas específicas. La invasividad está regulada por una combinación de plásmidos específicos y genes cromosomales que varían de un enteropatógeno a otro.
- Producción de citotoxinas. Éstas producen daño celular directo por inhibición de la síntesis de proteína.

¹⁹ Chauliac, M: Water requirements: physiology and pathology. In: Diarrhoeal Diseases. Children in the Tropics, Centre International des Enfants, París, 1985;158:11-19.

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. Patogenia de la diarrea infecciosa. En: Manual de tratamiento de la diarrea. Washington DC, 1987:70-93. (Serie Paltex; 13).

- Producción de enterotoxinas. Da lugar a trastornos del balance de agua y sodio y mantienen la morfología celular sin alteraciones.
- Adherencia a la superficie de la mucosa. Esto da por resultado el aplanamiento de la microvellosidad y la destrucción de la función celular normal. En la adherencia celular intervienen factores como: pelos o vellos, glicoproteínas u otras proteínas que permiten la colonización bacteriana del intestino.

La presencia de uno o varios de estos factores que se unen a receptores específicos en la superficie del enterocito, tiene gran importancia en la adhesión, que constituye la primera fase de la infección.

4. Clasificación Clínica de la Diarrea²⁰

Desde el punto de vista práctico, los cuadros de diarrea se clasifican:

I.- Por el tiempo:

a. Diarrea Aguda

Se manifiesta por la pérdida diaria de tres o más evacuaciones intestinales líquidas o semilíquidas sin sangre visible, que pueden acompañarse de vómitos, fiebre baja, disminución del apetito e irritabilidad; el cuadro se inicia agudamente y tarda menos de catorce días, aunque la mayoría se resuelve en menos de siete

b. Diarrea Persistente

Este tipo de enfermedad diarreica se inicia como un episodio agudo de diarrea líquida, pero persiste por más de 14 ó más días. En estos casos ocurre frecuentemente pérdida marcada de peso. El volumen de la pérdida fecal puede ser grande, pudiendo causar deshidratación.

c. Diarrea Crónica

Diarrea de tipo recurrente o de larga duración, es de causa no infecciosa, tal como sensibilidad al gluten o desórdenes metabólicos hereditarios. Puede considerarse cuando el proceso diarreico dura más de 21 días.

II.- POR CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS

a. Diarrea Acuosa:

Caracterizada por:

- Heces líquidas sin sangre, se le puede asociar:
- Vómitos.
- Fiebre.
- Disminución del apetito

Frecuencia: El 90% de los casos de diarrea son de este tipo.

Evolución: Generalmente remite espontáneamente antes de una semana.

Etiología: Rotavirus. E. coli enterotoxigénica (ECET). V. cholerae. Son los más frecuentemente involucrados, incluso la Shigella sp. en su fase inicial puede producir diarrea acuosa.

El cuadro típico lo ocasiona el *Vibrio cholerae* que puede producir cuadros de diarrea líquida abundante.

b. Diarrea disentérica:

Caracterizada por:

- Heces líquidas con sangre, se puede acompañar de:
- Fiebre elevada.
- Mal estado general.
- Cólicos y tenesmo.
- Convulsiones en ocasiones (*Shigella*).

Frecuencia: 5-10% de los casos de diarrea son de este tipo.

Etiología: *Shigella* sp. *Campylobacter jejuni*. *E. coli* enteroinvasiva (ECEI). Ameba histolítica.

c. Diarrea persistente

Frecuencia: Menos de 5% de los casos.

Factores de riesgo:

- No haber recibido lactancia materna,
- Edad menor de un año,
- Desnutrición,
- Sarampión reciente.
- Manejo inadecuado de la diarrea aguda.

2.2.4 DESHIDRATACIÓN

Se denomina deshidratación aguda (DA) a la expresión clínica de un balance negativo de agua y solutos en el

organismo. Se trata de un proceso agudo en el que se equiparan las pérdidas de agua a pérdida brusca de peso. Su incidencia es difícil de precisar y depende de factores etiológicos, socioculturales, higiénicos, climáticos, etc. Existe un discreto predominio en varones y la gran mayoría de los casos se producen en menores de 18 meses. Se puede producir por cualquier causa que lleve a un balance hidrosalino negativo, bien por aumento de pérdidas, disminución de ingresos o por combinación de ambas situaciones. La causa más frecuente de DA en nuestro medio es la gastroenteritis aguda (GEA), secundaria sobre todo a agentes infecciosos. La diarrea aumenta la secreción intestinal, con o sin daño de la mucosa, produciéndose pérdidas excesivas de agua y electrolitos, que si no son compensadas provocan deshidratación.

En la deshidratación ocurren varios fenómenos²¹ que se pueden resumir en:

- Pérdida neta de volumen principalmente del espacio extracelular (EEC).
- Pérdida de potasio y bicarbonato por vía renal e intestinal.
- Aumento en la concentración de iones hidrógeno H⁺ (acidosis).
- Pérdida de Sodio por vía intestinal.
- La deshidratación será más grave cuanto mayor sea el volumen de las evacuaciones, cuanto mayor sean los vómitos y cuanto menores sean las medidas

²¹ Hirschhorn, N. The treatment of acute diarrhea in children: An historical and physiologic perspective. Am J Clin Nutr. 33:637-663, 2009.

adoptadas para prevenirla. Esta se produce con mayor rapidez en niños pequeños que en adultos.

Clasificación

Conforme a las variaciones que se producen en el peso y la composición del plasma, la deshidratación se valora en los siguientes parámetros:

- Variaciones en el peso
El grado de deshidratación se basa en la pérdida de peso. En los lactantes, < 5% se considera deshidratación leve; el 5-10%, moderada y > 10%, grave; en los niños mayores, < 3%, leve; 3-7%, moderada y > 7%, grave.¹³
- Variaciones en la composición del plasma
 - Basada en los valores séricos de sodio: hipotónica (< 130 mEq/l), isotónica (130-150 mEq/l) e hipertónica (> 150 mEq/l). En la primera y la segunda la deshidratación es eminentemente extracelular, mientras que en la última es intracelular.
 - Según el equilibrio ácido-base. Se puede producir acidosis metabólica por pérdida de bicarbonato o alcalosis metabólica en los vómitos incoercibles.
 - Basada en los valores de potasio, aunque resulta difícil valorar sus pérdidas por su localización intracelular.

2.2.5 TRATAMIENTO

Se basa en dos pilares fundamentales, el mantenimiento de una adecuada hidratación y la conservación del estado

nutricional. Otros tratamientos, de utilidad en casos seleccionados, permanecen en segundo plano.

a. Terapia de Rehidratación Oral

La terapia de rehidratación oral es el método de elección para reemplazar las pérdidas de líquidos y electrolitos en niños con diarrea aguda.²²

Esta terapia puede ser utilizada sin tener en cuenta la edad del paciente, el patógeno causante o los valores iniciales de sodio (Na⁺) en sangre²³, estando indicada para prevenir la deshidratación, rehidratar y mantener la hidratación.

A mediados del siglo pasado, se observó que las pérdidas hidroelectrolíticas debían ser restauradas para asegurar una rehidratación efectiva; posteriormente la terapia aceptada en niños con diarrea aguda fue la administración de líquidos por vía intravenosa (iv). A mediados de los años 60 el tratamiento de las diarreas avanzó al descubrir el proceso molecular del cotransporte. En este proceso, la glucosa aumenta la absorción de agua y sodio (Na⁺) desde la luz intestinal.

Este mecanismo permanece intacto en estados diarreicos y es la base fisiológica de la rehidratación oral (SRO). La terapia de rehidratación oral es

²² Provisional committee on quality improvement, subcommittee on acute gastroenteritis. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. *Pediatrics* 1996; 97: 424-436.

²³ Duggan C, Santosham M, Glass RI. The management of acute diarrhea in children: Oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR* 1992; 41(No. RR-16): 1-20.

probablemente uno de los mayores adelantos médicos del siglo XX, siendo preferible al uso de la vía intravenosa. Resulta menos agresiva, más barata, presenta menos complicaciones y facilita la alimentación precoz.

En 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) acordaron promover una única solución que contenía: Na⁺: 90 mEq/l, K⁺: 20 mEq/l, Cl⁻: 80 mEq/l, bicarbonato: 30 mEq/l y Glucosa: 110 mEq/l (2%), que proporciona una osmolaridad de 330 mM/l. A pesar del incuestionable éxito de esta solución para reducir la morbi-mortalidad de las diarreas agudas en los países en desarrollo, sigue habiendo numerosas controversias sobre la concentración de Na⁺, osmolaridad, aporte hidrocarbonado y presencia de aditivos para mejorarla.²⁴

Si bien las SRO que contienen 90 mEq/l de Na⁺ son seguras y eficaces para el tratamiento de la deshidratación por diarrea aguda, un exceso en su consumo, puede dar lugar a una hipernatremia, por lo que se aconseja ofrecer agua entre tomas.

La diarrea aguda producida por rotavirus induce unas pérdidas fecales de Na⁺ de 40 mEq/l; los patógenos invasivos (Campylobacter, Salmonella, Shigella) se asocian a mayores pérdidas de Na⁺: 50-60 mEq/l.

²⁴ Holliday M. The evolution of therapy for dehydration: should deficit therapy still be taught? Pediatrics 1996; 98: 171-177

Considerando la relativa importancia de cada enteropatógeno y teniendo en cuenta el número de niños con etiología desconocida, la pérdida de Na⁺ en pacientes europeos con diarrea aguda se ha estimado entre 40-50 mEq/l. Esto da lugar a que la concentración de 60 mEq/l de Na⁺ propuesta por la OMS y ESPGAN puede ser la apropiada en nuestro medio.²⁵

Las SRO con osmolaridad reducida producen una absorción óptima de agua y aseguran un adecuado reemplazo de Na⁺, K⁺ y bicarbonato. La ESPGAN recomienda una osmolaridad entre 200 y 250 mM/l. Estudios en animales y humanos han demostrado que la máxima absorción de agua y electrolitos tiene lugar cuando el cociente carbohidrato/Na⁺ se aproxima al valor uno. La Asociación Americana de Pediatría (AAP) recomienda que este cociente sea inferior a 2:1 mientras que la OMS sugiere que sea inferior a 1,4:1.

Actualmente se están ensayando SRO cuya fuente de hidratos de carbono no sea la glucosa, sino otros cereales como el arroz, que disminuyen la osmolaridad de la solución y aumentan su valor energético. Los resultados han sido esperanzadores en cuanto a la evolución clínica.

El SRO contiene además K⁺, Cl⁻ y bases. El K⁺ se necesita porque se pierde en cantidades importantes en

²⁵ ESPGAN Working Group. Recommendations for composition of oral rehydration solutions for the children of Europe. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992; 14: 113-115.

las heces diarreicas. El SRO propuesto por la ESPGAN contiene 20 mEq/l de K⁺. La presencia de Cl⁻ en SRO es necesaria para el óptimo cotransporte Na⁺/glucosa.

La concentración de Cl⁻ considerada como ideal es mayor de 25 mEq/l dependiendo del contenido de Na⁺ y K⁺ y de la presencia de otros aniones. El bicarbonato, incluido para corregir la acidosis y aumentar la absorción de Na⁺ y agua, ha sido reemplazado por citrato (10 mEq/l) en las recomendaciones de la ESPGAN para obtener mayor estabilidad en las soluciones.²⁵

La corrección de la deshidratación se logra administrando de 50-100 ml/kg de SRO, añadiendo las pérdidas fecales (10 ml/kg por cada deposición). Esta cantidad debe ser administrada durante 4-6 horas en el caso de deshidrataciones iso-hiponatémicas (las más frecuentes) y hasta 12 horas si es hipernatémica. Una vez lograda la rehidratación se reponen las pérdidas y se reinicia la alimentación.

Los niños no deshidratados con diarrea aguda²⁰, pueden ser tratados adecuadamente ofreciendo 10 ml/kg de peso de SRO después de cada deposición. Si la diarrea aguda es leve, la SRO puede no ser necesaria y se debe continuar con una alimentación normal aumentando la ingesta de líquidos.

El SRO se debe administrar en pequeñas cantidades (<5 ml) fraccionadas cada 5-10 minutos, para favorecer la absorción y el reposo intestinal. El exceso de aporte

inicial favorece el aumento del peristaltismo intestinal y los vómitos. Una vez conseguida la tolerancia se puede ir aumentando el volumen de forma gradual.

No es recomendable el empleo de SRO en niños con deshidratación severa, ileo intestinal, vómitos incoercibles, shock, alteración de la conciencia y rechazo de la técnica por parte del niño y/o de los padres. La utilización de remedios caseros, zumos de fruta, té o bebidas de cola no está justificada en la deshidratación. Presentan una concentración de carbohidratos y electrolitos inadecuada y una osmolaridad demasiado alta.

b. Reintroducción de Alimentos²⁶

El mantenimiento del ayuno prolongado en niños con diarrea aguda, en la creencia de que disminuirá la duración y gravedad del cuadro, es un error. La alimentación precoz disminuye los cambios en la permeabilidad intestinal, contribuye al restablecimiento de los enterocitos y favorece la actividad de disacaridasas, mejorando con ello el estado nutricional del niño. Además, la introducción temprana de alimentos, tras la rehidratación inicial, ha demostrado que reduce tanto el volumen como la duración de la diarrea. Por tanto, el niño previamente sano debe tomar su alimentación habitual en cuanto la tolere.

²⁶Sandhu BK, Isolauri E, Walker-Smith JA et al. Early feeding in childhood gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997 24: 522-527.

El lactante alimentado al pecho continuará mamando en cuanto sea posible y el alimentado con leche artificial deberá recibir una fórmula adaptada, adecuada a su edad, a concentración normal. La reintroducción gradual de leche diluida o exenta de lactosa resulta innecesaria ya que la mayoría de los niños toleran adecuadamente la leche completa.

No obstante, en niños malnutridos, que han sufrido deshidratación grave o con sospecha de intolerancia a la lactosa es prudente valorar excluirla temporalmente de la dieta.

En niños mayores tampoco hay que retrasar la alimentación habitual. Algunos estudios sugieren que determinados alimentos son mejor tolerados: carbohidratos complejos (arroz, patata, cereales, pan), carne magra, yogourt y algunas frutas y verduras. Por el contrario deberían ser evitados los alimentos grasos o ricos en azúcares simples.

c. Tratamiento Farmacológico

Antimicrobianos

El tratamiento sistemático con antibióticos no está indicado. En nuestro medio la mayoría de los casos de diarrea son producidos por virus u otras causas no infecciosas y generalmente son procesos autolimitados de pocos días de duración. Sin embargo, hay situaciones en que puede ser necesario su utilización; como niños con malnutrición, inmunodeficiencia o enfermedad grave de base,

lactantes pequeños, sospecha de sepsis y pacientes con diarrea bacteriana prolongada.

La elección del antibiótico debe basarse en el patrón epidemiológico local y en los datos del antibiograma. La utilización empírica de un antibiótico presenta serias dificultades. Se han utilizado diversos fármacos con objeto de disminuir las pérdidas fecales de agua y electrolitos. En algunos casos el resultado no es más que un cambio cosmético de las heces que puede proporcionar una falsa seguridad a los padres y retrasar tratamientos más efectivos.

Según su mecanismo de acción pueden ser clasificados como:

1. Inhibidores de la motilidad intestinal (opiáceos y anticolinérgicos).
2. Antisecretores (subsalicilato de bismuto).
3. Absorbentes (caolín, pectina o carbón activado).
4. Modificadores de la flora intestinal (lactobacilos).

A la luz de los datos actuales ninguno de estos fármacos está indicado en el tratamiento de la diarrea aguda infantil.²²

2.2.6 PREVENCIÓN

Dado que la vía de contagio principal es la fecal-oral, es primordial reforzar la higiene ambiental en el medio familiar,

con una limpieza adecuada de las manos y los objetos empleados en la manipulación de niños con cuadros de diarrea.

En los últimos años se están desarrollando vacunas frente a algunos de los agentes productores de diarreas, sobre todo frente a rotavirus, principal causa de diarrea grave infantil en nuestro medio. En 1999 se comercializó en EE.UU. una vacuna resortante rhesus-humano tetravalente que incluía los cuatro serotipos de rotavirus más frecuentemente detectados, pero la aparición de efectos adversos relacionados con su administración (casos de invaginación intestinal) obligaron a su retirada.

En la actualidad se está investigando la seguridad y eficacia de otras vacunas como son, entre otras, nuevas vacunas resortantes, cepas de rotavirus humanos atenuados, partículas sin ARN viral (partículas "virus-like") y vacunas de ADN plasmídico.

Explicarle a la madre que ella puede evitar otros episodios de diarrea y por consiguiente para reducir las muertes, evitadas por el manejo adecuado de los casos, deben enfocarse en unas pocas intervenciones de eficacia comprobada.

- Lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida.
- Prácticas de destete adecuadas.
- Empleo abundante de agua para la higiene personal.

- Empleo de agua limpia protegida de contaminación.
- Buenos hábitos de higiene con los alimentos y en general.
- Lavado de manos con jabón.
- Uso de servicios sanitarios o letrinas
- Eliminación correcta de pañales con deposiciones.
- Continuar con lactancia materna.
- Vacunar al niño según esquema nacional.

Recomendaciones actuales

La ESPGHAN²⁵ ha establecido en dos ocasiones un conjunto de recomendaciones para el manejo de los niños europeos con gastroenteritis. En 1992 fueron publicadas las guías para la composición óptima de las soluciones de rehidratación oral.

En 1997 el grupo de trabajo sobre diarrea aguda de dicha sociedad publicó las recomendaciones para la alimentación en la gastroenteritis infantil. Establece que el tratamiento óptimo debe consistir en la rehidratación oral durante 3-4 horas, seguida de una reintroducción rápida de la alimentación habitual. La lactancia materna ha de continuarse en todos los casos y no se considera justificado, en la mayoría de los niños, el uso de una leche sin lactosa o de un hidrolizado de proteínas de leche de vaca o de soya.

Estas recomendaciones han sido sintetizadas en el 2001 como seis pilares base del tratamiento correcto de la gastroenteritis aguda, e incluidas en las "Guías prácticas para el manejo de la gastroenteritis en niños". La Academia

Americana de Pediatría estableció en 1996 las normas de actuación para niños hasta 5 años de edad con un cuadro de diarrea aguda y sin enfermedades de base, siendo éstas muy semejantes a las establecidas por la ESPGHAN.

CAPÍTULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no requiere de una hipótesis estadística.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Edad	Años	1. Menor de 20 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a más	Intervalo
Grado de instrucción	Último grado alcanzado	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior Incompleta 5. Superior Completa	Nominal
Lugar de procedencia	Lugar de nacimiento	1. Tacna 2. Puno 3. Moquegua 4. Arequipa 5. Otro:.....	Nominal
Nivel de conocimientos	Test de conocimientos	1. Bueno 2. Regular 3. Malo	Nominal
	Reactivos del test de conocimientos	1) ¿La diarrea se define como? 2) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones pueden ser la causa de la diarrea? 3) ¿Qué indica la presencia de sangre en las deposiciones? 4) ¿Se presenta como complicación de la diarrea? 5) ¿Cómo debe almacenarse el agua para consumo, cuando no hay agua potable conectada en casa? 6) ¿Con qué frecuencia debe	Nominal

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”

		<p>cambiarse el agua almacenada para consumo?</p> <p>7) ¿Dónde deben ser ubicados los depósitos de basura, antes de ser eliminados en el camión recolector?</p> <p>8) Antes de preparar los alimentos usted:</p> <p>9) ¿En relación a la preparación de los alimentos, señale cuál</p> <p>10) ¿Por qué es importante lavarse las manos con agua y jabón?</p> <p>11) ¿Cuándo deben lavarse las manos con agua y jabón?</p> <p>12) ¿En qué lugar debe eliminar los pañales descartables de su niño cuando hace deposición?</p> <p>13) ¿Con qué frecuencia usted debe eliminar los pañales descartables sucios?</p> <p>14) ¿Por qué son necesarias las vacunas?</p> <p>15) ¿Cuando su hijo tiene diarrea, a dónde acude?</p> <p>16) ¿Cómo se prepara el suero casero?</p> <p>17) ¿Para qué sirven las sales de rehidratación oral?</p> <p>18) ¿Cuánto tiempo dura las sales de rehidratación oral y el suero casero una vez preparado?</p> <p>19) ¿Cómo se administra el suero casero en niños menores de 2 años?</p> <p>20) ¿Qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea?</p> <p>21) ¿En qué momento debe darle suero de rehidratación oral a su hijo?</p> <p>22) Si su niño tiene diarrea, ¿en qué circunstancias lo lleva al Centro de Salud?</p> <p>23) ¿Qué le debe dar a su hijo</p>	
--	--	---	--

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”

		cuando tiene diarrea? 24) ¿Qué puede pasar si su hijo está muy deshidratado? 25) ¿El tratamiento de un niño que esta muy deshidratado	
Prácticas	Lista de cotejo y observación	1. El agua que consume esta clorada ó hervida	Nominal
		2. Tiene agua conectada a red (potable) ó almacena el agua en un tacho limpio y con tapa, alejado del suelo y basura.	Nominal
		3. Elimina las excretas en letrinas ó baño conectado a red	Nominal
		4. Elimina los desechos en recipiente de plástico con tapa	Nominal
		5. ¿Se lava las manos con jabón antes y después de preparar los alimentos, cambiar los pañales, ir al baño, comer los alimentos?	Nominal
		6. Elimina los pañales en tacho con tapa y luego al basurero.	Nominal
		7. Lava las frutas y verduras con agua clorada	Nominal
		8. Mantiene las frutas y verduras protegidos de tierra y moscas	Nominal
		9. Mantiene los utensilios protegidos de tierra y moscas.	Nominal
		10. Los niños menores de 5 años tienen todas las vacunas	Nominal
		11. Identifica claramente un establecimiento más cercano de la jurisdicción donde acudir	Nominal
		12. Cuando el niño tiene diarrea le da suero casero	Nominal
		13. Cuando el niño tiene diarrea continúa con leche materna	Nominal
		14. Cuando el niño tiene diarrea le brinda más líquido de lo acostumbrado	Nominal
		15. Cuando el niño tiene diarrea, le da suero casero y además comida	Nominal
		16. El niño que tiene diarrea	Nominal

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”

		recibe comidas sólo cuando lo pide	
		17. Cuando su niño presenta más de 2 signos de deshidratación, Ud., lo lleva al Centro de Salud ó médico particular.	Nominal
		18. Cuando su niño tiene diarrea le da de comer más veces pero fraccionado.	Nominal

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

El método que se empleó es descriptivo, porque permitió estudiar las variables tal como se presentan en la realidad, en forma precisa y detallada, sobre los conocimientos y prácticas de las madres sobre las medidas de prevención y control de las EDA; y de corte transversal porque estudio la variable en un determinado tiempo.

4.2 Población y muestra.

Población:

La población total en estudio estuvo constituida por todas las madres de los niños menores de 5 años de la comunidad Alto Tacna de la Región Tacna, que aproximadamente es de 1500 familias, se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra:

Muestreo fue por conglomerados Bietapico, donde se seleccionó el primer conglomerado determinado por la manzana. Por asignación proporcional se determinó el aporte del conglomerado a la muestra final.

El tamaño inicial de la muestra fue estimado con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%. El factor de corrección por efecto de diseño complejo incluido en el cálculo inicial de la muestra fue estimado en 5 y el ajuste por la Tasa de no respuesta (TNR) se fijó en 15%, teniendo en cuenta la experiencia de estudios anteriores; lo que, además de incrementar el tamaño

de la muestra, permitió realizar estimaciones con una mayor precisión que las que se obtienen por muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

$$N= 1500$$

$$Z: 1.96$$

$$p: 0.15$$

$$n = 174$$

4.2.1 Criterios de Inclusión

- a. Todas las madres con hijos menores de 5 años.
- b. Madres que tienen disponibilidad de tiempo y acepte participar del estudio.
- c. Madres que hablen el idioma castellano.
- d. Madres con residencia mayor de 1 año

4.2.2 Criterios de Exclusión

- a. Madres que no cumplan con los criterios de inclusión.

4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (ver anexos)

- a. Cuestionario de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda, la cual consta de dos partes: la primera, Datos Generales de la madre; y la segunda, Datos específicos en base a la operacionalización de Variables para medir conocimientos.
- b. Lista de verificación domiciliaria, elaborado en base a la operacionalización de variables para medir las prácticas.

CAPÍTULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó como técnicas la entrevista y observación y como instrumentos el cuestionario y la lista de verificación.

La lista de verificación domiciliaria constó de 2 partes: Datos Generales y contenido propiamente dicho, elaborado también en base a la operacionalización de variables para medir las prácticas.

La validez del instrumento esta dado a través del juicio de expertos.

La confiabilidad a través de la prueba binomial que determina la confiabilidad del instrumento, ajustado por prueba piloto y alfa de Cronbach mayor a 0.8.

El presente trabajo tuvo las consideraciones éticas fundamentales de respeto a la persona, beneficencia y justicia. El respeto por otras personas abarca dos consideraciones éticas fundamentales:

- Respeto por la autonomía de las personas.
- Protección de la persona contra cualquier daño o abuso.

Se utilizó el procedimiento de la escala de Estaninos para la medición de las prácticas de las medidas de prevención y control de la diarrea:

Medición: correcta =1 incorrecta =0

X : Promedio

S : Desviación estándar

Proceso:

$0 - (X - S)$ Malo

$(X - S) - (X + S)$ Regular

X - Máximo Bueno

**Procedimiento de la escala de estatinos para la medición del nivel
de conocimiento de las medidas de prevención y control de las
Diarrea.**

Piloto Estadísticos (Dada la experiencia se consideró la validada por Flores Avalos, Unidad de Post Grado UNMSM, al considerarse el antecedente con mejor consistencia y validez del piloto y mejor valor estimado de nivel de conocimientos y lista de cotejo como techo mínimo de nivel de contraste).

Media 19,59

Mediana 21

Moda 22

Desv. típ. 3,66

Medición: correcta =1 incorrecta =0

X : Promedio X = 19.59

S: Desviación estándar S = 3.66

Proceso:

0 - (X - S)	Bajo
(X - S) – (X+ S)	Medio
(X+ S) - Máximo	Alto

Categorías del conocimiento:

Bajo : 0 - 15.93

Medio : 15.94 - 23.26

Alto : 23.27 – 25

Procedimiento de la escala de estaninos para la lista de cotejo

Estadísticos

Media 13,50

Mediana 14

Moda 14

Desv. típ. 2,76

Medición: Correcta = 1 Incorrecta =0

Proceso:

0 - (X - S)	Bajo
(X - S) – (X+ S)	Medio
(X+ S) - Máximo	Alto

Mala: 0 -10.74

Regular: 10.75 - 13.5

Buena: 13.6 -18

Para el procesamiento de la información se elaboraron cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentan en cuadros tabulares y con gráfico de barras de error con el programa SPSS versión 10. Se utilizó la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

TABLA 1

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD, GRADO DE
INSTRUCCIÓN Y LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA.
2013**

		n	%
Edad	< 20 años	9	5,2%
	20 a 29 años	68	39,1%
	30 a 39 años	73	42,0%
	40 a mas	24	13,8%
	Total	174	100,0%
Grado de instrucción	Analfabeta	17	9,8%
	Primaria	70	40,2%
	Secundaria	62	35,6%
	Superior incompleta	20	11,5%
	Superior completa	5	2,9%
	Total	174	100,0%
Lugar de procedencia	Puno	91	52,3%
	Cuzco	6	3,4%
	Tacna	25	14,4%
	Abancay	3	1,7%
	Pto. Maldonado	5	2,9%
	Moquegua	9	5,2%
	Tarata	29	16,7%
	Ayacucho	3	1,7%
	Arequipa	3	1,7%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

En la tabla 1, observamos que, según la edad de las madres de niños menores de 5 años, encontramos que el 42% de ellas corresponden al grupo etareo de 30 a 39 años, seguido del 39,1% que se encuentra entre los 20 a 29 años de edad, el menor grupo se concentra entre las que tienen menos de 20 años (n=9) y representan al 5,2% del total. En cuanto al grado de instrucción encontramos que el 40,2% de las madres tienen primaria, seguido del 35,6% que tienen secundaria y solo el 2,9% de ellas tienen nivel superior completo. Cabe mencionar que existe un 9,8% de las madres que son analfabetas. De las madres encuestadas el 52,3% de ellas proceden de la ciudad de Puno, seguido del 16,7% que provienen de Tarata, un 14,4% son de Tacna y proceden de Abancay, Ayacucho y Arequipa el 1,7% en cada uno de ellos.

TABLA 2

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN NIVEL DE
CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD DIARREICA EN LAS MADRES
DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA.
2013**

		n	%
Nivel de conocimientos	Bajo	171	98,3%
	Medio	3	1,7%
	Alto	0	0,0%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

Como se puede observar en la tabla 2, Distribución de frecuencia según el nivel de conocimiento de enfermedad diarreica, el 98,3% de las madres tienen un nivel bajo y el 1,7% restante un nivel medio de conocimientos.

TABLA 3

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS DE
ENFERMEDAD DIARREICA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013**

		n	%
¿La diarrea se define cómo?	No se	9	5,2%
	Deposiciones líquidas más de 1 vez al día	46	26,4%
	Deposiciones líquidas más de 3 veces al día	45	25,9%
	Deposiciones líquidas 2 veces al día	30	17,2%
	Deposiciones líquidas abundantes al día	44	25,3%
	Total	174	100,0%
¿Cuál de las siguientes afirmaciones puede ser causa de diarrea?	No se	7	4,0%
	Consumos de alimentos con cáscara y lavados	8	4,6%
	Frutas y verduras consumidas sin lavar	159	91,4%
	Consumo de agua hervida y clorada	0	0,0%
	Consumo de alimentos cocidos y cubiertos	0	0,0%
	No sé	0	0,0%
	Total	174	100,0%
¿Qué indica la presencia de sangre en las deposiciones?	No sé	36	20,7%
	Peligro de muerte	41	23,6%
	Infección	54	31,0%
	Muerte inmediata	19	10,9%
	Deshidratación leve	24	13,8%
	Total	174	100,0%
Se presenta como complicación de la diarrea	No sé	36	20,7%
	Deshidratación	71	40,8%
	Infección	67	38,5%
	Buena nutrición	0	0,0%
	Aumento de peso	0	0,0%
	Total	174	100,0%
¿Cómo debe almacenarse el agua para consumo, cuando no hay agua potable conectada a red en su casa?	No sé	9	5,2%
	En un depósito limpio con tapa	89	51,1%
	En un cilindro con tapa	14	8,0%
	No debe almacenarse	0	0,0%
	En cualquier depósito	62	35,6%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

En la tabla 3, distribución de frecuencia según los conocimientos de enfermedad diarreica, las madres respecto a la definición de diarrea refieren en el 26,4% que son deposiciones líquidas más de una vez al día, seguido del 25,95% de ellas que refieren que son deposiciones líquidas más de 3 veces al día y en menor frecuencia el 5,2% de las madres manifestaron no saber que es.

Al preguntar sobre cuál de las afirmaciones puede causar diarrea, el 91,4% (n=159) de las madres refieren que se debe a comer frutas y verduras consumidas sin lavar, seguido del 4,6% que opina se debe a consumir alimentos con cascara y lavados, el 4,0% restante refiere no saber cual es la causa.

Al indagar sobre qué indica la presencia de sangre en las deposiciones, el 31% de las madres indican que es signo de infección, el 23,6% refiere que es peligro de muerte y el 20,7% refiere no saber que indica.

Al preguntar sobre cuál de las premisas se presenta como complicación de la diarrea, el 40,8% de las madres refieren que es la deshidratación seguido del 38,5% que refiere es la infección y el 20,7% restante manifiestan no saber.

Al indagar sobre cómo deben almacenar el agua para consumo, el 51,1% manifiesta debe ser en un depósito limpio con tapa, el 35,6% argumenta que en cualquier depósito y el 5,2% de las madres manifiestan no saber cómo almacenar el agua.

TABLA 4

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PRÁCTICAS PREVENTIVAS
DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013**

		n	%
¿Con qué frecuencia debe cambiarse el agua almacenada para su consumo?	No sé	30	17,2%
	Cada 7 días	13	7,5%
	Interdiario	33	19,0%
	Cada 3 días	14	8,0%
	Cuando se acabe el agua	84	48,3%
	Total	174	100,0%
¿Dónde deben ser ubicados los depósitos de basura, antes de ser eliminados en el camión recolector?	No sé	0	0,0%
	Dentro de la casa en un recipiente con tapa	47	27,0%
	Dentro de la casa en un tacho	20	11,5%
	Fuera de la casa	60	34,5%
	Montículo de basura	47	27,0%
	Total	174	100,0%
Antes de preparar los alimentos usted	No sé	0	0,0%
	Lava muy bien los alimentos	37	21,3%
	Se lava las manos	53	30,5%
	Verifica que se encuentra en buenas condiciones	12	6,9%
	Todas son correctas	72	41,4%
	Total	174	100,0%
Señale lo correcto antes de la preparación de los alimentos	No sé	0	0,0%
	Antes de preparar los alimentos los lava bien en agua potable	122	70,1%
	No le preocupa la condición en que se encuentren los alimentos	7	4,0%
	Si hay tiempo suficiente lavarlos bien	31	17,8%
	Si se va a cocinar, no es necesario lavarlo previamente	14	8,0%
	Total	174	100,0%
Importancia de lavarse las manos con agua y jabon	No sé	0	0,0%
	Porque protege de enfermedades	136	78,2%
	Porque evita la fiebre	0	0,0%
	Porque cura enfermedades	17	9,8%
	Porque es costumbre lavarse	21	12,1%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

En la tabla 4, distribución de frecuencia según prácticas preventivas, se puede observar que al preguntar sobre la frecuencia de cambio de agua almacenada para su consumo el 48,3% manifiesta que se realiza cuando se acabe el agua, el 19% de ellas refiere que es interdiario y el 17,2%

manifiesta no saber cuál es la frecuencia de cambio. Respecto a dónde ubicar los depósitos de basura, el 34,5% de las madres refieren que debe ser fuera de la casa, seguido de aquellas que refieren puede ser dentro de la casa en un recipiente con tapa y aquellas que manifiestan puede ser en un montículo de basura con el 27% respectivamente. A la pregunta antes de preparar los alimentos usted... el 41,4% de las madres respondió que todas las premisas son correctas, seguido del 30,5% de las madres que refieren se deben lavar las manos y un 6,9% de ellas manifiestan que se debe verificar que los alimentos estén en buenas condiciones. Al pedido de señalar lo correcto antes de preparar los alimentos el 70,1% de las madres refiere que deben lavar los alimentos bien con agua potable, seguido del 17,8% que manifiesta que si hay tiempo suficiente lavarlos bien y el 4% de las madre refieren no preocuparse por la condición en la que se encuentran los alimentos. Al preguntar sobre la importancia de lavarse las manos con agua y jabón, el 78,2% de ellas argumentó que se lavan para protegerse de enfermedades, seguido del 12,1% que lo hace por que es costumbre lavarse y el 9,8% restante de las madres manifiestan que lo hacen porque cura enfermedades.

"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013"

TABLA 4-A
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CONOCIMIENTOS DE
PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN LAS
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO
TACNA. 2013

		n	%
¿Cuándo deben lavarse las manos con agua y jabón?	No sé	0	0,0%
	Antes de preparar los alimentos	88	50,6%
	Después de ir al baño	25	14,4%
	Antes de cambiar el pañal	0	0,0%
	Cuando se pueda	61	35,1%
	Total	174	100,0%
¿Dónde eliminar los pañales descartables de su niño?	No sé	0	0,0%
	En un tacho con tapa	110	63,2%
	Lo deja al aire libre	15	8,6%
	Lo desecha en cualquier lugar	49	28,2%
	Lo tira al piso, al lado de su cama hasta que pase el basurero	0	0,0%
	Total	174	100,0%
¿Con qué frecuencia eliminar los pañales descartables sucios?	No sé	0	0,0%
	Se debe eliminar diariamente	91	52,3%
	Se debe eliminar cada 2 días	7	4,0%
	Se debe eliminar semanalmente	13	7,5%
	Cuando pase el basurero	63	36,2%
	Total	174	100,0%
¿Porqué son necesarias las vacunas?	No sé	27	15,5%
	Porque permite generar defensas que lo protegen de las enfermedades	110	63,2%
	Porque evita la diarrea	0	0,0%
	Porque ayuda con el crecimiento del niño	13	7,5%
	Porque permite el adecuado desarrollo del niño	24	13,8%
	Total	174	100,0%
¿Cuando su hijo tiene diarrea a dónde acude?	No sé	0	0,0%
	Al naturista	16	9,2%
	Farmacia	39	22,4%
	Centro de salud	107	61,5%
	No lo saca de casa	12	6,9%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

En la tabla 4-A, distribución de frecuencia según conocimientos de prácticas preventivas, se puede observar que al preguntar sobre cuándo deben lavarse las manos con agua y jabón, el 50,6% de las madres respondieron que antes de preparar los alimentos, seguido de aquellas que piensan que deben hacerlo cuando se pueda con el 35,1% y el 14,4% restante refieren que después de ir al baño. A la pregunta dónde eliminar los pañales descartables el 63,2% de las madres manifiestan que en un tacho con tapa, seguido del 28,2% que lo desechan en cualquier lugar el 8,6% restante manifiesta que lo deja al aire libre.

Al indagar sobre la frecuencia con la que se eliminan los pañales desechable sucios, el 52,3% de las madres refieren que se deben eliminar diariamente, seguido del 36,2% que opinan cuando pase el basurero, un 7,5% refiere debe ser semanalmente y el 4% restante refieren se deben eliminar cada dos días.

Al preguntar por qué son necesarias las vacunas, el 63,2% de las madres opinan que se colocan porque permiten generar defensas que los protegen de enfermedades, seguido del 15,5% que refiere no saber y el 13,8% de las madres opinan que es porque permiten el adecuado desarrollo del niño.

Al preguntar dónde acuden en caso de que su niño tenga diarrea, el 61,5% de las madres refieren que a un Centro de Salud, seguido del 22,4% de ellas que opinan acudirían a una farmacia y el 6,9% de las madres manifiestan que no lo sacarían de su casa.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”

TABLA 5
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CONOCIMIENTOS DE USO Y
PREPARACIÓN DE LAS SRO Y EL SUERO CASERO EN LAS MADRES DE
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013**

		n	%
¿Cómo se prepara el suero casero?	No sé	116	66,7%
	8 cucharaditas de azúcar y una cucharita de sal en 1 litro	0	0,0%
	6 cucharaditas de azúcar y 2 de sal en 1 litro de agua	8	4,6%
	1 cucharadita de azúcar y 1 de sal en 1 litro de agua	27	15,5%
	3 cucharaditas de azúcar y 2 de sal en 1 litro de agua	23	13,2%
	Total	174	100,0%
¿Para qué sirven las sales de rehidratación oral	No sé	45	25,9%
	Prevenir la diarrea	20	11,5%
	Tratar el cólico	0	0,0%
	Reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea	60	34,5%
	Curar las diarreas	49	28,2%
	Total	174	100,0%
¿Cuánto tiempo duran las SRO y suero casero Preparado?	No sé	64	36,8%
	24 horas a temperatura ambiente	35	20,1%
	48 horas ó 2 días de refrigeración	13	7,5%
	Todo el tiempo	35	20,1%
	Sólo 6 horas	27	15,5%
	Total	174	100,0%
¿Cuándo se administra el suero casero?	No sé	49	28,2%
	Con cucharita pausadamente	36	20,7%
	Con biberón hasta llenarse	53	30,5%
	Darle seguido para que sane rápido	28	16,1%
	En vaso aunque el niño no pida	8	4,6%
	Total	174	100,0%
¿Qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea?	No sé	8	4,6%
	No darle comida	27	15,5%
	Brindarle comida en forma fraccionada	71	40,8%
	Darle frutas, ensaladas o lo que le guste al niño	7	4,0%
	Darle leche	61	35,1%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

En la presente tabla, distribución de frecuencia según conocimientos de uso y preparación de las SRO y el suero casero, el 66,7% de las madres no saben cómo se prepara el suero casero, seguido del 15,5% de las madres que refieren es 1 cucharadita de azúcar y 1 de sal en 1 litro de agua, seguido del 13,2% de las madres que refieren son 3 cucharaditas de azúcar y 2 de sal en 1 litro de agua y el 4,6% restante de las madres opinan que es 6 cucharaditas de azúcar y 2 de sal en un litro de agua.

Al preguntar para que sirven las sales de rehidratación oral, el 34,5% de las madres piensan que es para reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea, seguido del 28,2% de las madres que opina es para curar las diarreas y el 25,9% de ellas refieren no saber para qué sirven.

A la pregunta de cuánto tiempo duran las SRO y el suero casero preparado, el 36,8% de las madre refieren no saber cuánto tiempo duran, el 20,1% de las madres opinan es 24 hrs. a temperatura ambiente y todo el tiempo con el mismo porcentaje y el 7,5% opinan dura 48 horas ó 2 días en el refrigerador.

Respecto a cuándo se administra el suero casero, el 30,5% refieren con biberón hasta llenarse, el 28,2% manifiesta no saber y el 20,7% opina se debe dar con cucharita pausadamente.

Y frente a qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea, el 40,8% de las madres piensan se debe dar comida en forma fraccionada, seguido del 35,1% que refieren se debe dar leche, el 15,5% de las madres refiere no se les debe dar comida y el 4,5% de los casos no saben qué hacer.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE
LA ENFERMEDAD DIARREICA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013

		n	%
¿En qué momento debe darle SRO a su hijo?	No sé	50	28,7%
	Después de cada diarrea	42	24,1%
	En cualquier momento	56	32,2%
	Cuando llora con lágrimas	3	1,7%
	Cuando vomita todo	23	13,2%
	Total	174	100,0%
¿En qué circunstancias lleva al centro de salud a su hijo?	No sé	9	5,2%
	Cuando llora con lágrimas y deja de tomar líquidos	65	37,4%
	Tiene piel seca y bebe agua	51	29,3%
	Cuando presenta más de 2 deposiciones líquidas seguidas	23	13,2%
	Cuando llora demasiado con lágrimas y aún bebe	26	14,9%
	Total	174	100,0%
¿Qué le debe dar a su hijo cuando tiene diarrea?	No sé	2	1,1%
	Agua de anís	71	40,8%
	Suero casero	55	31,6%
	Nada, porque todo lo elimina	20	11,5%
	Solo comida	26	14,9%
	Total	174	100,0%
¿Qué le puede pasar a su hijo si se deshidrata?	No sé	24	13,8%
	Puede entrar en shock y morir	72	41,4%
	Puede darle fiebre y complicarse	57	32,8%
	Puede aumentar de peso	0	0,0%
	Puede empeorarse si le doy poco agua	21	12,1%
	Total	174	100,0%
El tratamiento de un niño deshidratado es:	No sé	32	18,4%
	Tratamiento con suero endovenoso en el hospital	38	21,8%
	Administrar abundante líquido en el hogar	69	39,7%
	Aumentar la frecuencia de alimentos en el hogar	27	15,5%
	Antibióticos por vía oral o endovenoso	8	4,6%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

En la tabla 6, podemos observar que respecto al momento en que se debe dar SRO, el 32,2% de las madres opinan se deben dar en cualquier momento, seguido del 28,7% de las madres que refieren no saber y el 24,1% de ellas opinan que debe ser después de cada diarrea.

Al indagar en qué circunstancia llevaría a su hijo al Centro de salud, el 37,4% de las madres opinan que lo harían cuando su hijo llore con lágrimas y deje de tomar líquidos, el 29,3% de ellas refieren que cuando tengan la piel seca y bebe agua y un 14,9% de las madres cuando llore demasiado con lágrimas y aún beba líquidos.

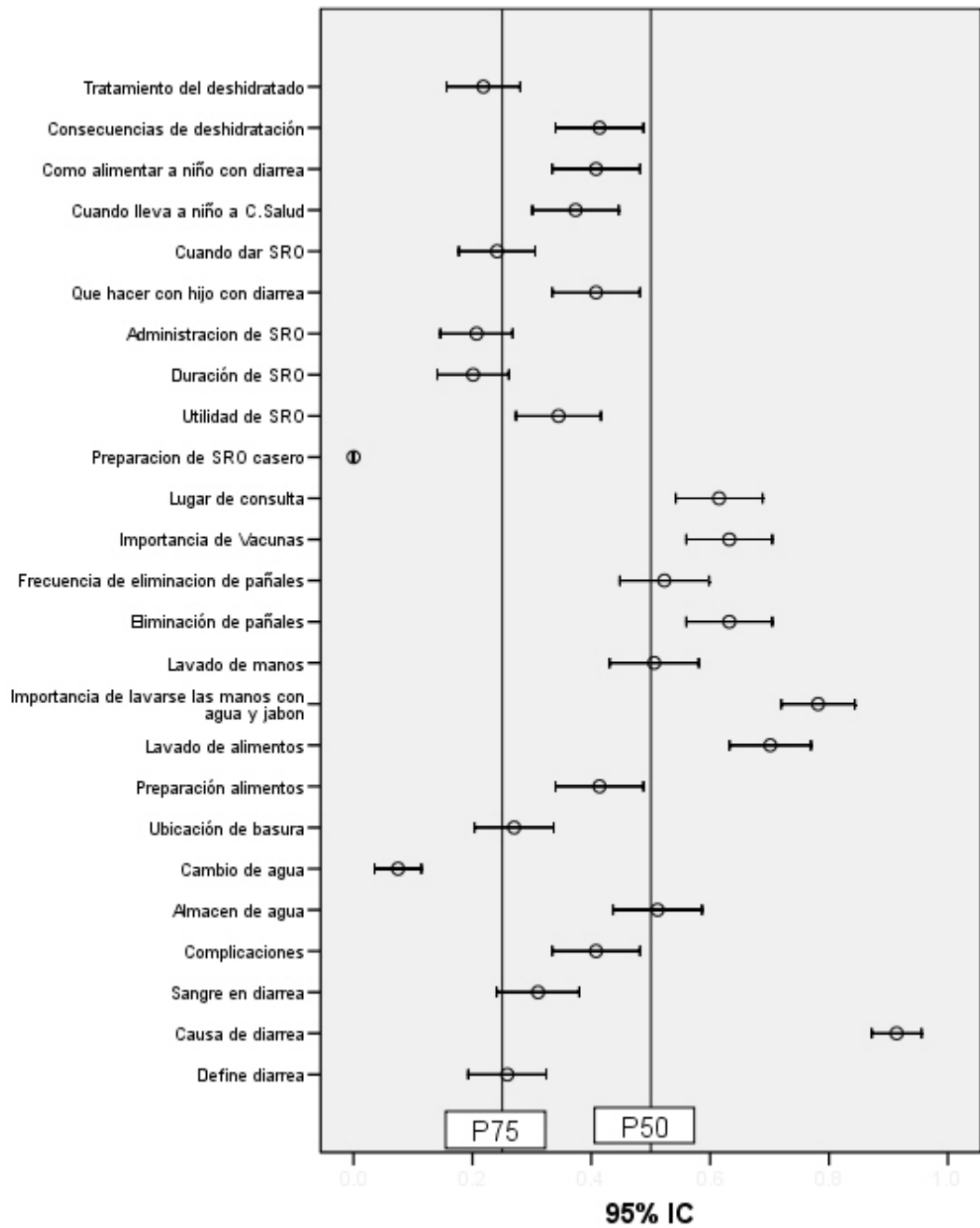
Al preguntar sobre que le debe dar a su hijo cuando tenga diarrea, el 40,8% de las madres refieren que agua de anís, seguido del 31,6% que manifiestan darían el suero casero y el 14,9% de las madres le darían solo comida.

A la pregunta de que le pasaría a su hijo si se deshidrata, el 41,4% de las madres refieren que podría entrar en shock y morirse, seguido del 32,8% de las madres que opinan puede darles fiebre y complicarse, y un 13,8% manifiestan no saber.

Al preguntar sobre cuál es el tratamiento de un niño deshidratado, el 39,7% de las madres opinan que es administrar abundante líquido en el hogar, seguido del 21,85% que opina se debe administrar tratamiento endovenoso en el hospital y un 18,4% refiere no saber cuál es el tratamiento.

GRÁFICO Nº 1

**GRÁFICO DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIA DE LOS REACTIVOS
APLICADOS EN LA MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO DE
ENFERMEDAD DIARREICA**



En el gráfico N° 1 se observa la distribución y tendencia de los reactivos aplicados en la medición del conocimiento. Se estableció en un nivel de confianza del 95%, lo que determina que si repitiéramos el estudio en 100 probables muestras nuevas diferentes en la misma población, los resultados serían similares a los presentados. Cabe destacar que se representa cada pregunta en su distribución de frecuencia (variable cuantitativa que va de 0 a 100%) en una escala que va desde sabe (puntaje = 1) a no sabe (puntaje = 0). La gráfica representará la orientación de las frecuencias de todo el grupo con un nivel de error menor al 5%.

Además se graficó los niveles percentilares estimados para el 75% y 50%. Al observar el nivel del P75, podemos afirmar que hasta el 75% de la población en estudio lo que menos conoce es: “Tratar al niño deshidratado”, “Cuándo dar SRO”, “Cómo administrar las SRO”, “Cuánto dura las SRO ya preparadas”, “Dónde ubicar la basura adecuadamente”, “Cuándo cambiar el agua” y “Cómo definir adecuadamente la diarrea”. Como se podrá apreciar, los datos consignado como bajo conocimiento están directamente relacionados a un cuidado correcto de los niños y su cuidado y prevención de complicaciones.

TABLA 7

**NIVEL DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LA ENFERMEDAD
DIARREICA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE
LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013**

		n	%
Nivel de prácticas preventivas	Bajo	166	95,4%
	Medio	6	3,4%
	Alto	2	1,1%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

En la tabla 7, distribución de frecuencias según el nivel de prácticas preventivas, se encontró que el 95,4% de las madres tienen un nivel bajo de prácticas preventivas, seguido del 3,4% de ellas que tienen un nivel medio y solo el 1,1% presenta un nivel alto de prácticas preventivas.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”

TABLA 8
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN VERIFICACIÓN DOMICILIARIA:
PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013

		n	%
El agua que consume esta clorada o hervida	No	0	0,0%
	Sí	174	100,0%
	Total	174	100,0%
Tiene agua en red o almacena en tacho limpio	No	127	73,0%
	Sí	47	27,0%
	Total	174	100,0%
Elimina las excretas en letrina o baño conectado a red	No	143	82,2%
	Sí	31	17,8%
	Total	174	100,0%
Elimina los desechos en recipientes en tachos de plástico con tapa	No	125	71,8%
	Sí	49	28,2%
	Total	174	100,0%
Se lava las manos con jabón antes y después de preparar alimentos, cambiar los pañales ir al baño o comer	No	133	76,4%
	Sí	41	23,6%
	Total	174	100,0%
Elimina los pañales en tachos con tapa y luego al basurero	No	125	71,8%
	Sí	49	28,2%
	Total	174	100,0%
Lava las frutas y verduras con agua clorada	No	111	63,8%
	Sí	63	36,2%
	Total	174	100,0%
Mantiene las frutas y verduras protegidas de tierra y moscas	No	124	71,3%
	Sí	50	28,7%
	Total	174	100,0%
Mantiene los utensilios protegidos de tierra y ,moscas	No	115	66,1%
	Sí	59	33,9%
	Total	174	100,0%
Los niños menores de 5 años tienen todas las vacunas	No	80	46,0%
	Sí	94	54,0%
	Total	174	100,0%
Identifica a su establecimiento más cercano	No	90	51,7%
	Sí	84	48,3%
	Total	174	100,0%
Cuando el niño tiene diarrea le da suero casero	No	141	81,0%
	Sí	33	19,0%
	Total	174	100,0%
Cuando el niño tiene diarrea continua con leche materna	No	140	80,5%
	Sí	34	19,5%
	Total	174	100,0%
Cuando el niño tiene diarrea le brinda más líquido de lo acostumbrado	No	101	58,0%
	Sí	73	42,0%
	Total	174	100,0%
Cuando el niño tiene diarrea le da suero casero y además comida	No	155	89,1%
	Sí	19	10,9%
	Total	174	100,0%
El niño que tiene diarrea recibe comidas solo cuando lo pide	No	127	73,0%
	Sí	47	27,0%
	Total	174	100,0%
Cuando su niño presenta más de dos signos de deshidratación lo lleva al médico	No	90	51,7%
	Sí	84	48,3%
	Total	174	100,0%
Cuando su niño tiene diarrea le da de comer más veces pero fraccionado	No	139	79,9%
	Sí	35	20,1%
	Total	174	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos pre-elaborado

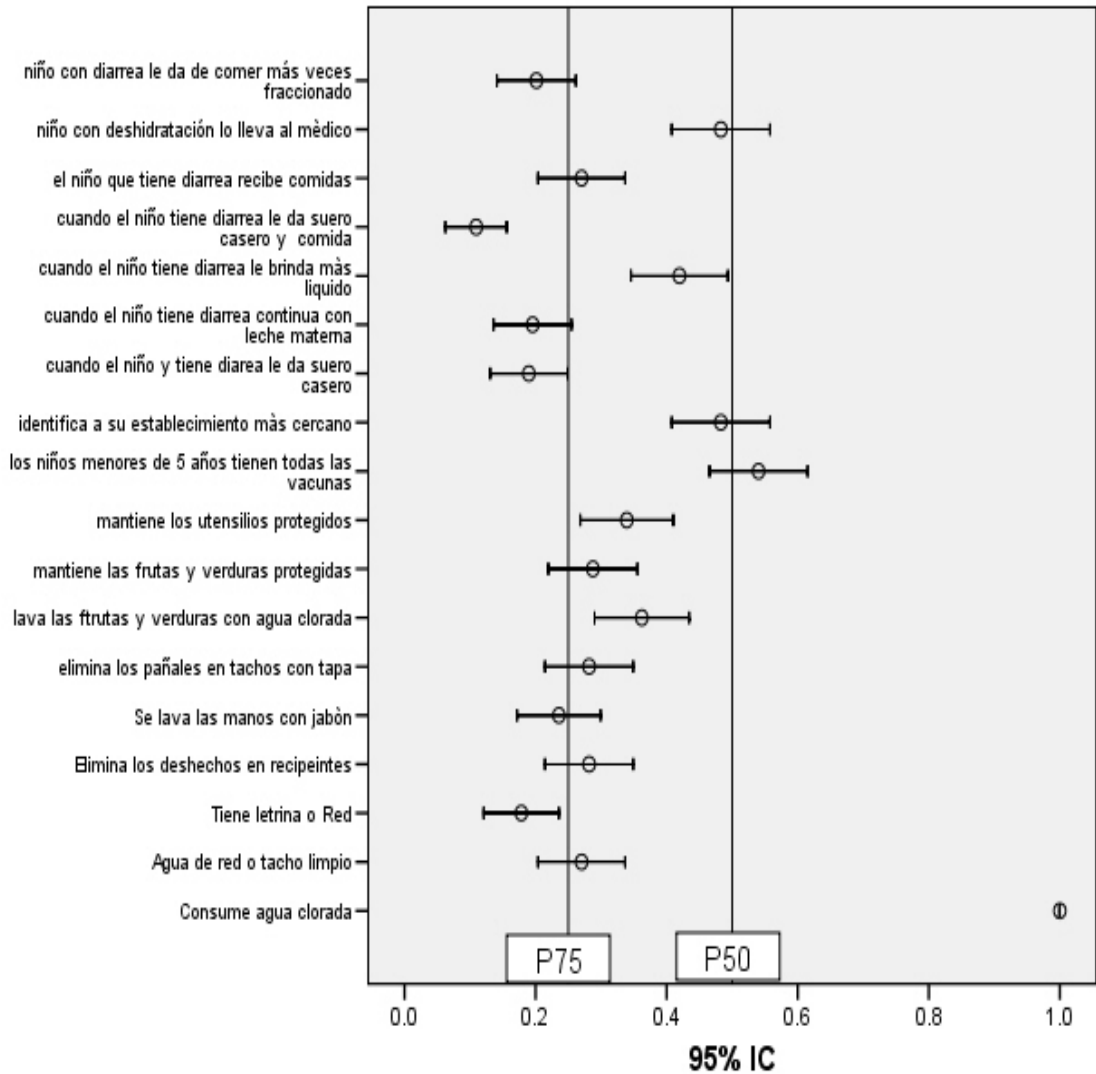
En la tabla 8, Verificación domiciliaria: prácticas preventivas de las madres frente a enfermedad diarreica, encontramos que el 100% de ellas refieren consumir agua clorada o hervida, el 73% de las madres refieren no tener agua conectada a red (potable) ó almacena el agua en un tacho limpio y con tapa, alejado del suelo y basura, el 27% restante si tienen. El 82,2% de las madres eliminan las excretas en letrina y el 17,8% tienen desagüe conectado a red. Solo el 28,2% de las madres elimina los desechos en tachos con tapa, el 76,4% de las madres no se lavan las manos con jabón antes y después de preparar los alimentos, cambiar los pañales, ir al baño o a comer. El 28,2% de las madres elimina el pañal en tachos con tapa y de ahí al basurero. El 36,2% de las madres lavan las frutas y verduras con cloro. El 71,3% de las madres no mantienen protegidas las frutas y verduras de tierra y moscas; el 66,1% de las madres no mantienen protegidos los utensilios de tierra y moscas.

El 54% de los niños de las madres objeto de estudios tienen todas las vacunas,

El 51,7% de las madres no identifica el establecimiento de salud mas cercano, El 81% de las madres no le dan suero casero a sus hijos cuando tienen diarrea, si el niño tiene diarrea el 80,5% de las madres no continúan con la lactancia materna. Cuando el niño tiene diarrea el 58% de las madres no le brindan mas líquido de lo acostumbrado. El 89,1% de las madres cuando su hijo tiene diarrea no le dan suero casero y además comida, el 73% de las madres refieren que cuando su niño tiene diarrea solo le dan comida cuando el niño lo pide; si el niño presenta más de 2 signos de deshidratación el 51,7% de las madres no lo llevan al médico. Y si el niño tiene diarrea el 79,9% de las madres no le dan de comer más veces pero fraccionado.

GRÁFICO N° 2

**VERIFICACIÓN DOMICILIARIA: PRACTICAS PREVENTIVAS DE LAS
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**



En el gráfico N° 2 se observa la distribución y tendencia de los reactivos aplicados en la verificación domiciliaria: Prácticas preventivas. Se estableció en un nivel de confianza del 95%, lo que determina que si

repitiéramos el estudio en 100 probables muestras nuevas diferentes en la misma población, los resultados serían similares a los presentados. Cabe destacar que se representa cada pregunta en su distribución de frecuencia (variable cuantitativa que va de 0 a 100%) en una escala que va desde realiza practicas preventivas (puntaje = 1) a no realiza practicas preventivas (puntaje = 0). La gráfica representará la orientación de las frecuencias de todo el grupo con un nivel de error menor al 5%.

Además se graficó los niveles percentilares estimados para el 75% y 50%. Al observar el nivel del P75, podemos afirmar que hasta el 75% de la población en estudio lo que menos realiza como practica preventiva es: “Darle comida al niño que tiene diarrea”, “Mantener frutas y verduras protegidas de tierra y moscas”, “Eliminar los pañales en tachos con tapa y luego al basurero”, “Lavarse las manos con jabón antes y después de preparar alimentos, cambiar los pañales ir al baño o comer”, “Eliminar los desechos en recipientes en tachos de plástico con tapa”, “Tener agua en red o almacena en tacho limpio”. Como se puede apreciar, los datos consignados como baja practica preventiva están directamente relacionados a un bajo nivel de conocimientos sobre diarrea y su tratamiento.

DISCUSIÓN

La educación de los padres influye en la salud de la familia mediante diversos mecanismos, como son el permitirles mayor acceso a la información, desarrollar sus capacidades para reconocer los síntomas y signos que requieren atención médica, y ayudarlos a adoptar estilos de vida más sanos.

Las enfermedades diarreicas se pueden reducir mediante la puesta en marcha de estrategias adecuadas en la atención primaria.

El bajo nivel educativo encontrado (40,2% de las madres tienen nivel primario y el 9,8% son analfabetas) y las prácticas preventivas bajas o inadecuadas de algunas madres fueron los resultados de la presente investigación, lo cual refleja la importancia de mejorar los programas de educación sanitaria de modo que la madre y su familia participen activamente en la prevención y adecuado tratamiento de las enfermedades diarreicas. El nivel de conocimiento de enfermedad diarreica encontrado en las madres objeto de estudio, reveló que el 98,3% tienen un nivel bajo y el 1,7% restante un nivel medio de conocimientos.

Nuestros datos difieren a los encontrados por Gamarra-Atero⁷ quien concluyó que las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81 por ciento) y actitudes favorables (66,7 por ciento) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.

Los aspectos que menos conoce las madre objeto de estudio reflejan que el 75% no sabe: “Cómo tratar al niño deshidratado”, “Cuándo dar SRO”, “Cómo administrar las SRO”, “Cuánto dura las SRO ya preparadas”, “Dónde ubicar la basura adecuadamente”, “Cuándo cambiar el agua” y “Cómo definir adecuadamente la diarrea”. Como se puede apreciar, los

datos consignados como bajo conocimiento están directamente relacionados a un cuidado correcto de los niños y su cuidado y prevención de complicaciones.

Nuestros hallazgos difieren a los de Medina⁹, quien en su trabajo realizado en madres cuidadoras integrales ubicadas en una barriada, encontró que previo a la capacitación el 52,17 por ciento sabían definir diarreas; 82,61 por ciento tenían prácticas alimentarias correctas en diarreas infantiles; 56,52 por ciento preparaba correctamente el suero oral y el 100 por ciento no sabe la del suero casero. Todos estos niveles mejoraron en más del 95 por ciento post-capacitación. La capacitación según AIEPI logra mejorar las prácticas en la atención de casos de diarrea por las Madres Integrales de los Hogares de Cuidado Diario.

Los niños con diarrea necesitan tomar mayor cantidad de líquidos de la que reciben usualmente para reemplazar lo que se pierde en las heces y vómitos. La mayoría de las veces, la deshidratación puede prevenirse si al inicio de la diarrea se administran líquidos adecuados en volumen suficiente.

La rehidratación oral puede ser preparada con sales de rehidratación oral comerciales o con recetas caseras apropiadas las cuales son llamadas sueros caseros, entre las que se incluyen el agua de arroz, soluciones de sal y azúcar, soluciones a base de cereales, sopas y papillas tradicionales.

Respecto al nivel de prácticas preventivas, en nuestro trabajo se encontró que el 95,4% de las madres tienen un nivel bajo de prácticas preventivas, seguido del 3,4% de ellas que tienen un nivel medio y solo el 1,1% presenta un nivel alto de prácticas preventivas.

Dato similar se encontró en el trabajo realizado por Cabel⁵, en el que concluyó que un gran porcentaje de las madres encuestadas desconocen cuáles son las medidas preventivas de las E.D.A. a los niños menores de 5 años requiriendo con urgencia de una educación sobre estos aspectos. En tanto que Rojas⁸, concluyó que existen aún elevadas prevalencias de enfermedades infecciosas, mientras que las características de alimentación del niño, aún no siguen los patrones recomendados, afectando la salud y nutrición de los niños del Perú.

Respecto a la evaluación de las Prácticas preventivas, podemos afirmar que el 75% de la población en estudio lo que menos realiza como práctica preventiva es: “Darle comida al niño que tiene diarrea”, “Mantener frutas y verduras protegidas de tierra y moscas”, “Eliminar los pañales en tachos con tapa y luego al basurero”, “Lavarse las manos con jabón antes y después de preparar alimentos, cambiar los pañales ir al baño o comer”, “Eliminar los desechos en recipientes en tachos de plástico con tapa”, “Tener agua en red o almacena en tacho limpio”. Cómo se puede apreciar, los datos consignados como baja práctica preventiva están directamente relacionados a un bajo nivel de conocimientos sobre diarrea y su tratamiento.

Nuestros hallazgos son semejantes a los de Reyes¹⁰, quien manifiesta que al concluir su trabajo se percatan que existe un desconocimiento por parte de las madres en cuanto a los hábitos higiénicos para prevenir las enfermedades diarreicas agudas. El tratamiento considerado por las madres fue el uso de las sales de rehidratación oral y el novatropín; además se restringió el huevo, el pescado y la lactancia artificial, se identificaron como complicaciones más frecuentes la deshidratación y la sepsis urinaria. Las investigaciones que se realizan en todo el mundo sobre el nivel de conocimiento que poseen las madres en cuanto a las

enfermedades diarreicas agudas, en general, son mínimas, lo cual corresponde con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

En general con nuestro trabajo podemos concluir que el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas y las prácticas de prevención fueron bajas o inadecuadas.

CONCLUSIONES

1. Respecto al nivel de conocimientos de medidas de prevención de las madres de los niños menores de 5 años, se puede concluir que el nivel es bajo encontrándose esta frecuencia en el 98,3% de los casos.
2. El nivel de las prácticas halladas acerca de las medidas preventivas de las E.D.A. de las madres de niños menores de 5 años, fue baja o inadecuadas (95,4%), siendo las menos realizadas “Darle comida al niño que tiene diarrea”, “Mantener frutas y verduras protegidas de tierra y moscas”, “Eliminar los pañales en tachos con tapa y luego al basurero”, “Lavarse las manos con jabón antes y después de preparar alimentos, cambiar los pañales ir al baño o comer”, “Eliminar los desechos en recipientes en tachos de plástico con tapa”, “Tener agua en red o almacena en tacho limpio”.
3. Existe una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y las prácticas acerca de las E.D.A. (dada que ámbos niveles “conocimientos” y “prácticas” superan el 95% en la condición de “bajo”)

RECOMENDACIONES

1. A partir del conocimiento de las características de la población, se hace necesario capacitar de forma continua a la familia, y al equipo de salud en función de dar respuesta a las preocupaciones de las madres con relación a las diarreas.
2. La promoción de salud, debe constituir una estrategia permanente de los Establecimientos de salud, para disminuir el número de casos de diarreas, los costos sociales y económicos para el país, la familia y las instituciones prestadoras de servicios.
3. Es importante que las actividades de educación para la salud en la atención primaria, sean reforzadas por los medios de difusión masiva, por lo que los profesionales de salud deben insistir en que las madres lean, escuchen y vean los programas destinados a estos temas y luego se amplíen y debatan en la comunidad.
4. Estimular en la madre la lactancia materna, educar sobre medidas higiénicas de preparación de alimentos y lavado de manos, identificación de signos y síntomas de diarrea y la importancia del consumo de agua potable hervida.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N°330. Agosto de 2009.
2. Banco Mundial. Informe Perú. 2011.
3. Dirección General de Epidemiología. Perú. Reporte 2012. <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/15.pdf>.
4. Miranda, Jorge; Ramos, Willy. Pronóstico de la tendencia nacional y regional de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años de edad en el Perú mediante un modelo ARIMA con el enfoque Box-Jenkins. Rev. Peru. Epidemiol. (Online).
5. Cabel Velásquez Julissa Diana. “Conocimiento de las madres de familia sobre la prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años en el Asentamiento Humano la Huaca - Santiago de Surco “Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. Lima: 2002 I.E.S.N.
6. Ramos, Willy; Valdez, William; Miranda, Jorge; Tovar, Juan Carlos. Influencia del acceso a servicios de agua y desagüe sobre las atenciones por enfermedad diarreica aguda en establecimientos del Ministerio de Salud. Estudio ecológico: Perú, enero a diciembre de 2007. Rev. Peru. Epidemiol. (Online) 2010
7. Gamarra-Atero, Raquel; Porroa-Jacobo, Mayra; Quintana-Salinas, Margot. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. An. Fac. Med. (Perú);71(3):179-183, jul.-set. 2010

8. Rojas Dávila, Carlos Enrique; Ysla M., Marlit; Riega D., Vanesa; Ramos H., Olga; Moreno P., Carmen; Bernui Leo, Ivonne Isabel. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en Perú. Rev. peru. med. exp. salud publica;21(3):146-156, jul.-sept. 2004
9. Medina, R; Labrador, M; Goyri, R. Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario / Knowledge of mothers with a child care with acute diarrhea in day care. Col. med. estado Táchira; 18(1): 4-13, ene.-mar. 2009. Tab Article en Es | LILACS | ID: 530720
10. Reyes Tur, Yuriena, Rey Camacho Yurelis, Conocimiento de las madres sobre la Diarrea y su prevención. 2006. Cuba.
11. Walon, Henry. La Ciencia, su Método y su filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte. s/f. Pág. 11.
12. Rusell, Bertrand, El Conocimiento Humano. 7ma edición. España: Editorial Taurus, S.A. 2000
13. Villapando, José, "Ciencia y Conducta Humana". Editorial Dubis S.A. Barcelona –España.
14. OPS. “Hacia el Mejoramiento de la Salud a Través de los Cambios de Comportamientos”. Una Guía Práctica Para la Promoción de la Higiene Biblioteca. Año 2005 Pág. 6.
15. Lecturas en Diarreas e Infección Respiratoria Aguda en niños - Lima – Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia 1994.

16. Lanata De Las Casas, C. Epidemiología de la Diarrea en el Perú.
Seminario Taller: Manejo Dietético de la Diarrea, Lima, 1,986.
17. Ministerio de Salud del Perú.
ftp://ftp.minsa.gob.pe/.../diarreicas/MANUAL_PROCEDIMIENTOS_.
18. Diez-Delgado Rubio Javier. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales: Sección 6 Manejo de Diarreas. 2006. España.
19. Chauliac, M: Water requirements: physiology and pathology. In: Diarrhoeal Diseases. Children in the Tropics, Centre International des Enfants, París, 1985;158:11-19.
20. Organización Panamericana de la Salud. Patogenia de la diarrea infecciosa. En: Manual de tratamiento de la diarrea. Washington DC, 1987:70-93. (Serie Paltex; 13).
21. Hirschhorn, N. The treatment of acute diarrhea in children: An historical and physiologic perspective. *Am J Clin Nutr.* 33:637-663, 2009.
22. Provisional committee on quality improvement, subcommittee on acute gastroenteritis. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. *Pediatrics* 1996; 97: 424-436.
23. Duggan C, Santosham M, Glass RI. The management of acute diarrhea in children: Oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR* 1992; 41(No. RR-16): 1-20.

24. Holliday M. The evolution of therapy for dehydration: should deficit therapy still be taught? *Pediatrics* 1996; 98: 171-177
25. ESPGAN Working Group. Recommendations for composition of oral rehydration solutions for the children of Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992; 14: 113-115.
26. Sandhu BK, Isolauri E, Walker-Smith JA et al. Early feeding in childhood gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997 24: 522-527.
27. Medina, R; Labrador, M; Goyri, R. Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario / Knowledge of mothers with a child care with acute diarrhea in day care. *Col. med. estado Táchira*; 18(1): 4-13, ene.-mar. 2009. Tab Article en Es | LILACS | ID: 530720
28. Reyes Tur, Yuriena, Rey Camacho Yurelis, Conocimiento de las madres sobre la Diarrea y su prevención. 2006. Cuba.
29. Flores Avalos. Nivel de conocimiento sobre EDA y su relación con las prácticas acerca de las medidas de prevención en las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. UNMSM. Unidad De Post Grado 2007.

ANEXOS

CUESTIONARIO

De la Madre:

Edad: -----

Grado de instrucción:

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior Incompleta
5. Superior Completa

Lugar de procedencia: -----

Dirección actual : -----

- 1) ¿la diarrea se define como?
 - a. Deposiciones líquidas más de 1 vez al día.
 - b. Deposiciones líquidas más de 3 veces al día.
 - c. Deposiciones líquidas 2 veces al día.
 - d. Deposiciones líquidas abundantes al día.

- 2) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones pueden ser la causa de la diarrea?
 - a. Consumos de alimentos con cáscara y lavados.
 - b. Frutas y verduras consumidas sin lavar.
 - c. Consumo de agua hervida y clorada.
 - d. Consumo de alimentos cocidos y cubiertos.

- 3) ¿Qué indica la presencia de sangre en las deposiciones?
 - a. Peligro de muerte.
 - b. Infección.
 - c. Muerte inmediata.
 - d. Deshidratación leve.

- 4) ¿Se presenta como complicación de la diarrea?
 - a. Deshidratación.
 - b. Infección.
 - c. Buena nutrición
 - d. Aumento de peso.

- 5) ¿Cómo debe almacenarse el agua para consumo, cuando no hay agua potable conectada a red en su casa?

- a. En un depósito limpio con tapa.
 - b. En un cilindro sin tapa.
 - c. No debe almacenarse.
 - d. En cualquier depósito.
- 6) ¿Con qué frecuencia debe cambiarse el agua almacenada para consumo?
- a. Cada 7 días.
 - b. Ínter diario.
 - c. Cada 3 días.
 - d. Cuando se acabe el agua
- 7) ¿Dónde deben ser ubicados los depósitos de basura, antes de ser eliminados en el camión recolector?
- a. Dentro de la casa en un recipiente con tapa.
 - b. Dentro de la casa en un tacho.
 - c. Fuera de la casa.
 - d. Montículo de basura
- 8) Antes de preparar los alimentos usted:
- a. Lava muy bien los alimentos.
 - b. Se lava las manos.
 - c. Verifica que se encuentra en buenas condiciones.
 - d. Todas son correctas.
- 9) En relación a la preparación de los alimentos, señale ¿cuál de los siguientes afirmaciones es correcto?
- a. Antes de preparar los alimentos los lava bien en agua potable o clorada.
 - b. No le preocupa la condición en que se encuentran los alimentos.
 - c. Si hay tiempo suficiente lavarlos bien.
 - d. Si se va a cocinar, no es necesario lavarlo previamente.
- 10) ¿Por qué es importante lavarse las manos con agua y jabón?
- a. Porque protege de enfermedades.
 - b. Porque evita la fiebre.
 - c. Porque cura enfermedades.
 - d. Porque es costumbre lavarse.
- 11) ¿Cuándo deben lavarse las manos con agua y jabón?
- a. Antes de preparar los alimentos.
 - b. Sólo después de ir al baño.
 - c. Antes de cambiar el pañal.
 - d. Cuando se pueda.

- 12) ¿En qué lugar debe eliminar los pañales descartables de su niño cuando hace deposición?
- En un tacho con tapa.
 - Lo deja al aire libre.
 - Lo desecha en cualquier lugar.
 - Lo tira al piso, al lado de su cama hasta que pasa el basurero.
- 13) ¿Con qué frecuencia usted debe eliminar los pañales descartables sucios?
- Se debe eliminar diariamente
 - Se debe eliminar cada 2 días.
 - Se debe eliminar semanalmente.
 - Cuando pase el basurero.
- 14) ¿Por qué son necesarias las vacunas?
- Porque permite generar defensas que lo protegen de las enfermedades.
 - Porque evita la diarrea.
 - Porque ayuda con el crecimiento del niño
 - Porque permite el adecuado desarrollo del niño.
- 15) Cuando su hijo tiene diarrea, ¿a dónde acude?
- Al naturista.
 - Farmacia.
 - Centro de salud.
 - No lo saca de casa.
- 16). ¿Cómo se prepara el suero casero?
- 8 cucharaditas de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
 - 6 cucharadas de azúcar y dos cucharadita de sal en 1 litro de agua.
 - 1 cucharada de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
 - 3 cucharadas de azúcar y dos cucharaditas de sal en 1 litro de agua.
- 17) ¿Para qué sirven las sales de rehidratación oral?
- Prevenir la diarrea.
 - Tratar el cólico.
 - Reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea.
 - Curar las diarreas.
- 18) ¿Cuánto tiempo dura las sales de rehidratación oral y el suero casero una vez preparado?
- 24 horas a temperatura ambiente.
 - 48 horas o 2 días en refrigeración.
 - Todo el tiempo.
 - Solo 6 horas

- 19) ¿Cómo se administra el suero casero en niños menores de 2 años?
- Con cucharadita pausadamente.
 - Con biberón hasta llenarse.
 - Darle seguido para que sane rápido.
 - En vaso aunque el niño no pida.
- 20) ¿Qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea?
- No darle comida.
 - Brindarle comida en forma fraccionada, varias veces al día.
 - Darle solo frutas, ensaladas o lo que le gusta al niño.
 - Darle leche.
- 21) ¿En qué momento debe darle suero de rehidratación oral a su hijo?
- Después de cada diarrea.
 - En cualquier momento.
 - Cuando llora con lágrimas.
 - Cuando vomita todo.
- 22) Si su niño tiene diarrea, ¿en qué circunstancias lo lleva al Centro de Salud?
- Cuando llora sin lágrimas y deja de tomar líquidos.
 - Tiene piel seca y bebe agua.
 - Cuando presentar 2 deposiciones líquidas seguidas.
 - Cuando llora demasiado con lágrimas y aun bebe.
- 23) ¿Qué le debe dar a su hijo cuando tiene diarrea?
- Agua de anís.
 - Suero casero.
 - Nada porque todo lo elimina.
 - Solo comida.
- 24) ¿Qué puede pasar si su hijo está muy deshidratado?
- Puede entrar en shock y morir.
 - Puede darle fiebre y complicarse.
 - Puede aumentar de peso
 - Puede empeorarse si le doy poco agua.
- 25) El tratamiento de un niño que esta muy deshidratado incluye:
- Tratamiento con suero endovenoso en el hospital.
 - Administrar abundante líquido en el hogar.
 - Aumentar la frecuencia de alimentos en el hogar.
 - Antibióticos por vía oral o endovenoso.

**VISITA DOMICILIARIA
LISTA DE COTEJO**

	SI	NO
1. El agua que consume esta clorada o hervida		
2. Tiene agua conectada a red (potable) o almacena el agua en un tacho limpio y con tapa, alejado del suelo y basura.		
3. Elimina las excretas en letrinas o baño conectado a red		
4. Elimina los desechos en recipiente de plástico con tapa		
5. ¿se lava las manos con jabón antes y después de preparar los alimentos, cambiar los pañales, ir al baño, comer los alimentos?		
6. Elimina los pañales en tacho con tapa y luego al basurero.		
7. Lava las frutas y verduras con agua clorada		
8. Mantiene las frutas y verduras protegidos de tierra y moscas		
9. Mantiene los utensilios protegidos de tierra y moscas.		
10 Los niños menores de 5 años tienen todas las vacunas		
11. Identifica claramente un establecimiento más cercano de la jurisdicción donde acudir		
12. Cuando el niño tiene diarrea le da suero casero		
13. Cuando el niño tiene diarrea continua con leche materna		
14. Cuando el niño tiene diarrea le brinda más líquido de lo acostumbrado		
15. Cuando el niño tiene diarrea, le da suero casero y además comida		
16. El niño que tiene diarrea recibe comidas sólo cuando lo pide		
17. Cuando su niño y presenta más de 2 signos de deshidratación, Ud., lo lleva al Centro de Salud o médico particular.		
18. Cuando su niño tiene diarrea le da de comer más veces pero fraccionado.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “Nivel de conocimiento, actitud sanitaria y prácticas de prevención sobre Enfermedad Diarreica Aguda en las madres de niños menores de 5 años de la comunidad Alto Tacna. 2013”. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención.

Firma:

DNI:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD ALTO TACNA. 2013”

Tabla 6: Incidencia acumulada de enfermedades diarreicas por regiones en el Perú 2012 SE. 15

REGION	Eda Acuosa				Eda Disentérica				Eda Total				Eda Total en menores de 5 años			
	SE 15	Hasta SE 15	Incidencia Acumulada	Defunciones	SE 15	Hasta SE 15	Incidencia Acumulada	Defunciones	SE 15	Hasta SE 15	Incidencia Acumulada	Defunciones	SE 15	Hasta SE 15	Incidencia Acumulada	Defunciones
Amazonas	625	9,130	218.68		25	409	9.80		650	9539	228.47		353	5,037	1,075.43	
Ancash	787	10,571	93.60		30	642	5.68		817	11213	99.28		359	5,629	495.00	
Apurimac	219	3,543	78.41	1	20	284	6.28		239	3827	84.69	1	199	2,290	436.07	1
Arequipa	1,786	28,103	225.68	2	85	1,084	8.71		1871	29187	234.39	2	658	12,750	1,231.44	2
Ayacucho	361	5,704	85.64	1	34	568	8.53		395	6272	94.17	1	161	3,551	448.79	1
Cajamarca	660	10,008	66.11		34	354	2.34		694	10362	68.45		398	5,933	364.12	
Callao	1,071	18,295	188.77		6	126	1.30		1077	18421	190.07		401	6,310	802.90	
Cusco	864	11,064	85.62	3	15	253	1.96		879	11317	87.58	3	336	5,555	427.12	1
Huancavelica	325	4,754	98.31		79	1,251	25.87	1	404	6005	124.18	1	208	2,898	429.57	
Huanuco	552	7,382	87.78	2	17	382	4.54		569	7764	92.32	2	240	4,143	427.35	1
Ica	441	7,843	102.72		17	335	4.39		458	8178	107.10		224	4,069	585.06	
Junin	615	8,168	61.81	2	8	148	1.12		623	8316	62.93	2	323	5,146	358.39	1
La Libertad	1,176	19,700	109.95		23	417	2.33		1199	20117	112.28		471	8,450	485.25	
Lambayeque	522	12,277	99.87		9	532	4.33		531	12809	104.20		432	5,973	531.16	
Lima Ciudad	1,560	25,476	73.00		90	1,037	2.97		1650	26513	75.97		748	12,747	472.45	
Lima Este	1,221	19,240	204.08		27	413	4.38	1	1248	19653	208.46	1	603	9,636	1,263.24	1
Lima	967	15,933	174.37	2	23	331	3.62		990	16264	177.99	2	495	6,945	814.73	1
Lima Sur	1,404	20,142	49.75		19	222	0.55		1423	20364	50.30		574	9,004	248.98	
Loreto	1,630	17,847	177.24	3	224	2,373	23.57		1854	20220	200.80	3	690	12,434	1,036.88	2
Madre De Dios	138	2,299	180.12	1	16	129	10.11		154	2428	190.22	1	107	1,565	1,183.99	1
Moquegua	252	6,128	350.45	1	8	176	10.07		260	6304	360.52	1	85	1,939	1,414.81	1
Pasco	589	7,007	235.46	3	14	217	7.29		603	7224	242.75	3	257	3,430	1,056.20	3
Piura	1,241	19,441	108.03	3	26	322	1.79		1267	19763	109.82	3	452	9,608	508.76	1
Puno	319	4,877	35.41	7	34	531	3.86	1	353	5408	39.27	8	262	3,117	207.81	2
San Martin	96	3,167	39.27			242	3.00		96	3409	42.27		170	2,135	255.70	
Tacna	524	7,987	242.83		2	75	2.28		526	8062	245.11		159	3,025	1,046.35	
Tumbes	94	2,561	112.21		2	32	1.40		96	2593	113.61		62	1,413	688.80	
Ucayali	389	6,351	132.97		45	1,027	21.50		434	7378	154.48		352	4,807	997.43	
Total general	20,428	314,998	104.53	31	932	13,912	4.62	3	21,360	328,910	109.14	34	9,779	159,539	545.68	19

Incidencia Acumulada x 10,000 hab.

Elaborado por: Unidad Técnica de Notificación