

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO
DIARREICO Y FUERON ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
VIÑANI EN EL AÑO 2013”**

Presentado por:

SILUPU VALDIVIA, Jimmy Ricardo

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Asesor:

DR. JUAN GIRON DAPPINO

2013

DEDICATORIA

A 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 padre, Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, enseñándome lo bueno y aprendiendo de lo malo, por su valor mostrado para salir adelante pese a las adversidades.

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 y más aun por su cariño y amor infinito del cual no fui ajeno

A mis tres hermanos, porque gracias a mis dos hermanos mayores aprendí muchas cosas de la vida y sin que lo noten me guiaron; y a mi hermanita de la cual aprendí como se debe luchar y progresar en la vida y no dejarme vencer en los momentos difíciles.

A mi papá Ricardo, que con su apoyo infinito pude vivir en un lugar que no me vio crecer físicamente, pero sí profesionalmente; del cual estaré eternamente agradecido.

A mis tíos, que supieron acompañarme y apoyarme cuando me encontraba solo y ellos estaban ahí cuando más los necesitaba.

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 permitirme vivir y estudiar esta hermosa carrera.

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

Un agradecimiento especial a la Dra. María Luz Chávez que me apoyó en este proceso de investigación desinteresadamente, solo con el afán de cumplir con la labor de un verdadero docente; de igual manera al Dr. Renán Neira y el Dr. Marco Rivarola que también fueron partícipes de mi trabajo y observaron todo lo que me costó realizarlo. Como no dar mis más grandes agradecimientos a las profesoras Verito y Sissy que me apoyaron en el procesamiento de mis resultados y con ellas pude por fin hacer mis tablas. También agradezco a mi asesor el Dr. Juan Girón Dappino por haberme apoyado en la realización de esta tesis.

ÍNDICE

Índice	4
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo I: El problema de investigación	10
1.1.- Fundamentación del problema	10
1.2.- Formulación del problema	12
1.3.- Objetivos de la investigación	13
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4.- Justificación	13
1.5.- Definición de términos	14
Capítulo II: Revisión bibliográfica	16
2.1.- Antecedentes de la investigación	16
2.2.- Marco teórico	24
2.2.1.- Conocimiento	24
2.2.2.- Prácticas	26
2.2.3.- Enfermedad diarreica aguda	27
Capítulo III: Hipótesis, variables y definiciones operacionales	57
3.1.- Hipótesis	57

3.2.- Operacionalización de las variables	57
Capítulo IV: Diseño de investigación	58
4.1.- Diseño	58
4.2.- Ámbito de estudio	58
4.3.- Población y muestra	58
4.3.1.- Criterios de inclusión	59
4.3.2.- Criterios de exclusión	60
4.4.- Instrumentos de recolección de datos	60
Capítulo V: Procedimientos de análisis de datos	61
Capítulo VI: Análisis e interpretación de resultados	64
Resultados	64
Discusión	81
Conclusiones	86
Recomendaciones	87
Bibliografía	88
Anexos	92

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en desarrollo, constituyen una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo, afectan a todos los grupos de edad, pero los más afectados son los niños menores de 5 años, específicamente en zonas con condiciones de pobreza. **Objetivos:** Identificar el nivel de conocimiento y prácticas de prevención sobre Enfermedad Diarreica Aguda en las madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro diarreico y fueron atendidos en el Puesto de Salud Viñani en el año 2013. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, analítico y a la vez de corte transversal porque nos permitió estudiar las variables en un tiempo determinado. 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 la escala de Estaninos para la medición del conocimiento y las prácticas preventivas sobre enfermedad diarreica aguda; y la prueba de Chi cuadrado para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05. **Resultados:** el 47.8% de las madres de niños menores de 5 años tiene 20 – 29 años, el 37.8% tiene 30 – 39 años. En cuanto al grado de instrucción: el 63.3% tienen secundaria y un 20% solo primaria. El 47.2% proceden de la ciudad de Puno, el 37.2% provienen de Tacna y el resto de otras ciudades. En cuanto al conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda, el 68.3% tienen nivel regular y el 16.1% nivel bajo. En cuanto a prácticas preventivas sobre EDA, el 55.6% de las madres tiene nivel bueno y el 22.8% nivel regular de prácticas preventivas. **Conclusiones:** Las madres encuestadas tienen en su mayoría nivel regular de conocimiento (68.3%) y buenas prácticas de prevención de EDA (55.6%). Así mismo, no se encontró asociación significativa entre el conocimiento y prácticas de prevención de enfermedad diarreica aguda por presentar un valor “p” de 0.126.

ABSTRACT

Introduction: Acute diarrheal diseases remain a major public health problems in developing countries, are a major cause of mortality and morbidity worldwide, affecting all age groups, but the most affected are children under 5 years, specifically in areas of poverty. **Objectives:** To identify the level of knowledge and prevention practices on acute diarrheal disease in mothers of children under 5 who studied with diarrheal illness and were treated at the Health Post VINANI in 2013. **Material and Methods.** A study was conducted observational, prospective, descriptive, analytical and cross-sectional time because it allowed us to study the variables at a given time. Interview, observation and survey techniques were used as; and as an instrument the questionnaire and checklist, taking into account the criteria for inclusion and exclusion. Estaninos scale for measuring knowledge and preventive practices on acute diarrheal disease was used; and chi-square test for qualitative variables contrast with significant p value less than 0.05. **Results:** 47.8% of mothers of children under 5 is 20 to 29 years, 37.8% are 30-39 years. Regarding the level of education: 63.3% had secondary and 20% primary only. 47.2% come from the city of Puno, 37.2% come from the rest of Tacna and other cities. On knowledge on acute diarrheal disease, 68.3% had regular level and 16.1% low. Regarding preventive practices on EDA, 55.6% of mothers have good level and 22.8% regular level of preventive practices. **Conclusions:** The mothers surveyed are mostly regular level of knowledge (68.3%) and good practice prevention EDA (55.6%). Likewise, no significant association between knowledge and practice prevention of acute diarrheal disease was found to present a value "p" 0.126.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Diarreica Aguda es un problema de salud pública en países tercermundistas, afectan a todos los grupos de edades, pero los más perjudicados son los niños menores de 5 años, específicamente en zonas con condiciones de pobreza.; constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad infantil.¹

El centro de prensa de la OMS publicó en abril del 2013 que las enfermedades diarreicas agudas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año.² 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. Así mismo, 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.¹

Generalmente las enfermedades diarreicas agudas son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.

Es por ello la iniciativa de realizar el presente estudio, con el fin de proporcionar información válida y confiable acerca del nivel de conocimiento y prácticas de prevención de enfermedad diarreica aguda en las madres de niños menores de 5 años en una zona considerada de riesgo habitacional dada ya las condiciones sanitarias desarrolladas en la ciudad de Tacna. Siendo el objetivo del presente

trabajo determinar el nivel de conocimientos, actitud sanitaria de autocuidado y las prácticas que tienen las madres de niños menores de 5 años, encuestadas respecto al tema. Queremos por medio de este estudio, poder conseguir información que permita iniciar estrategias sanitarias mediante un abordaje dirigido basado en evidencia para mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente y la familia, en el área preventivo promocional, promover pautas educativas a desarrollar en las instituciones responsables del cuidado de la salud pública de la jurisdicción y así, contribuir a mejorar dicha situación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en los países en desarrollo, constituyen una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo, afectan a todos los grupos de edad, pero los más afectados son los niños menores de 5 años, específicamente en zonas con condiciones de pobreza. En la región de las Américas, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte en todas las edades en 17 países.¹

La OMS publicó en abril del 2013 por medio de su centro de prensa los siguientes datos respecto a las enfermedades diarreicas agudas:²

- Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables.
- Las enfermedades diarreicas matan a 760 000 niños menores de cinco años cada año.
- En todo el mundo se producen unos 1 700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año.
- La diarrea es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, en su Guía Práctica de Gastroenterología: Diarrea aguda en adultos y niños (una perspectiva mundial) en febrero de 2012 hay alrededor de dos mil

¹ Boletín Epidemiológico EsSalud - GCPS-OPIS, Lima 2012 Boletín Epidemiológico N ° 02 - 2012

² Centro de prensa de la OMS. Enfermedad diarreica aguda. Nota descriptiva N°330. Abril de 2013

millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial cada año, y 1.9 millones de niños menores de 5 años de edad fallecen a causa de diarrea anualmente, fundamentalmente en los países en desarrollo. Esto asciende a 18% de todas las muertes de niños menores de cinco años, y significa que más de 5.000 niños mueren cada día como resultado de enfermedades diarreicas. De todas las muertes infantiles provocadas por la diarrea, 78% ocurren en África y el sudeste Asiático.³

En el Perú, se ha registrado hasta la semana epidemiológica 5 (del 29 de enero al 4 de febrero) del año 2012, 105,321 episodios de enfermedades diarreicas agudas (95 % como EDA acuosa), y cuya tasa de incidencia durante ese periodo fue de 34 episodios por cada 10 mil habitantes, valor menor registrado en los últimos 3 años, lo cual evidencia una tendencia decreciente de las EDAs. Moquegua, Pasco y Amazonas son los departamentos que reportaron las tasas más altas.¹

El boletín epidemiológico de EsSalud en el año 2012 refirió que dentro de la población asegurada hasta la semana epidemiológica 7 (12 al 18 de febrero), se han notificado 33,452 casos de EDAs, con una tasa de incidencia de 36 episodios por 10,000 asegurados. Del total de episodios por EDAs, el 28% (9,418) se presentaron en menores de 5 años.¹

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.

Generalmente las enfermedades diarreicas agudas son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, 780

³ Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología: Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Febrero del 2012.

millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2 500 millones a sistemas de saneamiento apropiados.

En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. La diarrea puede durar varios días y cada episodio priva al niño de agua y 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.²

En Tacna, a pesar que oferta una cartera de establecimientos adecuados para la región, aun figuramos con incidencias que necesitan nuestra atención como se evidencia en la incidencia acumulada de enfermedades diarreicas agudas por regiones en el Perú en la semana epidemiológica 15 del 2012; en donde se cuenta con una incidencia acumulada total de EDAs en menores de 5 años de 1,046.35.¹

Es por ello la iniciativa de realizar el presente estudio, con el fin de proporcionar información válida y confiable acerca del nivel de conocimiento y prácticas de prevención de enfermedad diarreica aguda en las madres de niños menores de 5 años en una población donde nuestro sistema sanitario tiene arduo trabajo ya que es zona de riesgo y en crecimiento.

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

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el conocimiento y prácticas de prevención sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro diarreico y fueron atendidos en el Puesto de Salud Viñani en el año 2013?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general:

Identificar el nivel de conocimiento y prácticas de prevención sobre Enfermedad Diarreica Aguda en las madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro diarreico y fueron atendidos en el Puesto de Salud Viñani en el año 2013.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar el nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda y su asociación con las características sociodemográficas de las madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro diarreico y fueron atendidos en el Puesto de Salud Viñani en el año 2013.
- b) Conocer las prácticas de prevención sobre enfermedad diarreica aguda y su asociación con las características sociodemográficas de las madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro diarreico y fueron atendidos en el Puesto de Salud Viñani en el año 2013.
- c) Establecer la asociación entre el nivel de conocimiento y prácticas de prevención sobre enfermedad diarreica aguda.

1.4 Justificación

La enfermedad diarreica aguda pese a que ha disminuido en su frecuencia en los últimos tres años, según reportes epidemiológicos del 2013 de la OMS y la Dirección de Epidemiología del Perú en el 2012; aún continúa siendo un problema de salud pública especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro. Es importante recalcar que los más afectados con esta patología son los niños que oscilan entre 0 a 5 años de edad.

Tacna, según el reporte por regiones del Perú de la semana epidemiológica n° 15 del año 2012 respecto a enfermedad diarreica aguda, presenta una incidencia acumulada total de EDAs en menores de 5 años de 1,046.35; que pese a su disminución en los últimos tres años, necesita de nuestra atención.¹

Para poder extraer datos importantes respecto al tema de investigación se eligió la comunidad de Viñani, ya que esta cuenta con grandes áreas de terreno que fueron pobladas por adjudicación directa o invasiones de un gran número de pobladores, y que por el mismo motivo no todas las asociaciones que la componen cuentan con los servicios sanitarios básicos y más aun, el acceso a atención de salud es muy dificultosa, por ende no todos los programas de prevención y promoción de la salud llegan a todas las familias que habitan en dicho lugar.

Existen pocos trabajos de investigación respecto a este tema en nuestra región, pero ninguno se ha dado en esta zona; es por ello que me parece muy importante recolectar este tipo de información de estas familias específicamente; ya que Viñani se encuentra en un constante incremento poblacional y este estudio sería una gran iniciativa que ofertaría un acercamiento respecto al problema identificado.

Los resultados obtenidos en este trabajo proporcionarán información válida y confiable acerca del nivel de conocimiento y participación de las madres en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, la cual constituirá un marco de referencia que le permitirá al personal de salud el implementar estrategias sanitarias que lleguen a perfeccionar el conocimiento y práctica de medidas preventivas de las E.D.A.

1.5 Definición de términos

Conocimiento: Cuerpo de verdades o hechos acumulados en el curso del tiempo, la suma de información acumulada, su volumen y naturaleza, en cualquier civilización, período o país.

Prevención: Usado con enfermedades para aumento de la resistencia humana o animal contra la enfermedad (como, por ejemplo, la inmunización), para control de agentes transmisores, para prevención y control de daños ambientales o de factores sociales que conduzcan a la enfermedad. Incluye medidas preventivas en casos individuales.

Madres: Son las personas responsables del niño que tiene lazos consanguíneos en línea directa. Progenitoras femeninas, humanas o animales.

Enfermedades diarreicas agudas: Son aquellas enfermedades que se caracterizan por presentar deposiciones líquidas por más de 3 veces. Aumento de la liquidez o disminución de la consistencia de las HECES, con deposiciones seguidas.

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

MATTA MARIÑOS WILY y col. En su estudio titulado Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas refirieron que la enfermedad diarreica aguda (EDA) es una enfermedad frecuente en niños, generando consultas numerosas, lo que incentiva a trabajar más en la prevención primaria. Es por tal motivo que buscaron determinar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas y prácticas de las madres de niños de un año, sobre la enfermedad diarreica aguda y su relación con características sociodemográficas, realizado en el Centro Materno Infantil Zapallal. Este estudio fue de tipo descriptivo, correlacional con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 169 madres de niños de un año que cumplieron con los criterios de selección. La recolección de información se realizó mediante una encuesta dando como resultados que respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda la mayor proporción de las madres tiene nivel de conocimiento medio (66,3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo. Con respecto al nivel de conocimiento según las dimensiones; en la dimensión enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones medidas preventivas y prácticas en el hogar, el nivel de conocimiento medio se presentó en el 65,1% y 63,3% respectivamente. Con respecto al nivel de conocimiento según grado de instrucción, edad y ocupación no se presentó asociación significativa. Es por ello que se concluyó que las madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad diarreica aguda.⁴

⁴ Matta Mariños Wily, Ortega Espinoza Tatiana. Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. Rev enferm Herediana. 2012; 5(1):64-69. Perú

PENADILLO LUYO JIM HELTON en su estudio titulado 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; tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y prácticas de prevención sobre EDA en madres de niños menores de 5 años en una comunidad en el año 2013. Realizando un estudio Descriptivo de Corte Transversal; en el cual 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 establecidos. 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. Obteniendo como resultado que 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 el nivel de conocimiento de enfermedad diarreica, el 99.83% tienen un nivel bajo y 1.7% un nivel medio. Respecto al nivel de prácticas preventivas, el 95.4% de las madres tienen un nivel medio y solo el 1.1% presenta un nivel alto de prácticas preventivas. Es por ello, que se concluyó 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 bajo; y que el nivel de prácticas halladas acerca de las medidas preventivas de las EDAs fue baja o inadecuada (95.4%).⁵

⁵ Jim Helton Penadillo Luyo. 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. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano; extraída de la biblioteca de la Universidad Privada de Tacna - Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela Profesional de Medicina Humana. Perú

EDUMAN BELL ALONSO y col. En su estudio titulado Modificación de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda en un área de salud del municipio de II Frente se realizó una intervención comunitaria desde septiembre de 2008 hasta enero de 2009 en 50 padres de niños menores de 5 años, atendidos en el Consultorio Médico de la Familia de Sabanilla, perteneciente al Policlínico Docente “Eduardo Mesa Llull” en el municipio de II Frente de la provincia de Santiago de Cuba, con vista a incrementar los conocimientos sobre la ocurrencia de enfermedades diarreicas agudas a estas edades, para lo cual se impartió un programa de clases durante un bimestre. La mayoría de los asistentes tenían nociones inadecuadas al respecto antes de la acción educativa, pero 3 meses después de efectuada esta última, se halló que las primeras habían disminuido considerablemente, de manera que podría extenderse esa experiencia positiva al resto de los progenitores de dicha área de salud, así como también a los familiares más cercanos que convivían con los infantes y se ocupaban de su alimentación.⁶

MIRANDA JORGE y col. En su estudio titulado 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. Tuvieron como objetivo pronosticar 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. Este es un 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.

⁶ Eduman Bell Alonso, Vinent Dange Yoania, Formigo Montoya Danay, Castañeda Vargas Esmiraida y Baute Pareta Neidis. Modificación de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda en un área de salud del municipio de II Frente. MEDISAN 2010;14(8):1068. Cuba

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. Dando como resultado que 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. Es por tal motivo que se concluyó que 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.⁷

JHONNEL ALARCO J. y col. En su estudio titulado Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Tuvieron como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención; diseñando un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el Asentamiento humano "El Huarango", ubicado a 2 km de la ciudad de Ica, que cuenta con una población en extrema pobreza como producto de un desastre natural. Participaron 82 madres de niños menores de 5 años y se evaluó el nivel de conocimiento sobre la diarrea y su prevención a través de un cuestionario elaborado por expertos en el tema y validado en la misma población, previo a su aplicación.

⁷ 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. Revista peruana de epidemiología. Vol. 14 No 1 Abril 2010. Perú

Se entrevistaron a 82 madres, el promedio de edad fue de 29 años (con una mínima de 15 y una máxima de 49). El 58,5% de las madres fueron convivientes, el 73,1% solo se dedicaban a los quehaceres domésticos (ama de casa), alrededor del 7% tenían estudios superiores culminados y solo el 6% de las viviendas contaban con el servicio de desagüe. Sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la principal causa, el 53% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 23% admitió que le daría antibióticos, el 67% acudiría al centro de salud, mientras que un 24% lo haría al curandero. Con todo ello se concluyó que el conocimiento general de las madres sobre el manejo de la diarrea, es regular, persiste la creencia de que se debe de prohibir la lactancia materna, de que los parásitos son principal causa y que se debe usar antibióticos como parte de un tratamiento adecuado.⁸

GONZALEZ DOMÍNGUEZ NURY en su estudio titulado Relación entre el nivel de conocimiento de los padres de la diarrea aguda y la ocurrencia de diarreas en niños menores de 5 años pertenecientes al Consejo Popular 16, del área de salud "Manuel Piti Fajardo", de la ciudad Las Tunas durante los meses de Enero-Febrero de 2010; quiso determinar la correlación existente entre el grado de conocimiento de los padres sobre las enfermedades diarreicas y la ocurrencia de diarreas en los niños. Por el que realizó un estudio investigativo descriptivo, partiendo de la hipótesis sostenida por numerosos investigadores de que existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de conocimiento de los padres y la ocurrencia de eventos diarreicos en sus hijos. Para realizar el mismo se aplicó una encuesta validada a los padres de todos los niños menores de 5 años que acudieron a la consulta de pediatría y que presentaron diarreas acuosas o simples de origen viral y alimentario durante los meses de Enero- Febrero de 2010

⁸ Jhonnell Alarco J., Aguirre Cuadros Eduardo, Alvarez Andrade Esmilinia V. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Rev Clin Med Fam. Vol. 6. Núm. 1 - 01 de febrero 2013. Perú

pertenecientes al Consejo Popular 16, del área de salud "Manuel Piti Fajardo", de la ciudad Las Tunas. Se utilizó además información procedente de la historia clínica de cada paciente, se confeccionaron tablas con las variables estudiadas y se realizó un análisis de la varianza de una vía para determinar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres y la ocurrencia de cuadros diarreicos en los niños concluyéndose lo siguiente: Los padres con edad mayor de 40 años tuvieron menor ocurrencia de niños enfermos. Se presentó una mayor ocurrencia de diarreas en niños cuyos padres eran más jóvenes y con nivel de escolaridad Secundaria y técnico-medio. Los diagnósticos que con más frecuencia se asociaron fueron los de Desnutrición e Infección Respiratoria. El nivel de conocimiento fue mayoritariamente alto, seguido del mediano y no estuvo relacionado con la presencia de diarreas en los niños.⁹

MEDINA R. y colaboradores en su estudio titulado Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario; tuvieron 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; el mismo que fue constituido por 26 madres y una muestra de 23 (88,46 por ciento). La evaluación inicial sobre los conocimientos poseídos sobre manejo de los síndromes diarreicos agudos en los hogares de cuidado diario; la detección de necesidades educativas; la aplicación de intervención educativa según el Programa de Capacitación de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de la OPS y finalmente una nueva evaluación de conocimientos a los 45 días tuvieron como resultados de la pre-capacitación los siguientes: el 52,17 por ciento sabían definir

⁹ Gonzalez Domínguez Nury. Relacion entre el nivel de conocimiento de los padres de la diarrea aguda y la ocurrencia de diarreas en niños menores de 5 años pertenecientes al Consejo Popular 16, del área de salud "Manuel Piti Fajardo", de la ciudad Las Tunas durante los meses de Enero-Febrero de 2010. Recuperado el 08, 2013.
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EFkVEZkVyZdvyFRiSl.php>

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 usaban taza (82,61 por ciento), ni cuchara (69,57 por ciento); se equivocan al calificar sin riesgo los ojos hundidos (56,52 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. Es por tal motivo que se concluye que 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.¹⁰

TÁCUNAN SHAELA en su trabajo de investigación titulado Estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco en el año 2011; tuvo como objetivo comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedad diarreica aguda en las madres de los niños menores de 5 años que acudieron a los C.S. Ciudad Nueva y San Francisco; valiéndose de un estudio de tipo descriptivo transversal comparativo. La población intervenida fue de 98 madres del C.S. Ciudad Nueva y 145 madres del C.S. San Francisco, la información se recolecto mediante la aplicación de un cuestionario, en los resultados se comprobó que existe diferencia estadística significativa ($X^2=15,481$; $p<0,05$) entre el nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas de madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva y San Francisco, lo mismo se demostró en las prácticas de las madres de ambos

¹⁰ 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.

grupos ($X^2=8,342$; $p=0,039$). Sin embargo en las actitudes de las madres no se obtuvo diferencias significativas para los grupos comparados ($X^2=1,914$; $p=0,591$). Es por ello que se concluye que el muy buen nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas predominó en las madres atendidas del C. S. Ciudad Nueva, esto fue mejor que las madres atendidas en el C. S. San Francisco, donde se evidenció que el buen nivel de conocimiento fue el más frecuente con 43,45%. Las madres del C.S. de Ciudad Nueva de niños menores de 5 años presentaron altos porcentajes de buena y muy buena actitud favorable a los cuidados en un episodio de diarrea y muy consecuente se tiene a las madres C. S. San Francisco con un 76,55% y 73,47% para las madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva. Se determinó que la buena práctica sobre Enfermedades Diarreicas Agudas predominó (37,76%) en las madres atendidas del C. S. Ciudad Nueva, esto fue mejor que las madres atendidas en el C. S. San Francisco, donde alcanzaron el buen nivel de prácticas fue el menos frecuente con 36,55%. Se comprobó que existe diferencia estadística significativa ($X^2=15,481$; p menor a 0,05) entre el nivel de conocimiento sobre Enfermedades Diarreicas Agudas de madres atendidas en el C. S. Ciudad Nueva y San Francisco, lo mismo se demostró en las prácticas de las madres de ambos grupos ($X^2=8,342$; $p=0,039$). Sin embargo en las actitudes de las madres no se obtuvo diferencias significativas para los grupos comparados ($X^2=1,914$; $p=0,591$). Entre las características sociodemográficas, el grupo de edad de 30 a más años fue el predominante para las madres atendidas en el C. S. San Francisco (85,71%) y el C. S. Ciudad Nueva (48,98%); el ser casada/conviviente fue la más representativa en el C. S. Ciudad Nueva y el ser soltera en el C. S. San Francisco; el tener un trabajo independiente es el más frecuente en las madres atendidas en ambos establecimientos de salud y finalmente el tener educación secundaria fue predominante tanto para madres del C. S. Ciudad Nueva y San Francisco.¹¹

¹¹ Tácunan Arce Shaela Fiorella. Estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del c.s. ciudad nueva y C.S. San Francisco, 2011. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna - Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela académica profesional de enfermería. Recuperado el 08/2013.

2.2 Marco teórico

2.2.1 CONOCIMIENTO

En momentos en que el conocimiento es la materia prima esencial de la sociedad de las organizaciones, comienza a despertar y a entenderse la real importancia de generar una cultura del conocimiento que pretende mejorar y armonizar la relación hombre y conocimiento y de esta manera alcanzar el tan anhelado desarrollo social.

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”.¹²

Bertrand 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.¹³

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, entendiéndose que es

http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/162/47_2013_Tacunan_Arce_SF_FACS_En_fermeria_2013.pdf?sequence=1

¹² Walon, Henry. La Ciencia, su Método y su filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte. s/f. Pág.

¹³ Russell, Bertrand, El Conocimiento Humano. 7ma edición. España: ED. Taurus, S.A. 2000

propio el pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se le clasifica como conocimiento sensorial, respecto a la percepción de hechos 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.

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO:

- La evaluación de aprendizajes implica reflexión y análisis sobre qué y cómo aprenden los estudiantes. La evaluación tiene distintos momentos, donde hay que tomar decisiones, pero es un proceso permanente de reflexión. Según este momento en el cual la evaluación tiene lugar, dentro de la secuencia didáctica, se puede

hablar de evaluación diagnóstica o inicial, evaluación formativa o procesual y evaluación sumativa o final.¹⁴

- Los test diagnósticos que se usan al iniciar una asignatura, actúan como instrumentos para realizar evaluación inicial. Los exámenes parciales, tal como están instaurados en la normativa de las instituciones universitarias en general, actúan como instancias de evaluación sumativa que miden el logro de aprendizajes de los alumnos, en un lapso determinado de tiempo, principalmente en el plano cognitivo. Con esta idea, las situaciones problemáticas de un parcial pueden cumplir el papel de instrumento de recolección de datos, si se está interesado en medir el aprendizaje de los estudiantes. Usar un test elaborado para diagnóstico inicial o cuestionario de examen como instrumento de recolección de datos lleva necesariamente a controlar la confiabilidad y validez de los mismos. Estas dos condiciones son cruciales, porque si las herramientas de recolección usadas son defectuosas, hay que olvidarse del éxito de la investigación, dado que el tratamiento estadístico no conseguirá el milagro de transformar datos de mala calidad en buenos resultados.¹⁴
- La validez se refiere al grado en que el instrumento mide lo que se pretende medir. La confiabilidad se refiere a la confianza que se concede a los datos. Esta última está relacionada con la estabilidad o constancia, con la coherencia o consistencia interna y la precisión de las medidas que se obtienen con el instrumento.¹⁴

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

¹⁴ Meza Susana Lucero Irene. Validación de instrumento para medir conocimientos. Departamento de Física - Facultad de Cs. Exactas y Naturales y Agrimensura - UNNE. Argentina. 2011.

respuesta consistente frente a ello lo cual deben ser observados, la 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.

2.2.3 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

A. Definición:

Se define como diarrea, la deposición de tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.

La diarrea suele ser signo de una infección del tracto digestivo, que puede ser ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra, como resultado de una higiene deficiente. Las enfermedades diarreicas pueden tratarse con una solución de agua limpia, azúcar y sal, o las Sales de Rehidratación Oral.¹

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- La diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, el cólera es una entidad representativa de este tipo.

- La diarrea aguda con sangre, también llamada diarrea disintérica o disentería.
- La diarrea persistente, que dura 14 días o más.

B. Epidemiología:

- Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables.
- Las enfermedades diarreicas matan a 760 000 niños menores de cinco años cada año.
- Una proporción significativa de las enfermedades diarreicas se puede prevenir mediante el acceso al agua potable y a servicios adecuados de saneamiento e higiene.
- En todo el mundo se producen unos 1 700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año.
- La diarrea es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años.²
- 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.

C. Etiología:

ETIOLOGÍA INFECCIOSA:

AGENTES BACTERIANOS

En los países en desarrollo, las bacterias y parásitos entéricos tienen una mayor prevalencia que los virus, y su pico habitualmente se observa durante los meses veraniegos.

Escherichia coli diarreogénica. La distribución varía de un país a otro, pero la *E. coli* enterohemorrágica (ECEH, incluyendo *E. coli*

O157:H7) es agente causal de enfermedad en general en los países desarrollados.

- *E. coli* enterotoxigénica (ECET) provoca la diarrea del viajero.
- *E. coli* enteropatógena (ECEP) rara vez provoca diarrea en adultos.
- *E. coli* enteroinvasora (ECEI) provoca diarrea de tipo mucoide con contenido sanguinolento (disentería); es común que curse con fiebre.
- *E. coli* enterohemorrágica (ECEH) provoca diarrea sanguinolenta, colitis hemorrágica severa y síndrome urémico hemolítico en 6–8% de los casos; el ganado es el principal reservorio de infección.

DETALLES PEDIÁTRICOS.

En los países en desarrollo casi todos los tipos provocan enfermedad en los niños:

- *E. coli* enteroagregante (ECEAg) provoca diarrea acuosa en niños pequeños y diarrea persistente en los niños portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- *E. coli* enterotoxigénica (ECET) provoca diarrea en lactantes y niños en países en desarrollo.
- *E. coli* enteropatógena (ECEP) en general afecta a niños < 2 años, y presenta diarrea persistente en los niños.
- * ECEI y ECEH no se observan (o tienen una muy baja prevalencia) en algunos países en desarrollo.

Campylobacter:

- La infección asintomática es muy común en los países en desarrollo y se asocia con la presencia de ganado cerca de las viviendas.
- La infección se acompaña de diarrea acuosa y en ocasiones disentería.

- El síndrome de Guillain–Barré aparece en alrededor de una de cada 1000 personas con colitis por *Campylobacter*; se piensa que es la causa desencadenante de alrededor de 20–40% de todos los casos de Guillain–Barré. La mayoría de los individuos se recupera, pero puede persistir cierta debilidad muscular.
- Las aves de corral son una fuente importante de *Campylobacter* en los países desarrollados, y su frecuencia está aumentando también en los países en desarrollo, con la rápida proliferación de la industria avícola.
- En los países en desarrollo la presencia de un animal cerca del área de cocina constituye un factor de riesgo.

DETALLES PEDIÁTRICOS.

Campylobacter es una de las bacterias que se aísla más frecuentemente de las heces de lactantes y niños de los países en desarrollo; las tasas más elevadas de aislamiento se encuentran en los niños de 2 años de edad y menores.

Especies Shigella:

- La hipoglicemia, que se acompaña de índices muy elevados de letalidad (43% en nuestro estudio) aparece con una frecuencia mayor que en otros tipos de enfermedad diarreica.
- *S. sonnei* se observa con mayor frecuencia en países desarrollados; los casos son leves, pero puede provocar brotes en poblaciones institucionalizadas.
- *S. flexneri* es un agente endémico en muchos países en desarrollo y provoca síntomas de disentería y de enfermedad persistente; es infrecuente en los países desarrollados.
- *S. dysenteriae* tipo 1 (Sd1) — el único serotipo que produce la Shiga toxina, igual que ECEH. Se trata también del serotipo epidémico al que se han adjudicado numerosos brotes epidémicos

con índices de letalidad que puede llegar hasta el 10% en Asia, África, y América Central. Aunque no se sabe la razón, este serotipo no ha sido aislado desde el año 2000 en Bangladesh y la India.

DETALLES PEDIÁTRICOS. Se estima que en los países en desarrollo ocurren 160 millones de episodios, fundamentalmente en niños. Es más común en pre-escolares y niños mayores que en lactantes.

Vibrio cholerae:

- Son muchas las especies de vibrium que provocan diarrea en países en desarrollo.
- Todos los serotipos (>2000) son patogénicos para los humanos.
- Los serogrupos O1 y O139 del *V. cholerae* son los únicos que provocan un cuadro severo, grandes brotes y epidemias.
- De no mediar una rehidratación rápida y adecuada, la deshidratación severa puede llevar al shock hipovolémico y muerte en el correr de las 12–18 horas siguientes a la instalación del primer síntoma.
- Las deposiciones son acuosas, incoloras, y presentan grumos de mucus; a menudo se las describe como deposiciones con aspecto de “agua de arroz”.
- Es frecuente que se presenten vómitos, pero habitualmente no cursa con fiebre.
- Es posible que se produzca la diseminación de una epidemia; toda infección debe ser rápidamente notificada a las autoridades de salud pública.

DETALLES PEDIÁTRICOS.

La aparición de hipoglicemia en el niño puede provocar convulsiones, e inclusive la muerte.

Salmonella:

- Fiebre entérica — *Salmonella entérica* - serotipo Typhi y Paratyphi A, B, o C (fiebre tifoidea); la fiebre dura 3 semanas o más; los pacientes pueden presentar tránsito intestinal normal, estreñimiento o diarrea.
- Los animales son el principal reservorio de *Salmonellae*.
- Los humanos son los únicos portadores de *Salmonella* tifoidea.
- En la salmonelosis no tifoidea (gastroenteritis por *Salmonella*), hay un rápido inicio de la sintomatología: náuseas, vómitos y diarrea (que puede ser acuosa o disintérica) en un pequeño número de casos.
- Los individuos añosos y los que presentan compromiso de su sistema inmunitario por cualquier razón (como trastornos hepáticos y linfoproliferativos, anemia hemolítica), parecen estar en mayor riesgo.

DETALLES PEDIÁTRICOS:

- Los lactantes y los niños inmunocomprometidos por cualquier razón (como desnutrición severa) parecerían ser las poblaciones con el mayor riesgo.
- 70% de los niños afectados presentan fiebre.
- Ocurre bacteriemia en 1–5% de los casos, fundamentalmente en lactantes.

Bacterias que producen toxinas	Bacterias que invaden tejidos	Bacterias que adhieren a la mucosa
<i>E. coli</i> enterotoxigénico	<i>Campylobacter jejuni</i>	<i>E. coli</i> enteropatógeno
<i>E. coli</i> enterohemorrágico	<i>Salmonella</i> spp	<i>E. coli</i> enteroadherente
<i>Vibrio cholerae</i>	<i>Shigella</i> spp	
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	<i>E. coli</i> enteroinvasivo	
<i>Aeromonas</i> spp.	<i>Yersinia enterocolitica</i>	
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Edwardsiella tarda</i>	
<i>Clostridium perfringens</i>	<i>Plesiomonas</i> spp.	
<i>Clostridium difficile</i>		
<i>Bacillus cereus</i>		

Cuadro 01: agentes patógenos potenciales de gastroenteritis.¹

Agentes virales

Tanto en los países industrializados como en desarrollo, los virus son la causa predominante de diarrea aguda; particularmente en invierno

Rotavirus:

- Es responsable de un tercio de las hospitalizaciones por diarrea y 500 000 muertes a nivel mundial cada año.
- Se asocia con un cuadro de gastroenteritis más severa que el promedio.

DETALLES PEDIÁTRICOS:

- Principal causa de gastroenteritis severa que produce deshidratación en niños.
- Casi todos los niños (tanto en países industrializados como en desarrollo) han sufrido infección por rotavirus antes de cumplir los 3–5 años de edad.
- Las infecciones neonatales son comunes, pero a menudo asintomáticas.

- Los picos de mayor incidencia de enfermedad clínica se observan en niños entre los 4 y 23 meses de edad.

Calicivirus humano (HuCVs):

- Pertenecen a la familia *Caliciviridae*, los norovirus y sapovirus (antiguamente denominados “virus tipo Norwalk” y “virus tipo Sapporo.”)
- Los norovirus son la causa más común de brotes de gastroenteritis, y afectan a todos los grupos etarios.

DETALLES PEDIÁTRICOS.

Los sapovirus afectan fundamentalmente a niños. Puede ser el segundo agente viral en frecuencia después de los rotavirus, responsables de 4–19% de los episodios de gastroenteritis severa en los niños pequeños.

Adenovirus:

Las infecciones por adenovirus en general provocan patología del aparato respiratorio

DETALLES PEDIÁTRICOS:

Dependiendo del serotipo infectante y especialmente en niños, también pueden producir gastroenteritis.

AGENTES PARASITARIOS

Cryptosporidium parvum, Giardia intestinalis, Entamoeba histolytica, y Cyclospora cayetanensis: Estas etiologías son infrecuentes en el mundo desarrollado, limitándose habitualmente a viajeros.

DETALLES PEDIÁTRICOS:

En los niños en general provocan enfermedad diarreica aguda.

- Estos agentes son responsables de una proporción relativamente menor de casos de enfermedad diarreica infantil infecciosa en los países en desarrollo.
- *G. intestinalis* tiene una baja prevalencia (aproximadamente 2–5%) en los niños de países desarrollados, pero llega hasta 20–30% en las regiones en desarrollo.
- *Cryptosporidium* y *Cyclospora* son agentes comunes entre los niños de los países en desarrollo; frecuentemente son cuadros asintomáticos.³

En un estudio realizado por Giugno Silvana y colaboradores determinaron que en países en desarrollo, *Shigella* y *Campylobacter* son aislados con relativa frecuencia asociados con otros gérmenes o entre ellos. En algunos estudios cerca de la mitad de los pacientes con enteritis por *Campylobacter* tienen asociado otro patógeno, hecho no observado en países desarrollados.¹⁵

¹⁵ Giugno Silvana, Oderiz Sebastián. Etiología bacteriana de la diarrea aguda en pacientes pediátricos / Bacterial etiology of acute diarrhea in pediatric patients. Acta Bioquím Clín Latinoam 2010; 44 (1): 63-9

Tipo de Agente	Agente	Principales modos de transmisión
Virus	Rotavirus	Fecal-oral
	Adenovirus	Agua, alimentos.
	Astrovirus	¿Respiratoria?
	Calicivirus (Norwalk, Sapporo)	
	Parvovirus	
Bacterias	<i>Campylobacter</i>	Alimentos
	Salmonela spp	Alimentos, agua
	Shigella spp	Fecal-oral
	E.coli spp	Fecal-oral
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Alimentos
	<i>Clostridium perfringens</i>	Alimentos
	<i>Bacillus cereus</i>	Alimentos
	<i>Vibrio cholerea</i>	Agua, alimentos
	<i>Vibrio parahemolitico</i>	Alimentos marinos
	<i>Clostridium difficile</i>	Nosocomial
	<i>Clostridium botulinum</i>	Alimentos conservados
	<i>Yersinia enterocolitica</i>	Agua, alimentos, animales domésticos
	Aeromonas spp	Agua
	Plesiomonas spp	
<i>Giardia intestinalis</i>	Agua	
Protozoos	<i>Cryptosporidium</i>	Agua
	<i>Entamoeba histolytica</i>	Agua y alimentos
	Blastocystis spp	
	<i>A. lumbricoides</i> , <i>E. vermicularis</i>	Fecal-oral

Cuadro 02: Agentes infecciosos y mecanismos de transmisión en diarrea aguda.³

Ansari y colaboradores encontraron en su estudio que los patógenos bacterianos a ser una causa significativa de aguda diarrea. El agente causal más frecuente de aguda diarrea fueron *Shigella* spp. La conciencia de la mejora de la higiene y las enfermedades infecciosas puede reducir la carga de la infección.¹⁶

¹⁶ Ansari S , Sherchand JB , Parajuli K , SK Mishra , Dahal RK , Shrestha S , Tandukar S , Pokhrel BM. Etiología bacteriana aguda de diarrea en niños menores de cinco años de edad / Bacterial etiology of acute diarrhea in children under five years of age. J Nepal CONSEJO de Salud Res. 2012 Sep; 10 (22) :218-23.

En diversos estudios a nivel mundial, el rotavirus fue el agente causal de diarrea más comúnmente aislado en todos los estudios. Las bacterias más frecuentes causantes de DAI (Diarrea Aguda Infecciosa) fueron *Campylobacter*, *E. coli* y *Salmonella*. El *Cryptosporidium* fue el protozooario más detectado.

En Europa: el rotavirus es el agente más frecuente de DAI. El agente bacteriano más común es el *Campylobacter* o *Salmonella* en función del país.

En el Perú (estudio de cohortes, 1034 pacientes de 2 a 12 meses de edad, en 4 distritos de Lima) se aislaron con más frecuencia *E. coli* diarreogénica, *Campylobacter* y rotavirus (lactantes de ≥ 6 meses de edad). En niños mayores, *E. coli* difusamente adherente y *E. coli* enterotoxigénica fueron más frecuentemente aislados en muestras de diarreas que en los controles.¹⁷

ETIOLOGÍA NO INFECCIOSA:

Malnutrición:

Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.

Fuente de agua:

El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente

¹⁷ Gonzales S. Carlos; Bada M. Carlos; Rojas G. Raúl; Bernaola A. Guillermo; Chávez B. Carlos. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Pediatría Perú – 2011.

peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

Otras causas:

Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas.¹

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 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.

D. Factores de riesgo y protectores:

Factores socio-económicos

- Hacinamiento, falta de acceso al agua potable, falta de posibilidades de refrigeración de los alimentos, sistema de eliminación de excretas ineficiente.
- Falta de acceso a información.
- Dificultad de acceso a los servicios de salud.
- Dificultad para aplicar los cuidados necesarios al paciente.
- Analfabetismo, desocupación.

Factores del huésped

- Niños menores de un año.
- Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Uso de biberones
- Desnutrición.
- Inmunosupresión.

Factores protectores

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses.
- Medidas higiénicas adecuadas.¹

Se reconoce que los siguientes factores incrementan el riesgo de deshidratación:

- Niños < de 1 año particularmente los < de 6 meses.

- Lactantes con bajo peso al nacimiento.
- Niños con > de 5 evacuaciones en las últimas 24 h.
- Niños con > de 2 vómitos en las últimas 24 h.
- Niños a los que no se la ofrecido o no han tolerado los líquidos suplementarios.
- Lactantes que no han recibido lactancia materna durante la enfermedad.
- Niños con signos de desnutrición.¹⁸

E. Fisiopatología:

Conocer la fisiología del transporte de agua y electrolitos en el tracto gastrointestinal resulta de vital importancia para entender el proceso de la enfermedad diarreica y establecer un tratamiento para la misma. Normalmente, cada día, 8 a 10 litros de líquido son secretados al lumen intestinal desde las glándulas salivales, estómago, páncreas, ductos biliares e intestino delgado; solo 1 a 1.5 litros alcanzan el colon y 100 a 150 cc son excretados en las heces.

La diarrea, tanto de etiología infecciosa como no infecciosa, es el resultado de cambios que ocurren en el transporte de fluidos y electrolitos en el intestino delgado y/o grueso.

Fisiopatológicamente, la diarrea se ha clasificado según cuatro diferentes mecanismos:

Diarrea osmótica: relacionada con un aumento en la movilización de contenido acuoso hacia la luz intestinal, secundaria a la presencia de una carga importante de solutos osmóticamente activos a ese

¹⁸ Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. Guía de Referencia Rápida. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SSA-156-08. Recuperado el 08/2013.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156_GPC_ENFERMEDAD_DIARREICA_AGUDA_EN_NINOS/GRR_Diarrea_Aguda.pdf

nivel. Este es el mecanismo fundamental de la diarrea secundaria a intolerancia a azúcares o el uso de laxantes osmóticos (lactulosa).

Diarrea secretora: es el mecanismo que con más frecuencia ocasiona los episodios de diarrea en la edad pediátrica, (casi 70% de los casos). La diarrea producida por la toxina del cólera es su ejemplo más característico, en la cual la bacteria produce la toxina A que se une a receptores específicos en el enterocito, activando la adenilciclase que produce un aumento en los niveles del AMP-c intracelular.

Este segundo mensajero es responsable del aumento de la secreción de Cl, que arrastra grandes volúmenes de agua y sodio. En el caso de la enteritis por rotavirus, el mediador responsable de la hipersecreción es una toxina conocida como NSP4, la cual actúa, específicamente, aumentando el nivel de calcio intracelular que interviene en la activación de los canales de Cl con el consiguiente efecto secretor ya conocido.

Diarrea invasiva: el agente patógeno se adhiere al enterocito, alcanza el espacio intracelular, produce apoptosis de las uniones intercelulares, y se replica dentro de la célula o en el espacio intersticial, con una consecuente respuesta inflamatoria local y/o sistémica y lesión mucosal en grado variable (Figura 2) (16,19). Este mecanismo ocurre en la diarrea por Shigella, Campilobacter, E. histolytica y Clostridium.

Diarrea por alteración de la motilidad: se presenta por aumento en la contractilidad intestinal (ej.: síndrome de intestino irritable) o por disminución del peristaltismo intestinal, lo cual puede producir sobrecrecimiento bacteriano que posteriormente ocasiona diarrea.

Por último, debe considerarse que durante el proceso diarreico de origen infeccioso, por lo general, el mecanismo fisiopatológico es mixto.¹⁹

F. Clasificación clínica de la diarrea:

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

Por el tiempo:

Diarrea Aguda

Con una duración inferior a 14 días, que suele ser de origen infeccioso y de carácter autolimitante, que pueden acompañarse de vómitos, fiebre baja, disminución del apetito e irritabilidad; el cuadro se inicia agudamente y no se acompaña de otras manifestaciones que le permitan atribuir su origen a otra patología. Las causas más frecuentes son debidas a agentes infecciosos (virus, bacterias y parásitos). Otras causas son: fármacos, ingestión de azúcares de baja absorción e intoxicación alimenticia. Cuando ésta se prolonga más de dos semanas por causas estrechamente relacionadas con el proceso diarreico (malnutrición o reinfecciones) recibe la denominación de diarrea persistente.

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.

Diarrea Crónica

Cuando su duración se extiende a más de tres o cuatro semanas, y que generalmente surge como consecuencia de otra patología, tanto

¹⁹ Díaz Mora José Javier, Madera Milanyela, Pérez Yubelis, García Maribel, León Keira, Torres E.Marco. Generalidades en diarrea aguda. Segundo censo sobre enfermedad diarreica aguda en pediatría. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría 2009; Vol 72 (4):139 – 14.

de tipo congénito (alteraciones de tipo dietético como intolerancia a la lactosa, enfermedad celíaca, malabsorción primaria de ácido biliares) como adquiridas (enfermedad inflamatoria intestinal, carcinomas, insuficiencia hepática o pancreática). Puede considerarse cuando el proceso diarreico dura más de 21 días.

Por características macroscópicas:

Se han definido 3 síndromes diarreicos agudos, cada uno refleja una patogénesis diferente y estos requieren aproximaciones de manejo diferentes.

Diarrea acuosa aguda

Se refiere a la diarrea de inicio agudo, menos de 14 días (la mayoría de los episodios duran menos de 7 días) y comprende la deposición de heces frecuentes y blandas o acuosas sin la presencia de sangre visible. Pueden presentar vómito e incluso fiebre. Los episodios de diarrea acuosa causan deshidratación; y cuando los pacientes disminuyen su ingesta esto puede contribuir con la desnutrición. Las muertes causadas por este tipo de diarreas son en general por deshidratación. Las causas más importantes de diarrea acuosa en niños en países en vías de desarrollo; siendo el 90% de todos los tipos de diarreas. Su evolución generalmente remite espontáneamente antes de una semana. Su etiología generalmente está dada por Rotavirus. E. coli enterotoxigénica (ECET). V. cholerae. Son los más frecuentemente involucrados, incluso la Shigella sp. en su fase inicial puede producir diarrea acuosa.

Disentería

El término disentería se refiere a la presencia de diarrea con sangre visible en las heces. Los efectos más importantes de la disentería incluyen anorexia, pérdida rápida de peso y daño a la mucosa

intestinal por bacterias invasivas, entre otras. Las causas más importantes de disentería son infecciones por microorganismos invasivos. 5-10% de los casos de diarrea son de este tipo. Su etiología generalmente está dada por *Shigella* sp. *Campylobacter jejuni*. *E. coli* enteroinvasiva (ECEI). Ameba histolítica.

Diarrea persistente

El término diarrea persistente se refiere a los episodios de diarrea que se inician de una manera aguda pero son inusualmente de larga duración (≥ 14 días). Los episodios se pueden iniciar como un caso de diarrea acuosa o disentería. Es frecuente encontrar una marcada pérdida de peso. Las deposiciones diarreicas son por lo general abundantes con un mayor riesgo de deshidratación. No se ha identificado una causa única de diarrea persistente, sin embargo los casos de *E. coli* y *Cryptosporidia* pueden desempeñar un papel más importante que otros agentes. Los casos de diarrea persistente no deben confundirse con una diarrea crónica, la cual se refiere a la recurrencia o la presencia por largo tiempo de episodios diarreicos debido a causas no infecciosas, como sensibilidad al gluten o desordenes metabólicos heredados. La frecuencia de este tipo de diarrea es de menos del 5% de los casos.²⁰

G. Deshidratación en las diarreas agudas:

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

²⁰ Zarzuelo Zurita Antonio. Actualización al tratamiento farmacológico de las patologías digestivas. Primera edición en español. Impreso y editado en España por FARMANOVA. 2010. ISBN: 978-84-614-4298-0 Depósito legal: GR 4108-2010

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

En la deshidratación ocurren varios fenómenos 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 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.
- 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.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

Deshidratación incipiente:

- Sin signos ni síntomas.

Deshidratación moderada:

- Sed.
- Comportamiento inquieto o irritable.
- Reducción de la elasticidad de la piel.
- Ojos hundidos.

Deshidratación grave:

- Los síntomas se agravan.
- Choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis.
- Extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable y palidez.

La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO) o mediante infusión intravenosa.¹

H. Manifestaciones clínicas:

Categoría	Manifestación clínica
Diarrea aguda	Presencia de 3 o más deposiciones acuosas, disminuidas de consistencia, en las 24 horas previas
Disentería	Presencia de sangre visible en las materias fecales
Diarrea persistente	Episodio de diarrea de inicio agudo y que dura más de 14 días

Cuadro 03: manifestaciones clínicas de los tres tipos de diarreas.³

Síntomas	Causas de diarrea aguda
Fiebre	<ul style="list-style-type: none"> ● Común y asociada a patógenos invasores ● Detalles pediátricos: presente al inicio del cuadro en la mayoría de los niños con diarrea por rotavirus
Deposiciones sanguinolentas	<ul style="list-style-type: none"> ● Patógenos invasivos productores de citotoxina ● En ausencia de leucocitos fecales sospechar infección por ECEH ● No se ven con agentes virales y bacterias que producen enterotoxinas
Vómitos	<ul style="list-style-type: none"> ● Frecuentes en diarrea viral y enfermedad provocada por toxinas bacterianas, (por ej., <i>Staphylococcus aureus</i>) ● Comunes en cólera

Cuadro 04: Relación de los principales síntomas con las causas de diarrea aguda. (ECEH, *Escherichia coli* enterohemorrágica).³

<p>El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el niño con diarrea aguda sin deshidratación clínicamente detectable:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena apariencia. ▪ Alerta y reactivo. ▪ Gasto urinario normal. ▪ Coloración de la piel sin cambios. ▪ Extremidades tibias. ▪ Tono ocular normal. ▪ Membranas mucosas húmedas. ▪ Frecuencia cardíaca normal. ▪ Patrón respiratorio normal. ▪ Pulsos periféricos normales. ▪ Tiempo de llenado capilar normal. ▪ Turgencia de la piel normal. ▪ Presión sanguínea normal. 	<p>El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el niño con diarrea aguda con deshidratación sin choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Decaido o aspecto deteriorado. ✓ Respuesta alterada: Irritable o letárgico. ✓ Ojos hundidos. ✓ Taquicardia. ✓ Taquipnea. ✓ Disminución de la turgencia de la piel. ▪ Gasto urinario disminuido. ▪ Coloración de la piel sin cambios. ▪ Extremidades tibias. ▪ Mucosas seca. ▪ Pulsos periféricos normales. ▪ Tiempo de llenado capilar normal. ▪ Presión sanguínea normal. <p>Las viñetas rojas identifican a niños con mayor riesgo de progresar a choque.</p>	<p>El clínico debe buscar los siguientes síntomas y signos en el niño con diarrea aguda, deshidratación y datos clínicos de choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del nivel de conciencia: soporoso o comatoso. ▪ Piel pálida o marmórea. ▪ Extremidades frías. ▪ Taquicardia. ▪ Taquipnea. ▪ Pulsos periféricos débiles. ▪ Tiempo de llenado capilar prolongado. ▪ Hipotensión (choque descompensado).
--	---	--

Cuadro 05: signos y síntomas de deshidratación en niños con diarrea aguda.¹⁸

I. Tratamiento:

Terapia de rehidratación:

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

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

Niños con riesgo de deshidratación o con deshidratación leve deben de incrementar el volumen de líquidos habituales. Los líquidos apropiados incluyen leche materna, SRO, evitando las bebidas gasificadas.

Las SRO no detienen inmediatamente la diarrea, pero, al reponer las sales y rehidratar, permiten al organismo recuperarse, haciendo que la diarrea cese por si misma. La SRO suele ser suficiente en la mayoría de los pacientes que tienen manifestaciones de deshidratación leve o moderada, siendo preferible a la I.V. por ser menos agresiva, más barata, presentar menos complicaciones y facilitar la alimentación precoz. Esta última será necesaria si el cuadro se prolonga, hay deshidratación grave, o se prevé que el cuadro infeccioso será más severo (*Vibrium cholere*, *Clostridium difficile*).

Composición de las SRO

Desde mediados de los años 60, el tratamiento de las diarreas con SRO avanzó mucho, al descubrir los procesos moleculares de transporte, lo que permitió utilizar las concentraciones salinas más apropiadas, para el aporte de iones y la osmolaridad adecuada. Deben contener K^+ , Cl^- y bicarbonato. El K^+ porque se pierde en cantidades importantes en las heces diarreicas, en general se acepta

como aporte adecuado 20 mEq/l. La presencia de Cl⁻ es necesaria para el óptimo cotransporte Na⁺/glucosa que generalmente se mantiene inalterado en procesos diarreicos, por lo que su concentración dependerá del contenido en Na⁺. El bicarbonato se incluye para corregir la acidosis y favorecer también la absorción de Na⁺ y agua. En algunos preparados, este último ha sido reemplazado por citrato para obtener mayor estabilidad en las soluciones.

En 1975, la OMS y la UNICEF acordaron promover una solución única 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 morbimortalidad de las diarreas agudas en países subdesarrollados, existen ciertas discrepancias con relación a la concentración de Na⁺ y osmolaridad. La SRO propuesta por la OMS contiene 90 mEq/l, concentración segura y eficaz para el tratamiento de la deshidratación, pero un exceso en su consumo, puede dar lugar a una hipernatremia; por lo que se aconseja ofrecer agua entre tomas.

Por tanto, el TRO consiste en: Rehidratación (se administran agua y electrolitos para reponer las pérdidas) sumado a terapia líquida de mantenimiento para compensar las pérdidas que persisten luego de alcanzada la rehidratación (acompañada de una nutrición apropiada).³ Por este motivo ESPGAN (Grupo de trabajo para el estudio de soluciones de rehidratación oral en niños europeos) propone una SRO con más bajas concentraciones de Na⁺ (aproximadamente 50 mEq/l), que aportarán suficiente proporción de sales, pero con menor probabilidad de producir hipernatremia e incluso sobrehidratación.

La dosificación de la SRO dependerá de la gravedad de la deshidratación:

- En casos de diarreas leves, la SRO puede no ser necesaria, requiriendo únicamente una alimentación adecuada y aumentar la ingesta de líquidos.
- En lactantes y niños pequeños no deshidratados, pero con diarrea aguda, se puede administrar 10 ml/Kg después de cada deposición. No olvidemos que los nutrientes estimulan la regeneración de la mucosa intestinal dañada por la diarrea, por lo que no debe demorarse la toma de alimentos.
- 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-hiponatrémicas (las más frecuentes) y hasta 12 horas si es hipernatrémica. Una vez lograda la rehidratación se reponen las pérdidas y se reinicia la alimentación.
- En los lactantes que toman más de 150 ml/Kg en 24 horas deben beber agua normal para evitar hipernatremias y calmar la sed.
- En adultos se suelen administrar 200-400 ml después de cada deposición.
- La administración, especialmente en niños, debe ser en pequeñas cantidades 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 a la SRO se puede ir aumentando el volumen administrado de forma gradual.
- La SRO debe administrarse a temperatura ambiente y dentro de las 24 horas de su preparación. Nunca se debe utilizar agua con gas en su elaboración.

- La utilización de remedios caseros como zumos de fruta, té, bebidas de cola, puede ser útil como aporte de líquidos en caso de diarreas leves. Sin embargo, no está justificado su empleo en caso de deshidratación ya que presentan una concentración de carbohidratos y electrolitos inadecuada para una absorción apropiada.

En diarreas graves (pérdida de peso > 10%), con vómitos persistentes, está indicado el ingreso hospitalario para rehidratación I.V.

Preparación de líquidos orales caseros: ³

Preparar 1 L de líquidos orales utilizando sal, azúcar y agua en el hogar. Los ingredientes a mezclar son:

- Una cucharadita al ras de sal.
- Ocho cucharaditas al ras de azúcar.
- Un litro (cuatro tazas) de agua potable limpia, o agua que ha sido hervida y luego dejada enfriar.

Tratamiento antimicrobiano específico de la EDA:

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.

Tratamiento inespecífico de la diarrea:

Ninguno de estos medicamentos ataca las causas básicas o los efectos de la diarrea (pérdida de agua, electrolitos y nutrientes). Habitualmente los antieméticos resultan innecesarios en el manejo de la diarrea aguda; algunos de estos agentes que tienen efectos sedantes pueden dificultar la TRO.

DETALLES PEDIÁTRICOS. En general, los antidiarreicos no confieren ningún beneficio práctico para los niños con diarrea aguda o persistente.³

J. Dieta:

La práctica de interrumpir la administración de alimentos durante más de 4 horas es incorrecta. Se recomienda continuar con la alimentación normal en los casos en los que no hay signos de deshidratación, y reintroducirla en cuanto se logre corregir la deshidratación moderada o severa, lo que habitualmente lleva unas 2- 4 horas, empleando SRO o rehidratación intravenosa.

De no especificarse la edad, las notas a continuación se aplican tanto a adultos como a niños.³

Recomendaciones referentes a la alimentación:

Administrar:

- Una dieta apropiada para la edad — independientemente del líquido utilizado para la TRO o el mantenimiento.
- Ingestas frecuentes y livianas distribuidas a lo largo del día (seis colaciones/día), particularmente en el caso de lactantes y niños pequeños.
- Alimentos ricos en energía y micronutrientes; alimentos combinados (granos, huevos, carnes, frutas y hortalizas).

- Luego del episodio diarreico, y dependiendo de la tolerancia, ir aumentando la ingesta energética.

DETALLES PEDIÁTRICOS. Los lactantes deben ponerse al pecho o se les debe ofrecer el biberón con mayor frecuencia inclusive durante la TRO — no es preciso recurrir a fórmulas o diluciones especiales. Sin embargo, para los lactantes que no reciben pecho y los niños y adultos deshidratados, la rehidratación es la primera prioridad y se puede lograr en 2–4 horas.

Los niños mayores y adultos deben recibir su alimentación y seguir sus vidas normales.

Los niños, particularmente los pequeños, deben recibir una colación adicional luego de la resolución de su diarrea, para poder recuperar su crecimiento.

Evitar:

Jugos de fruta enlatados — son hiperosmolares y pueden agravar la diarrea.

K. Complicaciones de la EDA:

La EDA en más del 90% de casos es de curso benigno y carácter autolimitado. Las complicaciones solo se observan en desnutridos severos, en algunos casos de disentería, diarrea persistente y pueden ser las siguientes:

- Deshidratación de diverso grado, hasta el estado de choque hipovolémico.
- Desequilibrio electrolítico y/o metabólico.
- Insuficiencia renal.
- Trombosis venosa (renal sobre todo).
- Perforación intestinal.
- Enterocolitis necrosante.
- Sepsis.

- Hemorragia digestiva.
- Síndrome hemolítico urémico.
- Coagulación intravascular diseminada.

L. Prevención:

- **El lavado de manos, la mejora en la calidad del agua y otras medidas higiénicas, deben ser aconsejadas a los padres y cuidadores para evitar la EDA.**

Las mejoras en el acceso al agua y adecuado saneamiento, junto con la promoción de buenas prácticas de higiene (particularmente el lavado de manos con jabón), ayuda a prevenir la diarrea. El lavado sistemático de manos puede reducir en un 50% la prevalencia de diarrea y evitar aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

Aconsejar a los padres y cuidadores de niños:

- Deben lavarse las manos con jabón (líquido si es posible), chorro de agua continua (tibia si es posible) y un secado cuidadoso (factores importantes para prevenir la diseminación de la EDA).
- Se deben lavar las manos luego de ir al baño (niños) o luego de cambiar pañales (cuidadores, padres) y antes de preparar, servir o comer los alimentos.
- Una revisión sistemática concluye que las intervenciones que promueven el lavado de manos pueden reducir los episodios de diarrea en aproximadamente un tercio.
- Las intervenciones destinadas a mejorar la calidad microbiológica del agua potable son efectivas para la prevención de la diarrea en las poblaciones de todas las edades.

- Los niños no deben asistir al nido o guardería mientras tengan diarrea o vómitos o hasta por lo menos 48 horas luego de del último episodio de diarrea o vomito.
- Tener cuidado con el almacenamiento de los alimentos, principalmente de frutas y verduras; como también de los utensilios de cocina.
- Si no se cuenta con agua potable conectada a red en casa, se recomienda almacenarla en tachos limpios con tapa; el cambio del líquido debe ser interdiario, junto con el correcto aseo del embase.
- Se recomienda la ubicación de los depósitos de basura dentro del domicilio, en sitios estratégicos, fuera del alcance de los niños y su eliminación diaria en el camión recolector.

- **La vacunación contra el rotavirus esta aconsejada en los lactantes.**

Las vacunas Rotarixc y RotaTeqc son efectivas en la prevención de la diarrea por rotavirus. El balance entre el beneficio y el riesgo favorece al beneficio.

La vacuna Rotarixc redujo el número de casos de diarrea por rotavirus hasta un 72% durante el primer año de seguimiento; luego de dos años nuevamente la heterogeneidad entre los estudios fue significativa.

La vacuna RotaTeqc redujo el número de casos de diarrea por rotavirus hasta un 73% durante el primer año de seguimiento y 89% luego de dos años.

- Se debe recomendar: alimentar con lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, evitar el uso de biberones, mejorar las prácticas de manipulación de los alimentos y desechar las excretas de manera apropiada.¹⁷

- **Prevención de las complicaciones de la enfermedad diarreica aguda:**

Para evitar complicación aguda como la deshidratación se recomienda:

- No suspender la alimentación con leche materna.
- Dar terapia con rehidratación oral al inicio del cuadro enteral en casa.
- Brindar comida en forma fraccionada, varias veces durante el día.
- En niños con datos de alarma no dar otros líquidos que no sean SRO.
- Detectar a tiempo los signos de deshidratación para evitar complicaciones.
- No dar jugos o bebidas carbonatas.

Se recomienda que en los niños con diarrea aguda la suplementación con líquidos orales inicie en casa ofreciendo una cantidad adecuada (más de 250 ml) para reducir el riesgo de deshidratación.

Los niños alimentados con leche materna deberán continuar así durante las fases del tratamiento de rehidratación y estabilización de la EDA.

Es recomendable en los niños con diarrea aguda continuar:

- Alimentación con leche materna o la leche habitual.
- Ingesta suficiente de líquidos.
- Suero de Reposición Oral como suplemento de líquidos en aquellos niños con riesgo aumentado de deshidratación:
 - ✓ Lactantes.
 - ✓ Diarrea acuosa

CAPITULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio de tipo observacional, no requiere 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
Número de hijos	Número de hijos vivos	1. 1 a 2 hijos 2. 3 a 4 hijos 3. 5 a más hijos	Intervalo
Edad del hijo	Edad del último hijo	1. <= 1 año 2. 2 años 3. 3 años 4. 4 años 5. 5 años	Ordinal
Grado de instrucción	Último grado alcanzado	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Nominal
Lugar de procedencia	Lugar de procedencia	1. Tacna 2. Puno 3. Moquegua 4. Arequipa 5. Otro:.....	Nominal
Nivel de conocimientos	Test de conocimientos	1. Bajo 2. Regular 3. Alto	Nominal
Prácticas de prevención	Lista de cotejo y observación	1. Mala 2. Regular 3. Buena	Nominal

CAPITULO IV

DISEÑO DE INVESTIGACION

4.1 Diseño:

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico, que nos 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 enfermedades diarreicas agudas; y a la vez fue de corte transversal porque nos permitió estudiar las variables en un tiempo determinado.

4.2 Ámbito de estudio

La población de Pampas de Viñani, ubicado en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, al sur este de la ciudad de Tacna. Esta zona comenzó a poblarse el 15 de julio del 2001; y hasta el año 2007 sumaban 72 asociaciones. La Dirección Regional de Salud Tacna en el año 2013 estima que la población de Viñani consta de un total de 17647 habitantes; dentro de ellos, 2139 niños de edades entre 0 – 5 años y con un promedio de 5 hijos por familia.²¹ Es por ello que tendremos principal interés en las madres de niños menores de 5 años que residen en esa zona y se encuentran empadronadas en el centro de salud de su jurisdicción; en este caso sería P.S. Viñani.

4.3 Población y muestra

A) Población:

La población total en estudio fue constituida por madres de niños menores de 5 años, cuyos hijos cursaron con algún proceso de

²¹ Dirección Regional de Salud Tacna. Cuadro de población estimada por edades puntuales y grupos de edad según provincias, distritos y establecimientos de salud año 2013. Datos extraídos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico – Oficina de Planes y Programas.

enfermedad diarreica aguda durante el año 2013 en la comunidad de Viñani del distrito Gregorio Albarracín de Tacna, y que fueron atendidos y debidamente registrados en el cuaderno de reporte epidemiológico de EDAs del P.S Viñani.

Dentro del informe final del P.S Viñani del 2013, por semanas epidemiológicas, se obtuvo un total de 216 madres que acudieron a dicho puesto de salud porque su hijo o uno de sus hijos presentaron la enfermedad antes mencionada.²¹

B) Muestra

El tamaño de la muestra fue estimada con un nivel de confianza del 97% y un margen de error del 3%. El tipo de muestreo fue muestra aleatoria al azar; la misma que se realizó, distribuyendo las 216 direcciones domiciliarias (descritas anteriormente) en asociaciones y sacando un número proporcional por cada una de ellas hasta completar los 180 domicilios de las madres a encuestar.

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

Donde:

N = tamaño de la muestra (216)

Z = 1.96

P = 0.50

D = error producto del azar (3%)

n = 180

4.3.1 Criterios de inclusión

- Madres con hijos menores de 5 años, cuyos hijos hayan cursado con un cuadro de EDA durante el año 2013 y fueron atendidos en el P.S Viñani.
- Madres que acepten ser parte del estudio.
- Madres con residencia mayor de 1 año en la zona.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Madres que no se encuentren en sus domicilios.
- Madres que se imposibiliten de responder el cuestionario.

4.4 Instrumentos de recolección de datos

- 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. Dicho instrumento está validado en el estudio titulado: 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. ⁵
- b) Lista de verificación domiciliaria, elaborado en base a la operacionalización de variables para medir las prácticas.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó la encuesta en los domicilios de las madres de niños menores de 5 años, cuyas direcciones han sido extraídas del cuaderno epidemiológico de EDAs proporcionadas por el P.S Viñani durante el año 2013.

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

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

Este trabajo de investigación cuenta con 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 utilizará 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 conocimiento de las medidas de prevención y control de las diarreas.

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 (\bar{X}) = 17,44

Mediana = 17

Moda = 17

Desv. típ. (S) = 3,04569

Medición: correcta =1 incorrecta =0

Proceso:

$0 - (\bar{X} - S)$	Bajo
$(\bar{X} - S) - (\bar{X} + S)$	Regular
$(\bar{X} + S) - \text{Máximo}$	Alto

Categorías del conocimiento:

Bajo: 0 - 14.38

Regular: 14.39 - 20.49

Alto: 20.50 – 25

Procedimiento de la escala de estatinos para la lista de cotejo

Estadísticos

Media (X) = 15,39

Mediana = 16

Moda = 17

Desv. típ. (S) = 2,193

Medición: Correcta = 1 Incorrecta = 0

Proceso:

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

Mala: 0 -13.1

Regular: 13.2 - 15.39

Buena: 15.40 -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 empleó la prueba de chi cuadrado para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

CAPITULO VI

RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO DE EDA Y FUERON ATENDIDOS EN EL P.S. VIÑANI EN EL AÑO 2013.

		n	%
EDAD	< DE 20 AÑOS	6	3,3%
	20 A 29 AÑOS	86	47,8%
	30 A 39 AÑOS	68	37,8%
	40 A MÁS AÑOS	20	11,1%
	Total	180	100,0%
GRADO DE INSTRUCCION	ANALFABETA	1	0,6%
	PRIMARIA	36	20,0%
	SECUNDARIA	114	63,3%
	SUPERIOR	29	16,1%
	Total	180	100,0%
LUGAR DE PROCEDENCIA	PUNO	85	47,2%
	TACNA	67	37,2%
	CUZCO	9	5,0%
	LIMA	7	3,9%
	AREQUIPA	6	3,3%
	OTROS	6	3,4%
	Total	180	100,0%
N° DE HIJOS VIVOS	1 – 2 HIJOS	138	76,7%
	3 – 4 HIJOS	36	20,0%
	MAS DE 4 HIJOS	6	3,3%
	Total	180	100,0%
EDAD DEL ÚLTIMO HIJO	<= 1 AÑO	52	28,9%
	2 AÑOS	19	10,6%
	3 AÑOS	37	20,6%
	4 AÑOS	32	17,8%
	5 AÑOS	40	22,2%
	Total	180	100,0%

FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En la tabla n° 1, de las 180 madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro de EDA, el 47.8% tiene edades de 20 a 29 años, el 37.8% tiene de 30 a 39 años, 11.1% de madres con edades de 40 años a más y el menor grupo que tiene menos de 20 años representa el 3.3% del total.

En cuanto al grado de instrucción encontramos que el 63.3% de las madres tienen secundaria, 20% tienen primaria, 16.1% con superior y solo el 0,6% de ellas son analfabetas.

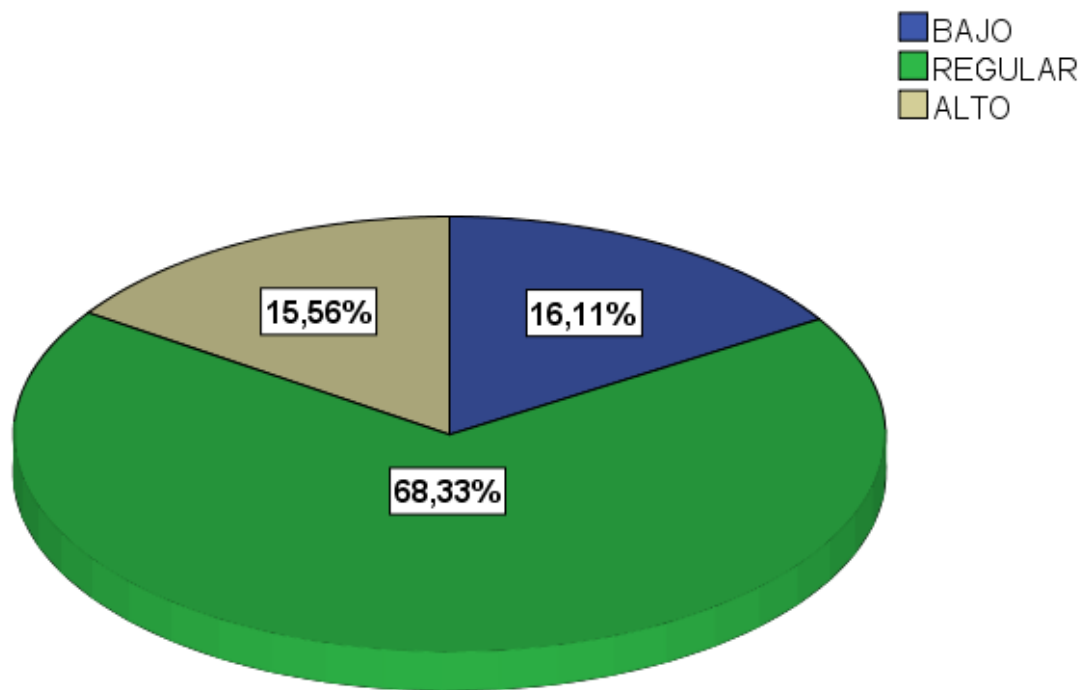
De las madres encuestadas el 47.2% proceden de la ciudad de Puno, el 37.2% proceden de Tacna, 5% de Cuzco, 3.9% de la ciudad de Lima, 3.3% de Arequipa, y otros que corresponden al 3.4% para las ciudades de Junín, Moquegua y La libertad.

Respecto al número de hijos vivos de las madres de niños menores de 5 años, el 76.7% cuenta con 1 a 2 hijos vivos, mientras que el 20% tienen de 3 a 4 hijos vivos y el 3.3% con más de 4 hijos vivos.

Según la edad del último hijo de las 180 madres encuestadas, el 28.9% tiene edades menores o iguales a 1 año, el 22.2% de 5 años, 20.6% con 3 años de edad, 17.8% de 4 años y por último, el 10.6% de 2 años.

GRÁFICO N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO DE EDA Y FUERON ATENDIDOS EN EL P.S. VIÑANI EN EL AÑO 2013.



FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

Como se puede observar en el gráfico n° 1, el 68.3% de las madres tiene regular nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda, 16.1% tiene bajo nivel de conocimiento y 15.6% alto nivel de conocimiento sobre EDA.

TABLA N° 2

**ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON
CON UN CUADRO DE EDA Y FUERON ATENDIDOS EN EL P.S.
VIÑANI EN EL AÑO 2013.**

		NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDA								VALOR "P"
		BAJO		REGULAR		ALTO		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
EDAD	< DE 20 AÑOS	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%	0.397
	20 A 29 AÑOS	18	20,9%	54	62,8%	14	16,3%	86	100,0%	
	30 A 39 AÑOS	9	13,2%	47	69,1%	12	17,6%	68	100,0%	
	40 A MÁS AÑOS	2	10,0%	16	80,0%	2	10,0%	20	100,0%	
	Total	29	16,1%	123	68,3%	28	15,6%	180	100,0%	
N° DE HIJOS VIVOS	1 - 2	23	16,7%	94	68,1%	21	15,2%	138	100,0%	0.680
	3 - 4	6	16,7%	25	69,4%	5	13,9%	36	100,0%	
	MAS DE 4 HIJOS	0	0,0%	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%	
	Total	29	16,1%	123	68,3%	28	15,6%	180	100,0%	
GRADO DE INSTRUCCION	ANALFABETA	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0.503
	PRIMARIA	9	25,0%	23	63,9%	4	11,1%	36	100,0%	
	SECUNDARIA	19	16,7%	76	66,7%	19	16,7%	114	100,0%	
	SUPERIOR INCOMPLETA	1	4,5%	18	81,8%	3	13,6%	22	100,0%	
	SUPERIOR COMPLETA	0	0,0%	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%	
	Total	29	16,1%	123	68,3%	28	15,6%	180	100,0%	
EDAD DEL ULTIMO HIJO	<= 1 AÑO	11	21,2%	33	63,5%	8	15,4%	52	100,0%	0.797
	2 AÑOS	4	21,1%	13	68,4%	2	10,5%	19	100,0%	
	3 AÑOS	5	13,5%	24	64,9%	8	21,6%	37	100,0%	
	4 AÑOS	4	12,5%	25	78,1%	3	9,4%	32	100,0%	
	5 AÑOS	5	12,5%	28	70,0%	7	17,5%	40	100,0%	
	Total	29	16,1%	123	68,3%	28	15,6%	180	100,0%	

FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En la tabla nº 2, del total del nivel alto de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda, el 17.6% se encuentra entre las madres de 30 a 39 años de edad; así mismo, el 33.3% de las madres representa a aquellas con más de 4 hijos vivos con nivel alto de conocimiento; el 28.6% de madres con superior completa y el 21.6% de madres con su último hijo de 3 años también cuentan con nivel alto de conocimiento.

No se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimientos de EDA con: la edad de las madres por presentar un valor “p” de 0.397; con el número de hijos vivos por presentar un valor “p” de 0.680; con el grado de instrucción por presentar también un valor “p” de 0.503; y por último con la edad del último hijo por presentar un valor “p” de 0.797.

TABLA N° 3

**CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN
LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON
CON UN CUADRO DIARREICO Y FUERON ATENDIDOS EN EL P.S.
VIÑANI EN EL AÑO 2013**

		n	%
Definición de EDA	NO	96	53,3%
	SI	84	46,7%
	Total	180	100,0%
Causa de la EDA	NO	28	15,6%
	SI	152	84,4%
	Total	180	100,0%
Indicador de presencia de sangre en deposiciones	NO	41	22,8%
	SI	139	77,2%
	Total	180	100,0%
Principal complicación de la EDA	NO	60	33,3%
	SI	120	66,7%
	Total	180	100,0%
Cómo almacenar el agua para consumo	NO	5	2,8%
	SI	175	97,2%
	Total	180	100,0%
Frecuencia de cambio de agua almacenada	NO	56	31,1%
	SI	124	68,9%
	Total	180	100,0%
Ubicación de depósitos de basura	NO	61	33,9%
	SI	119	66,1%
	Total	180	100,0%
Antes de preparar alimentos	NO	51	28,3%
	SI	129	71,7%
	Total	180	100,0%
En relación a la preparación de alimentos	NO	9	5,0%
	SI	171	95,0%
	Total	180	100,0%
Importancia de lavado de manos	NO	5	2,8%
	SI	175	97,2%
	Total	180	100,0%
Cuando lavarse las manos	NO	9	5,0%
	SI	171	95,0%
	Total	180	100,0%
Lugar de eliminación de pañales	NO	0	0,0%
	SI	180	100,0%
	Total	180	100,0%
Frecuencia de eliminación de pañales	NO	7	3,9%
	SI	173	96,1%
	Total	180	100,0%
Importancia de las vacunas	NO	35	19,4%
	SI	145	80,6%
	Total	180	100,0%

A dónde acudir en procesos diarreicos	NO	14	7,8%
	SI	166	92,2%
	Total	180	100,0%

FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En la tabla n° 3, las madres respecto a la definición de diarrea, el 46.7% responde de manera correcta que son deposiciones líquidas más de 3 veces al día; mientras que el 53.3% no sabe definirla. Al preguntar sobre cuál de las afirmaciones puede causar diarrea, el 84.4% de las madres refieren que se debe a comer frutas y verduras consumidas sin lavar; mientras un 15.6% no conoce su causa. Al indagar sobre qué indica la presencia de sangre en las deposiciones, el 77.2% de las madres indican de manera correcta que es signo de infección, a diferencia del 22.8% de las madres que no lo sabe. Al preguntar sobre cuál de las premisas se presenta como complicación de la diarrea, el 66.7% de las madres refieren de manera correcta que es la deshidratación, mientras que un 33.3% no la sabe. Al indagar sobre cómo deben almacenar el agua para consumo, el 97.2% manifiesta correctamente que debe ser en un depósito limpio con tapa, mientras que un 2.8% no sabe almacenarla. Al preguntar sobre la frecuencia de cambio de agua almacenada para su consumo el 68.9% manifiesta correctamente que se realiza interdiario a diferencia del 31.1% que no lo cree así. Respecto a dónde ubicar los depósitos de basura, el 66.1% de las madres refieren que debe ser dentro de la casa en un recipiente con tapa, mientras el 33.9% contesta erróneamente. A la pregunta antes de preparar los alimentos usted... el 71.7% de las madres respondió que todas las premisas son correctas, a diferencia del 28.3% que erró en la respuesta. Al pedido de señalar lo correcto antes de preparar los alimentos el 95% de las madres refiere que deben lavar los alimentos bien con agua potable, y un 5% contestó erróneamente. Al preguntar sobre la importancia de lavarse las manos con agua y jabón, el 97.2% de ellas argumentaron que se lavan porque protege de enfermedades, mientras un 2.8% erró en la respuesta. Al preguntar sobre cuándo deben lavarse las manos con agua y jabón, el 95% de las madres respondieron que antes de preparar los alimentos, y el 5% erró en la respuesta. A la pregunta dónde eliminar los pañales descartables el 100% de las madres

respondió en un tacho con tapa. Al indagar sobre la frecuencia con la que se eliminan los pañales descartables sucios, el 96.1% de las madres refieren que se deben eliminar diariamente, y un 3.9% responde erróneamente. Al preguntar por qué son necesarias las vacunas, el 80.6% de las madres opinan que se colocan porque permiten generar defensas que los protegen de enfermedades, y el 19.4% desconocen su importancia. Al preguntar dónde acuden en caso de que su niño tenga diarrea, el 92.2% de las madres refieren que a un Centro de Salud, mientras el 7.8% no saben a dónde acudir.

TABLA N° 4

CONOCIMIENTO SOBRE USO Y PREPARACIÓN DE SRO Y SUERO CASERO EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO DE EDA Y FUERON ATENDIDOS EN EL P.S. VIÑANI EN EL AÑO 2013

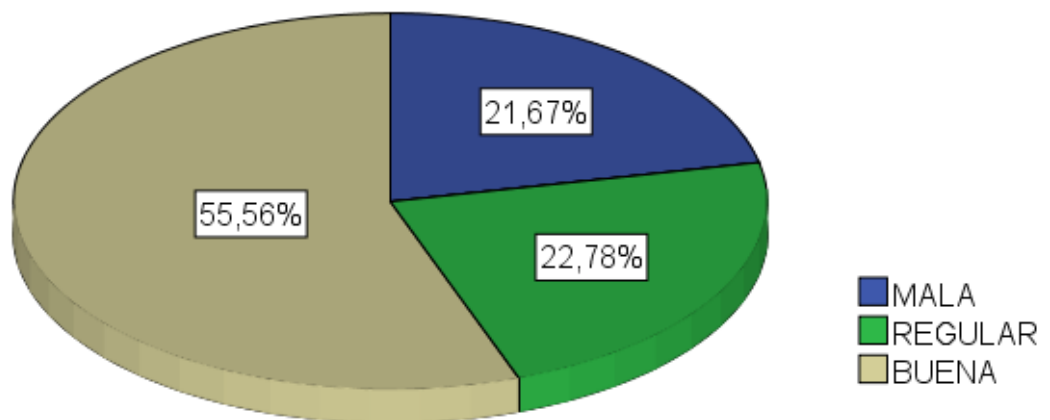
		n	%
Preparación de suero casero	NO	114	63,3%
	SI	66	36,7%
	Total	180	100,0%
Importancia de SRO	NO	74	41,1%
	SI	106	58,9%
	Total	180	100,0%
Duración de las SRO	NO	89	49,4%
	SI	91	50,6%
	Total	180	100,0%
Administración de SRO en niños menores de 2 años	NO	56	31,1%
	SI	124	68,9%
	Total	180	100,0%
Qué hacer cuando su hijo tiene EDA	NO	38	21,1%
	SI	142	78,9%
	Total	180	100,0%
Momento de administración de SRO	NO	92	51,1%
	SI	88	48,9%
	Total	180	100,0%
Circunstancia para llevar a su hijo al centro de salud	NO	161	89,4%
	SI	19	10,6%
	Total	180	100,0%
Qué dar a su hijo en la EDA	NO	73	40,6%
	SI	107	59,4%
	Total	180	100,0%
Complicación de deshidratación	NO	120	66,7%
	SI	60	33,3%
	Total	180	100,0%
Tratamiento en deshidratación muy grave	NO	66	36,7%
	SI	114	63,3%
	Total	180	100,0%

FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En la tabla nº 4, el 63.3% de las madres no saben cómo se prepara el suero casero, mientras solo un 36.7% responde correctamente diciendo 8 cucharaditas de azúcar y 1 cucharadita de sal en un litro de agua. Al preguntar para que sirven las sales de rehidratación oral, el 58.9% de las madres piensan que es para reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea, mientras el 41.1% del total no conoce su importancia. A la pregunta de cuánto tiempo duran las SRO y el suero casero preparado, el 50.6% de las madres refieren 24 hrs. a temperatura ambiente, mientras el 49.4% no sabe. Respecto a cuándo se administra el suero casero en niños menores de 2 años, el 68.9% refieren con cucharita pausadamente, y un 31.1% no sabe cómo administrarlo. Frente a qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea, el 78.9% de las madres piensan se debe dar comida en forma fraccionada, varias veces al día; mientras un 21.1% respondió erróneamente. A la pregunta de en qué momento debe darle SRO a su hijo, el 48.9% respondió después de cada diarrea, mientras un 51.1% no sabe en qué momento administrarlo. Respecto a si su niño tiene diarrea, en qué circunstancias lo lleva al centro de salud, el 89.4% no sabe en qué momento llevarlo, y solo un 10.6% respondió cuando llora demasiado con lágrimas y aun bebe. A la pregunta de qué le debe dar a su hijo cuando tiene diarrea, el 59.4% respondió suero casero, mientras un 40.6% no sabe qué administrarle. Frente a qué puede pasar si su hijo está muy deshidratado, el 66.7% no sabe que le podría pasar y solo un 33.3% respondió que puede entrar en shock y morir. Por último, al preguntar el tratamiento de un niño que está muy deshidratado incluye, el 63.3% respondió tratamiento con suero endovenoso en el hospital, mientras un 36.7% no conoce el tratamiento más indicado en ese caso.

GRÁFICO N° 2

NIVEL DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO DE EDA Y FUERON ATENDIDOS EN EL P.S. VIÑANI EN EL AÑO 2013



FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En la gráfica n° 2, se observa respecto al nivel de prácticas de prevención de las madres de niños menores de 5 años sobre enfermedad diarreica aguda que, el 55.6% tienen nivel bueno, el 22.8% tienen nivel regular y el 21.7% tienen nivel malo de prácticas preventivas.

TABLA N° 5

**ASOCIACIÓN ENTRE PRÁCTICAS PREVENTIVAS SOBRE
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO DE EDA Y FUERON
ATENDIDOS EN EL P.S. VIÑANI EN EL AÑO 2013**

		NIVEL DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA								VALOR "P"
		MALA		REGULAR		BUENA		Total		
		n	%	N	%	n	%	n	%	
EDAD	< de 20 años	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%	6	100,0%	0.549
	20 a 29 años	23	26,7%	19	22,1%	44	51,2%	86	100,0%	
	30 a 39 años	12	17,6%	15	22,1%	41	60,3%	68	100,0%	
	40 a más años	2	10,0%	5	25,0%	13	65,0%	20	100,0%	
	total	39	21,7%	41	22,8%	100	55,6%	180	100,0%	
N° DE HIJOS VIVOS	1 - 2	36	26,1%	30	21,7%	72	52,2%	138	100,0%	0.106
	3 - 4	3	8,3%	10	27,8%	23	63,9%	36	100,0%	
	más de 4 hijos	0	0,0%	1	16,7%	5	83,3%	6	100,0%	
	total	39	21,7%	41	22,8%	100	55,6%	180	100,0%	
GRADO DE INSTRUCCION	analfabeta	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0.440
	primaria	5	13,9%	7	19,4%	24	66,7%	36	100,0%	
	secundaria	25	21,9%	28	24,6%	61	53,5%	114	100,0%	
	superior incompleta	7	31,8%	3	13,6%	12	54,5%	22	100,0%	
	superior completa	2	28,6%	2	28,6%	3	42,9%	7	100,0%	
	total	39	21,7%	41	22,8%	100	55,6%	180	100,0%	
EDAD DEL ÚLTIMO HIJO	<= 1 año	12	23,1%	14	26,9%	26	50,0%	52	100,0%	0.727
	2 años	6	31,6%	2	10,5%	11	57,9%	19	100,0%	
	3 años	8	21,6%	9	24,3%	20	54,1%	37	100,0%	
	4 años	4	12,5%	9	28,1%	19	59,4%	32	100,0%	
	5 años	9	22,5%	7	17,5%	24	60,0%	40	100,0%	
	total	39	21,7%	41	22,8%	100	55,6%	180	100,0%	

FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En la tabla n° 5, del total del nivel bueno de prácticas de prevención sobre enfermedad diarreica aguda, el 65% se encuentra en las madres mayores de 40 años de edad; así mismo, el 83.3% de las madres con más de 4 hijos vivos, el 66.7% de madres con primaria y el 60% con edad del último hijo de 5 años también tienen nivel bueno de prácticas preventivas

No se encontró asociación significativa entre el nivel de prácticas de prevención de EDA con: la edad de las madres por presentar un valor “p” de 0.549; con el número de hijos vivos por presentar un valor “p” de 0.106; con el grado de instrucción por presentar también un valor “p” de 0.440; y por último con la edad del último hijo por presentar un valor “p” de 0.727.

TABLA N° 6

PRÁCTICAS PREVENTIVAS SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO DE EDA Y FUERON ATENDIDOS EN EL P.S. VIÑANI EN EL AÑO 2013

		n	%
EL AGUA QUE CONSUME ESTÁ CLORADA O HERVIDA	NO	10	5,6%
	SI	170	94,4%
	Total	180	100,0%
TIENE AGUA CONECTADA A RED (POTABLE) O ALMACENA EL AGUA EN UN TACHO LIMPIO Y CON TAPA, ALEJADO DEL SUELO Y BASURA	NO	19	10,6%
	SI	161	89,4%
	Total	180	100,0%
ELIMINA LAS EXCRETAS EN LETRINAS O BAÑO CONECTADO A RED	NO	22	12,2%
	SI	158	87,8%
	Total	180	100,0%
ELIMINA LOS DESECHOS EN RECIPIENTES DE PLASTICO CON TAPA	NO	23	12,8%
	SI	157	87,2%
	Total	180	100,0%
SE LAVA LAS MANOS CON JABON ANTES Y DESPUES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS, CAMBIAR PAÑALES, IR AL BAÑO, COMER LOS ALIMENTOS	NO	6	3,3%
	SI	174	96,7%
	Total	180	100,0%
ELIMINA LOS PAÑALES EN TACHO CON TAPA Y LUEGO AL BASURERO	NO	15	8,3%
	SI	165	91,7%
	Total	180	100,0%
LAVA LAS FRUTAS Y VERDURAS CON AGUA CLORADA	NO	36	20,0%
	SI	144	80,0%
	Total	180	100,0%
MANTIENE LAS FRUTAS Y VERDURAS PROTEGIDOS DE TIERRA Y MOSCAS	NO	9	5,0%
	SI	171	95,0%
	Total	180	100,0%
MANTIENE LOS UTENSILIOS PROTEGIDOS DE TIERRA Y MOSCAS	NO	8	4,4%
	SI	172	95,6%
	Total	180	100,0%
LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS TIENEN TODAS LAS VACUNAS	NO	18	10,0%
	SI	162	90,0%
	Total	180	100,0%
IDENTIFICA CLARAMENTE UN ESTABLECIMIENTO MAS CERCANO DE LA JURISDICCION DONDE ACUDIR	NO	15	8,3%
	SI	165	91,7%
	Total	180	100,0%
CUANDO EL NIÑO TIENE DIARREA LE DA SUERO CASERO	NO	65	36,1%
	SI	115	63,9%
	Total	180	100,0%
CUANDO EL NIÑO TIENE DIARREA CONTINUA CON LECHE MATERNA	NO	31	17,2%
	SI	149	82,8%
	Total	180	100,0%
CUANDO EL NIÑO TIENE DIARREA LE BRINDA MAS LIQUIDO DE LO ACOSTUMBRADO	NO	16	8,9%
	SI	164	91,1%
	Total	180	100,0%
CUANDO EL NIÑO TIENE DIARREA, LE DA SUERO CASERO Y ADEMAS COMIDA	NO	52	28,9%
	SI	128	71,1%
	Total	180	100,0%

EL NIÑO QUE TIENE DIARREA RECIBE COMIDAS SOLO CUANDO LO PIDE	NO	56	31,1%
	SI	124	68,9%
	Total	180	100,0%
CUANDO SU NIÑO Y PRESENTA MAS DE 2 SIGNOS DE DESHIDRATACION, UD., LO LLEVA AL CENTRO DE SALUD O MEDICO PARTICULAR	NO	7	3,9%
	SI	173	96,1%
	Total	180	100,0%
CUANDO SU NIÑO TIENE DIARREA LE DA DE COMER MAS VECES PERO FRACCIONADO	NO	61	33,9%
	SI	119	66,1%
	Total	180	100,0%

FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En la tabla n° 6, se observa que las madres que consumen agua clorada o hervida son 94.4% frente a un 5.6% que no lo hace; las madres que tienen agua potable o la almacenan en tachos limpios representan el 89.4% del total a diferencia del 10.6% que no; las madres que eliminan sus desechos en letrinas o baños conectados a red son el 87.8% del total frente a 12.2% que no lo hace; el 87.2% de las madres encuestadas eliminan sus desechos en recipientes de plástico con tapa frente a 12.8% que no lo hace; el 96.7% de las madres se lavan sus manos con agua y jabón antes de realizar sus actividades a diferencia del 3.3% de ellas que no lo realizan; el 91.7% de las madres eliminan los pañales en un tacho y luego al basurero frente al 8.3% que no; las madres que lavan las frutas y verduras con agua clorada son el 80% del total frente al 20% que no lo hace; el 95% de ellas mantienen las frutas y verduras protegidas de tierra y moscas frente al 5% que no lo realiza; el 95.6% mantienen los utensilios protegidos de tierra y moscas y el 4.4% no; el 90% de las madres de los niños menores de 5 años manifiestan que sus hijos tienen todas las vacunas y el 10% de ellas no completaron con la vacunación de sus hijos; las madres que identifican claramente sus establecimientos de salud son el 91.7% frente al 8.3% que no; el 63.9% de las madres les dan a sus hijos suero casero cuando tienen diarrea a diferencia del 36.1% que no les da; el 82.8% de las madres continúan dándole a sus hijos leche materna frente a cuadros diarreicos de sus niños a diferencia del 17.2% que no les da; el 91.1% de las madres les brinda más líquido de lo acostumbrado a sus hijos cuando padecen diarreas frente al 8.9% que no lo hace; el 71.1% de las madres les brindan a sus hijos suero casero además de comida cuando sus niños presentan

diarrea frente a 28.9% que no lo hace; cuando sus hijos están con diarreas el 68.9% de las madres les dan comida solo cuando sus hijos les piden a diferencia del 31.1% que no lo hacen; el 96.1% de las madres llevan a sus hijos al centro de salud cuando sus niños presentan más de 2 signos de deshidratación a diferencia del 3.9% que no los lleva y por último el 66.1% de las madres cuando sus hijos tienen diarreas les dan de comer más veces pero fraccionado con una diferencia del 33.9% de las madres encuestadas que no lo hacen.

TABLA N° 7

ASOCIACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO DIARREICO Y FUERON ATENDIDOS EN EL P.S. VIÑANI EN EL AÑO 2013

		NIVEL DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA								Valor "p"
		MALA		REGULAR		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDA	ALTO	6	21,4%	2	7,1%	20	71,4%	28	100%	0.126
	REGULAR	26	21,1%	29	23,6%	68	55,3%	123	100%	
	BAJO	7	24,1%	10	34,5%	12	41,4%	29	100%	
	Total	39	21,7%	41	22,8%	100	55,6%	180	100%	

FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En la tabla n° 7, del total del nivel de conocimientos sobre enfermedad diarreica aguda alto, el 71.4% tiene buen nivel de prácticas de prevención; así mismo, un 24.1% que representa a las madres con nivel bajo de conocimiento sobre EDA, también tiene malas prácticas de prevención. El 41.4% de madres con bajo nivel de conocimiento tiene buenas prácticas preventivas. El 21.4% con nivel alto de conocimiento tiene malas prácticas de prevención sobre enfermedad diarreica aguda.

No se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de prevención de EDA por presentar un valor "p" de 0.126.

DISCUSIÓN

La influencia más grande sobre la salud familiar la brinda la educación de los padres, 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, dadas principalmente por el personal de salud y difundidas con ayuda de la misma población.

Respecto a los resultados de esta investigación, el mayor grupo etáreo de las madres en estudio oscila entre los 20 a 29 años de edad que representó el 47.8% del total de ellas, mostrando que en su mayoría hablamos de una población joven; así mismo, el 63.3% de las madres representan secundaria como grado de instrucción; seguido de un 20% con nivel primario); de la misma manera, el número de hijos vivos de las madres en estudio fue en mayor rango de 1 a 2 por cada una, mientras que la edad de su último hijo fue menor o igual a 1 año en la mayoría de casos (28.9%).

En el estudio realizado por Tácunan Shaela¹¹ titulado Estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del C.S. Ciudad Nueva y C.S. San Francisco en el año 2011; determinó entre sus características sociodemográficas, que el grupo de edad de 30 a más años fue el predominante para las madres atendidas en el C. S. San Francisco (85,71%) y el C. S. Ciudad Nueva (48,98%); y el tener educación secundaria fue predominante tanto para madres del C. S. Ciudad Nueva y San Francisco.

En esta investigación, el nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda encontrado en las madres objeto de estudio, reveló que el 68.3% tienen nivel regular, el 16.1% nivel bajo y el 15.6% restante un nivel alto de conocimiento;

habiendo recibido previamente en el P.S Viñani, algún tipo de orientación sobre enfermedad diarreica aguda dado por el personal de salud de dicho puesto..

Panadillo Luyo⁵ en su estudio realizado en madres de niños menores de 5 años que no contaban con asesoramiento previo sobre enfermedades diarreicas agudas en la comunidad de Alto Tacna, difiere con nuestros resultados al presentar su población, el 99.83% nivel bajo de conocimientos sobre EDA y 1.7% un nivel regular.

Nuestros datos son similares a los encontrados por Matta Mariños⁴ quien concluyó que las madres de niños menores de 5 años del centro materno infantil de Zapallal – Lima, presentaron un nivel de conocimiento medio sobre enfermedad diarreica aguda con una mayor proporción de encuestadas (66,3%) y el 16% presentó un nivel de conocimiento bajo.

Como datos específicos de esta investigación, se evidencia que de las madres encuestadas, el 53.3% no sabe definir la diarrea, pero sí un 84.4% sabe cuál podría ser la causa de esta y un 66.7% conoce que la deshidratación es la principal complicación de las diarreas, un 66.7% no sabe cuál sería la complicación principal de la deshidratación, y peor aún, el 89.4% del total de madres no sabe en qué circunstancias llevar a su hijo al centro de salud cuando este cursa con un proceso diarreico.

Los hallazgos encontrados por Jhonnal Alarco⁸ en donde entrevistaron a 82 madres con promedio de edad de 29 años (con una mínima de 15 y una máxima de 49) sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la principal causa, el 53% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 23% admitió que le daría antibióticos, el 67% acudiría al centro de salud, mientras que un 24% lo haría al curandero.

Los resultados de la presente investigación, evidenciaron que las madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro diarreico tienen buenas prácticas preventivas (55.6% del total); cabe resaltar que las madres encuestadas recibieron

algún tipo de consejería sobre EDAs en su Puesto de salud cuando uno de sus hijos presentaron cuadros diarreicos, lo cual refleja la importancia de la educación sanitaria de modo que la madre, su familia y el personal de salud participen activamente en la prevención y adecuado tratamiento de las enfermedades diarreicas. Sin embargo aun queda un 44.4% de madres con niveles de prácticas de prevención de EDAs entre regulares y malos casi en el mismo porcentaje (22.8% y 21.7% respectivamente) que todavía requieren consejería.

Al asociar las características sociodemográficas de nuestra población en estudio con el nivel de prácticas de prevención de enfermedad diarreica aguda se encontró que del total del nivel bueno de prácticas de prevención, el 65% también se encuentra en las madres mayores de 40 años de edad; así mismo, este nivel bueno de prácticas de prevención representa también el 83.3% de las madres con más de 4 hijos vivos. Respecto al grado de instrucción, el 66.7% de madres con primaria presentan buenas prácticas preventivas, a diferencia del 31.8% de las madres con superior incompleta que tienen malas prácticas preventivas. Finalmente con la edad del último hijo, el 60% de madres con su último hijo de 5 años cuentan con buenas prácticas preventivas. Pese a estos datos, no se encontró asociación significativa entre estas prácticas preventivas con estas características sociodemográficas, ya que cada una de ellas mantenía un valor “p” mayor a 0.05.

Dato similar respecto a nuestro estudio se encontró en el trabajo realizado por Panadillo Luyo⁵ en la comunidad de Alto Tacna, en el que concluyó que un gran porcentaje de las madres encuestadas, específicamente el 95.4% de ellas tienen un nivel medio y solo el 1.1% presenta nivel alto de prácticas preventivas sobre enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años; requiriendo educación complementaria sobre estos aspectos.

Matta Mariños⁴ en su estudio realizado en madres de niños menores de 5 años del centro materno infantil de Zapallal – Lima en el año 2012, concluye que en el nivel de conocimiento según dimensiones sobre enfermedad diarreica aguda predominó el nivel de conocimiento alto con un 48,5%; en las dimensiones

medidas preventivas 65,1% y el 63,3% tuvo nivel de conocimiento medio sobre prácticas preventivas en el hogar respecto a enfermedad diarreica aguda.

Al asociar el conocimientos y las prácticas de prevención de enfermedad diarreica aguda, muestra que del total del nivel de conocimientos de EDA alto, el 71.4% también tiene un buen nivel de prácticas de prevención; así mismo, un 24.1% que representa a las madres con nivel de conocimientos de EDA bajo, también tiene malas prácticas de prevención de enfermedad diarreica aguda. Como también, el 41.4% de madres con bajo nivel de conocimiento tienen buenas prácticas preventivas sobre enfermedad diarreica aguda. No encontrándose asociación significativa entre el conocimiento y las prácticas de prevención de EDA por presentar un valor “p” de 0.126.

La base y éxito del tratamiento de la enfermedad diarreica aguda se encuentra en una correcta medida de rehidratación; además de tratamientos específico si es que fuesen necesarios como antibioticoterapia o sintomáticos en procesos febriles. 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.

Gran aporte nos dan los hallazgos encontrados por Medina¹⁰, quien en su trabajo realizado en madres cuidadoras integrales ubicadas en una barriada, encontró que previo a la capacitación el 52,17% sabían definir diarreas; 82,61% tenían prácticas alimentarias correctas en diarreas infantiles; 56,52% preparaba correctamente el suero oral y el 100% no sabe la del suero casero. Todos estos niveles mejoraron en más del 95% 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.

En nuestro estudio se evidencia que el 63.3% de las madres encuestadas no sabe cómo preparar un suero casero y solo un 36.7% si lo sabe; pero lo que sorprende es que de estas madres, muchas dudaron en la correcta preparación de dichos sueros que se evidenció en el momento de encuestarlas, pero aún así prefirieron marcar una respuesta antes que dejarla en blanco manifestando que en el momento que acudieron a su puesto de salud, cuando uno de sus hijos curso un cuadro diarreico, recibieron consejería respecto al tema, pero no prestaron la correcta atención.

Finalmente, por todo lo mostrado en este estudio, se podría decir que las madres de niños menores de 5 años que cursaron con algún cuadro diarreico y fueron atendidos en el P.S Viñani durante el año 2013; habiendo recibido consejería respecto al tema, cuentan con buenas prácticas de prevención, pero no necesariamente con buenos conocimientos sobre enfermedad diarreica aguda.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro diarreico y fueron atendidos en el P.S. Viñani en el año 2013, fue regular, representado por el 68.3%. Dentro de las deficiencias de conocimiento se encuentra que las madres no saben definir diarrea, así mismo, no saben preparar sueros caseros y peor aún, no indican a la deshidratación como principal complicación de la EDA, desconociendo las circunstancias en las que deben llevar a sus hijos al centro de salud cuando se encuentran frente a este cuadro.
2. El nivel de las prácticas preventivas sobre enfermedad diarreica aguda de las madres de niños menores de 5 años que cursaron con un cuadro diarreico y fueron atendidos en el P.S. Viñani en el año 2013, fue bueno (55.6% del total), siendo las menos empleadas las orientadas a la alimentación y correcta hidratación del niño en cuadros diarreicos.
3. No se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de prevención sobre enfermedad diarreica aguda por presentar un valor “p” de 0.126.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda brindar información de forma continua a las familias, y capacitar 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 Centros de salud, para disminuir el número de casos de diarreas, los costos sociales y económicos para el país, la familia y los establecimientos prestadoras de servicios.

3. Realizar estrategias con alianzas en educación, para que por medio de los colegios, se pueda impartir conocimientos sobre enfermedad diarreica aguda.

4. Educar a las madres en la identificación de signos y síntomas de diarrea, signos de deshidratación y en la importancia del consumo de sueros de reposición oral y la preparación de sueros caseros en procesos diarreicos; así mismo, enseñarles cuándo acudir a un Centro de Salud oportunamente antes de que la enfermedad diarreica aguda presente mayores complicaciones.

5. Se recomienda complementar el estudio en relación a la identificación específica de agentes etiológicos que desencadenen enfermedades diarreicas agudas en la comunidad de Pampas de Viñani para que esos resultados sean contrastados con el resto de la ciudad de Tacna.

6. Se recomienda realizar un estudio de caso – control en la comunidad de Pampas de Viñani para determinar la variación del conocimiento y prácticas de prevención de las madres de niños menores de 5 años, luego de una intervención educacional sobre enfermedad diarreica aguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Epidemiológico EsSalud - GCPS-OPIS, Lima 2012 Boletín Epidemiológico N ° 02 – 2012
2. Centro de prensa de la OMS. Enfermedad diarreica aguda. Nota descriptiva N°330. Abril de 2013
3. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología: Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Febrero del 2012.
4. Matta Mariños Wily, Ortega Espinoza Tatiana. Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. Rev enferm Herediana. 2012; 5(1):64-69.
5. Jim Helton Penadillo Luyo. 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. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano; extraída de la biblioteca de la Universidad Privada de Tacna - Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela Profesional de Medicina Humana.
6. Eduman Bell Alonso, Vinent Dange Yoania, Formigo Montoya Danay, Castañeda Vargas Esmiraida y Baute Pareta Neidis. Modificación de conocimientos sobre la enfermedad diarreica aguda en un área de salud del municipio de II Frente. MEDISAN 2010;14 (8):1068
7. 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. Revista peruana de epidemiología. Vol. 14 No 1 Abril 2010

8. Jhonnell Alarco J., Aguirre Cuadros Eduardo, Alvarez Andrade Esmilsinia V. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Rev Clin Med Fam. Vol. 6. Núm. 1 - 01 de febrero 2013
9. Gonzalez Domínguez Nury. Relacion entre el nivel de conocimiento de los padres de la diarrea aguda y la ocurrencia de diarreas en niños menores de 5 años pertenecientes al Consejo Popular 16, del área de salud "Manuel Piti Fajardo", de la ciudad Las Tunas durante los meses de Enero-Febrero de 2010.
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EFkVEZkVyZdvyFRiSl.php>
10. 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.
11. Tácunan Arce Shaela Fiorella. Estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del c.s. ciudad nueva y C.S. San Francisco, 2011. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna - Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela académica profesional de enfermería. http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/162/47_2013_Tacunan_Arce_SF_FACS_Enfermeria_2013.pdf?sequence=1
12. Walon, Henry. La Ciencia, su Método y su filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte. s/f. Pág.
13. Rusell, Bertrand, El Conocimiento Humano. 7ma edición. España: ED. Taurus, S.A. 2000

14. Meza Susana Lucero Irene. Validación de instrumento para medir conocimientos. Departamento de Física - Facultad de Cs. Exactas y Naturales y Agrimensura - UNNE. Argentina. 2011.
15. Giugno Silvina, Oderiz Sebastián. Etiología bacteriana de la diarrea aguda en pacientes pediátricos / Bacterial etiology of acute diarrhea in pediatric patients. Acta Bioquím Clín Latinoam 2010; 44 (1): 63-9
16. Ansari S , Sherchand JB , Parajuli K , SK Mishra , Dahal RK , Shrestha S , Tandukar S , Pokhrel BM. Etiología bacteriana aguda de diarrea en niños menores de cinco años de edad / Bacterial etiology of acute diarrhea in children under five years of age. J Nepal CONSEJO de Salud Res. 2012 Sep; 10 (22):218-23.
17. Gonzales S. Carlos; Bada M. Carlos; Rojas G. Raúl; Bernaola A. Guillermo; Chávez B. Carlos. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Pediatría Perú – 2011.
18. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el Primero y Segundo Nivel de Atención. Guía de Referencia Rápida. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: SSA-156-08.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156_GPC_ENFERMEDAD_DIARREICA_AGUDA_EN_NINOS/GRR_Diarrea_Aguda.pdf
19. Díaz Mora José Javier, Madera Milanyela, Pérez Yubelis, García Maribel, León Keira, Torres E.Marco. Generalidades en diarrea aguda. Segundo consenso sobre enfermedad diarreica aguda en pediatría. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría 2009; Vol 72 (4):139 – 14.

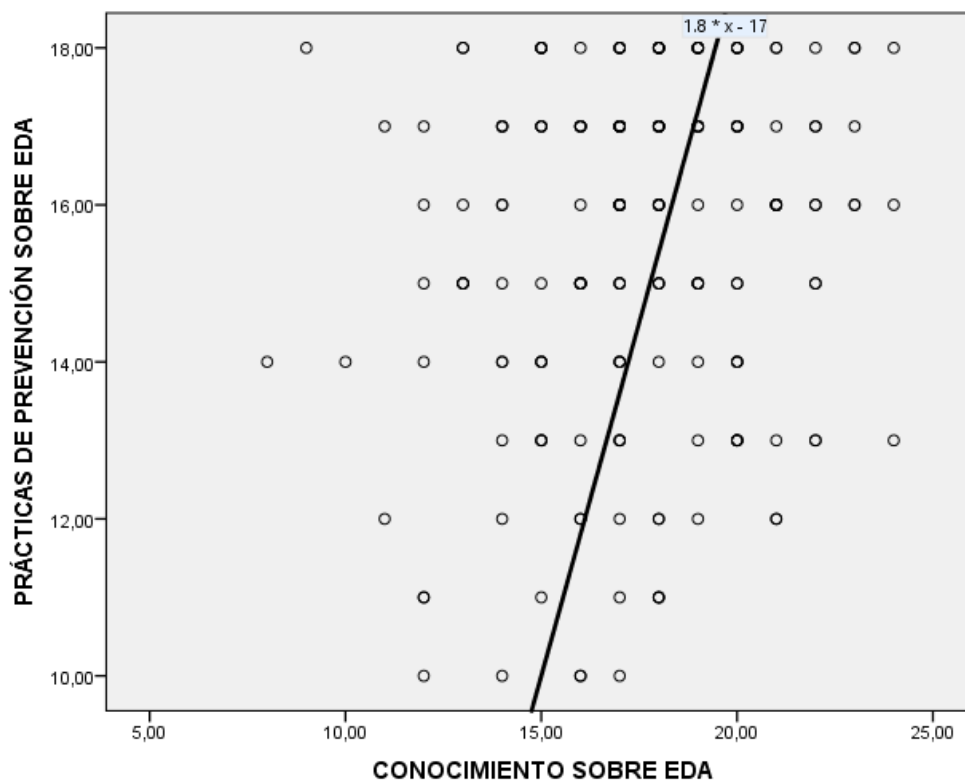
20. Zarzuelo Zurita Antonio. Actualización al tratamiento farmacológico de las patologías digestivas. Primera edición en español. Impreso y editado en España por FARMANOVA. 2010. ISBN: 978-84-614-4298-0 Depósito legal: GR 4108-2010

21. Dirección Regional de Salud Tacna. Cuadro de población estimada por edades puntuales y grupos de edad según provincias, distritos y establecimientos de salud año 2013. Datos extraídos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico – Oficina de Planes y Programas.

ANEXOS N° 01

GRÁFICO N° 3

CORRELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE CURSARON CON UN CUADRO DIARREICO EN LA COMUNIDAD DE PAMPAS DE VIÑANI EN EL AÑO 2013.



Valor "p"	0.034	
Coefficiente de correlación (RHO Spearman)	0.158	
Variables sociodemográficas Vs conocimiento y prácticas de prevención sobre EDA	Valor "p"	0.011
	Correlación	0.192

FUENTE: ficha de recolección de datos pre-elaborada

En el gráfico n° 3, se observa que el conocimiento y las prácticas de prevención sobre enfermedad diarreica aguda en nuestra población de estudio se encuentran correlacionados, al presentar un valor “p” de 0.034; pero con fuerza de correlación muy bajo que se expresa con un RHO de Spearman de 0.158.

Al realizar una correlación parcial entre las variables de control (edad, grado de instrucción, N° de hijos vivos y edad del último hijo) con el conocimiento y las prácticas de prevención sobre EDA, se observa un valor “p” que disminuye a 0.011 y la correlación que aumenta a 0.192; esta última, se encuentra dentro del rango de fuerza de correlación muy bajo (0.0 – 0.19).

ANEXO N° 2
CUESTIONARIO

De la Madre:

Edad: _____

Grado de instrucción:

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

N° de hijos vivos: _____

Edad del último hijo: 1) \leq 1 año 2) 2 años 3) 3 años
4) 4 años 5) 5 años

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 las siguientes afirmaciones es correcta?

- 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 lavarlos 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?

- a. En un tacho con tapa.
- b. Lo deja al aire libre.
- c. Lo desecha en cualquier lugar.
- d. 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?

- a. Se debe eliminar diariamente
- b. Se debe eliminar cada 2 días.
- c. Se debe eliminar semanalmente.
- d. Cuando pase el basurero.

14) ¿Por qué son necesarias las vacunas?

- a. Porque permite generar defensas que lo protegen de las enfermedades.
- b. Porque evita la diarrea.
- c. Porque ayuda con el crecimiento del niño
- d. Porque permite el adecuado desarrollo del niño.

15) Cuando su hijo tiene diarrea, ¿a dónde acude?

- a. Al naturista.
- b. Farmacia.
- c. Centro de salud.
- d. No lo saca de casa.

16) ¿Cómo se prepara el suero casero?

- a. 8 cucharaditas de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
- b. 6 cucharadas de azúcar y dos cucharadita de sal en 1 litro de agua.
- c. 1 cucharada de azúcar y una cucharadita de sal en 1 litro de agua.
- d. 3 cucharadas de azúcar y dos cucharaditas de sal en 1 litro de agua.

17) ¿Para qué sirven las sales de rehidratación oral?

- a. Prevenir la diarrea.
- b. Tratar el cólico.
- c. Reponer los líquidos que pierde el niño por la diarrea.
- d. Curar las diarreas.

18) ¿Cuánto tiempo dura las sales de rehidratación oral y el suero casero una vez preparado?

- a. 24 horas a temperatura ambiente.
- b. 48 horas o 2 días en refrigeración.
- c. Todo el tiempo.
- d. Solo 6 horas

19) ¿Cómo se administra el suero casero en niños menores de 2 años?

- a. Con cucharadita pausadamente.
- b. Con biberón hasta llenarse.
- c. Darle seguido para que sane rápido.
- d. En vaso aunque el niño no pida.

20) ¿Qué debe hacer cuando su hijo tiene diarrea?

- a. No darle comida.
- b. Brindarle comida en forma fraccionada, varias veces al día.
- c. Darle solo frutas, ensaladas o lo que le gusta al niño.
- d. Darle leche.

21) ¿En qué momento debe darle suero de rehidratación oral a su hijo?

- a. Después de cada diarrea.
- b. En cualquier momento.
- c. Cuando llora con lágrimas.
- d. Cuando vomita todo.

22) Si su niño tiene diarrea, ¿en qué circunstancias lo lleva al Centro de Salud?

- a. Cuando llora sin lágrimas y deja de tomar líquidos.
- b. Tiene piel seca y bebe agua.
- c. Cuando presentar 2 deposiciones líquidas seguidas.
- d. Cuando llora demasiado con lágrimas y aun bebe.

23) ¿Qué le debe dar a su hijo cuando tiene diarrea?

- a. Agua de anís.
- b. Suero casero.
- c. Nada porque todo lo elimina.
- d. Solo comida.

24) ¿Qué puede pasar si su hijo está muy deshidratado?

- a. Puede entrar en shock y morir.
- b. Puede darle fiebre y complicarse.
- c. Puede aumentar de peso
- d. Puede empeorarse si le doy poco agua.

25) El tratamiento de un niño que está muy deshidratado incluye:

- a. Tratamiento con suero endovenoso en el hospital.
- b. Administrar abundante líquido en el hogar.
- c. Aumentar la frecuencia de alimentos en el hogar.
- d. Antibióticos por vía oral o endovenoso.

ANEXO N° 03

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.		

ANEXO N° 04

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 de Viñani. 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: