

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL VITARTE 2015

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

OLIVERA RUIZ, RUBEN

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE LA TESIS

MAG. GERMAN POMACHAGUA PÉREZ
ASESOR DE LA TESIS

LIMA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTO

A mi primo Robinson Olivera por apoyarme en los momentos difíciles.

Al Mg. German Pomachagua Pérez por asesorarme en este estudio.

Al personal de enfermería y técnicos de los servicios de emergencia y hospitalización por su apoyo desinteresado y colaboración al momento de realizar las encuestas.

.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres Rubén Olivera Chávez y Ángela Ruiz Marín, y a mi hermano Jesús Enrique quienes me han brindado su apoyo en esta hermosa y apasionante carrera.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte durante Setiembre a Noviembre 2015.

METODOLOGÍA: Diseño de investigación descriptivo. Estudio de tipo observacional prospectivo de corte transversal.

RESULTADOS: Se encuestaron a un total de 157 madres, las cuales en edad promedio tienen de 26.93+-7.01 años. Con un mínimo rango de edad de 16 años y un máximo de 43 años. El 61.78 % de las madres fueron convivientes, el 36.31 % tiene secundaria incompleta, el 75.16 % trabaja, el 68.79% de las viviendas contaban con el servicio de agua y desagüe. Sobre los conocimientos de la diarrea, el 45,86% no conocía el significado de la palabra diarrea, el 36,31% indicó que los parásitos son la principal causa. El 43.95 % reconoce a la sed aumentada como signo de deshidratación, por otro lado el 47.77 % comete el error de identificar al dolor abdominal el 84% como signo de deshidratación .El 72 % suspende la alimentación, el 49.68% prefirió usar el suero de rehidratación oral (SRO) como principal medida de tratamiento, aunque un 44.59% admitió que le daría antibióticos, el 29.30% acudiría al centro de salud, mientras que un 36.94% esperaría que se recupere solo.

CONCLUSIONES: El conocimiento general de las madres sobre diarrea es deficiente. Subsiste la creencia de que ante un cuadro de diarrea se debe suspender la lactancia materna y asumen a los parásitos como la principal causa de esta enfermedad. A su vez, no consiguen identificar los signos de deshidratación adecuadamente. Sin embargo si manejan conocimientos acerca de la utilidad de las sales de rehidratación oral, aunque persiste la idea que debe utilizarse antibióticos como parte del tratamiento.

PALABRAS CLAVES: Nivel de conocimiento, Diarreas, Deshidratación, Suero de rehidratación oral.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the level of knowledge about diarrhea in mothers of children under 5 years in the Hospital Vitarte during September to November 2015

METODOLOGY: Descriptive research design. Prospective observational study of cross section.

RESULTS: They surveyed a total of 157 mothers, which have an average age of 26.93 + -7.01 years. With minimal age range of 16 years and a maximum of 43 years. The 61.78 % of mothers were living together, 36.31 % have the secondary incomplete, the works 75.16 %, 68.79 % of the homes had water service and drainage. Knowledge on diarrhea, 45.86 % did not know the meaning of the word diarrhea, 36.31 % indicated that parasites are the main cause. The 43.95% recognizes the increased thirst as a sign of dehydration, on the other hand the 47.77 % makes the mistake of identifying the 84% abdominal pain as signs of dehydration. The 72 % off the power, the 49.68 % preferred to use serum oral rehydration salts (ORS) as the primary measure of treatment, although a 44.59 % admitted they would give them only antibiotics, 29.30% would go to the health center, while a 36.94 % expected to recover alone.

CONCLUSION: General knowledge of mothers about diarrhea is poor. There remains a belief that before an episode of diarrhea, you have to stop breastfeeding and assume the parasites as the main cause of this disease. Otherwise, fail to identify properly the signs of dehydration. However if they manage knowledge about the usefulness of oral rehydration salts, although the idea that antibiotics as treatment continues to be used.

KEYWORDS: Knowledge Level, diarrhea, dehydration, oral rehydration solution

INTRODUCCIÓN

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como enfermedad diarreica aguda (EDA), a aquella infección del tracto digestivo de diversa etiología (viral, bacteriana, parasitaria), caracterizada por el incremento de cámaras habituales por día o al número de deposiciones mayor de tres veces en 24 horas, de consistencia suelta o líquida, excluyendo del grupo a las deposiciones pastosas, características en el lactante¹.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) continúa siendo un problema importante de salud pública al ser una de las principales causas de muerte en menores de 5 años². La diarrea puede durar varios días y privar al organismo de agua, así como de las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las muertes por estas enfermedades suceden debido a una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Para eso se debe tener un reconocimiento oportuno, manejo adecuado así como los factores de riesgo que pueda agravar el cuadro de la enfermedad. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de padecer estas afecciones potencialmente mortales³.

La presente investigación nos permitió identificar el nivel de conocimiento sobre Enfermedad Diarreica Aguda de las madres de niños entre 0 y 5 años de edad en el servicio de Pediatría del Hospital Vitarte.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 Planteamiento del Problema	8
1.2 Formulación del problema	9
1.3 Justificación de la investigación	9
1.4 Delimitación del problema.....	10
1.5 Objetivos de la investigación.....	10
1.5.1 Objetivo general.....	10
1.5.2 Objetivos Específicos.....	10
1.5.3 Hipótesis.....	11
CAPÍTULO II: Marco teórico.....	12
2.1. Antecedentes de la investigación.....	12
2.2. Bases teóricas.....	17
2.2.1. Definición	17
2.2.2. Etiología y factores de riesgo	17
2.2.3 Fisiopatología	18
2.2.4. Clínica	20
2.2.5. Diagnóstico.....	21
2.2.6. Tratamiento.....	22
2.2.7. Prevención.....	24
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	24
3.1. TIPO DE INVESTIGACION	24
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION	25
3.3 POBLACION Y MUESTRA.....	25
3.4 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
3.4.1 Criterios de inclusión.....	25
3.4.2 Criterios de exclusión	25
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.7 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	26
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	26

4.1 RESULTADOS	26
4.2 Discusión de resultados	43
Conclusiones y recomendaciones	46
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS	54

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) representan a nivel mundial la segunda causa de muerte por infecciones agudas en menores de 5 años⁴. En abril del 2013, la OMS informo que las EDAs ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año⁵.

En el Perú, las EDAs ocupan una de las tres primeras causas de morbilidad y mortalidad en el grupo etario mencionado⁶. En algunas zonas del Perú se ha encontrado que la incidencia de enfermedad diarreica es de 4,38 episodios por niño-año, siendo muy superior al promedio mundial⁷. Entre los años de 2010 a 2013 se han registrado 436,779 episodios de EDAs en el país, de los cuales aproximadamente 10,000 casos se han presentado en menores de 5 años⁸. En comparación, en la capital, Lima, se han reportado 110,553 casos de EDAs, en el mismo período anual, de ellos el 42,62 % se presenta en menores de 5 años⁸, a diferencia de la región Lima-Sur, donde en el año 2012 se registraron 30,290 casos siendo notificados 25,000 episodios de EDAs en niños menores de 5 años⁹. La Diarrea fue la quinta causa de morbilidad de consulta externa en menores de 1 año y en niños de 1 a 4 años de edad, de enero a diciembre del 2014, según el MINSA¹⁰.

Existen trabajos hechos en el Perú como el realizado en el asentamiento humano el Huarango el 2011, que indican prácticas inadecuadas de las madres sobre la diarrea en los niños, como restringir la lactancia materna y la alimentación, el poco uso de las soluciones de rehidratación oral y la automedicación de antibióticos.

Finalmente cabe mencionar la influencia de las creencias culturales en el desarrollo de la enfermedad. A pesar de que pueda existir accesibilidad geográfica a los distintos Centros de Salud y personal médico para la atención,

muchos niños no son llevados debido a que son atendidos en el hogar con remedios caseros o son medicados por sus propios padres, así como también asistidos por curanderos, lo cual pone en riesgo la salud del niño¹¹. Todo esto puede evitarse si se tiene el conocimiento apropiado de la diarrea, los signos de alarma y manejo, principalmente en la terapia de rehidratación oral¹².

Siendo la enfermedad diarreica aguda un problema, económico, social en una población vulnerable como es la infantil, se realizó un estudio para medir el nivel del conocimiento de las madres de los pacientes que acudieron al Hospital Vitarte durante los meses de Setiembre a Noviembre del 2015.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte durante Setiembre a Noviembre 2015?

1.3 Justificación de la investigación

En el Perú la morbilidad por EDA prácticamente no ha sufrido cambios significativos. Las enfermedades infecciosas intestinales representan un 7% del total de motivos de consulta¹³. Esto se debe principalmente a las condiciones relacionadas a la pobreza: deficiente saneamiento básico y desnutrición, sobretodo de en la etapa de la niñez.

Coadyuvado al bajo nivel de conocimiento de las madres acerca de esta enfermedad, hace que tengan una consulta tardía que está asociada a diversas variables ambientales, sociales, culturales y económicas que predisponen, desencadenan y perpetúan la enfermedad. Una de las variables que toma mayor importancia es el nivel socioeconómico, puesto que una precaria condición económica representa un obstáculo para la búsqueda de atención primaria. Asimismo el bajo nivel de instrucción de los padres conlleva a un menor conocimiento de atención oportuna¹⁴.

En el Perú la información que se difunde sobre esta enfermedad en los Centros de Salud y los medios de comunicación es deficiente, por lo cual se observa una alta prevalencia. Considero que el presente estudio servirá para esclarecer el grado de conocimientos que tienen las madres acerca de la enfermedad diarreica aguda, dado que ayudará a que se obtenga una mejor comprensión del problema y partir de ello se generen acciones que ayuden a enfrentarlo, mediante una mejor atención hacia los niños para evitar la enfermedad.

1.4 Delimitación del problema

El estudio se realizó en el área de Pediatría (Servicio de Hospitalización y Emergencia), del Hospital de Baja Complejidad Vitarte, ubicado en Av. Nicolás Ayllón 5880 ATE – LIMA.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte entre los meses de Setiembre a Noviembre del año 2015.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar las medidas y acciones que realizan las madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte entre los meses de Setiembre a Noviembre del año 2015 frente al episodio de diarrea aguda.
- Identificar el conocimiento de concepto, etiología de enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte entre los meses de Setiembre a Noviembre del año 2015.

- Identificar las prácticas alimentarias de las madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte entre los meses de Setiembre a Noviembre del año 2015 con respecto a un episodio diarreico agudo.
- Identificar el conocimiento de signos de deshidratación en enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en el Hospital Vitarte entre los meses de Setiembre a Noviembre del año 2015.
- Identificar los factores sociodemográficos de las madres: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación., además el uso de servicios básicos.

1.5.3 Hipótesis

No corresponde por el tipo de investigación.

CAPÍTULO II: Marco teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

Alarco y cols.¹⁵ realizaron un estudio observacional, descriptivo de corte transversal para evaluar el conocimiento sobre la enfermedad diarreica y su prevención en 82 madres de niños menores de 5 años, pertenecientes al asentamiento humano "El Huarango", durante el período comprendido de mayo a junio del 2011. El 58,5% de las madres fueron convivientes, el 73,1% solo se dedicaban a los quehaceres domésticos, 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 como principal medida de tratamiento, aunque un 23% admitió que le daría antibióticos, el 67% acudiría al centro de salud y por último el 24 % acudía al curandero. Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre la diarrea, es regular y persiste la creencia de que se debe prohibir la lactancia materna en caso de un cuadro diarreico, de que los parásitos son la principal causa y que se deben usar antibióticos como parte de un tratamiento adecuado .

Vásquez y cols.¹⁶ a través de un estudio observacional, descriptivo con recolección prospectiva y de corte transversal, en el cual se recolectaron datos entre la segunda semana de mayo a la segunda semana de junio 2013; con un cuestionario de 12 ítems con preguntas cerradas con el fin de medir el conocimiento de la madre con relación a la hidratación oral durante el episodio de diarrea resultando que la mayoría de las madres conocía las implicancias sobre la salud de su hijo de la enfermedad diarreica aguda, y conocía la importancia de mantener una hidratación adecuada . Evidenciándose que un

porcentaje de la población, desconocía la preparación y viabilidad del Suero de rehidratación oral, y se evidenció el uso de otro tipo de bebidas no adecuadas durante el episodio de diarrea aguda como terapia de hidratación durante la diarrea. Concluyendo es necesario una mayor información y capacitación a las madres acerca de la manera de rehidratar a sus hijos con diarrea aguda.

Reyes y cols.¹⁷ presentaron un estudio descriptivo de corte transversal, durante el mes de diciembre del 2006, para determinar el conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre las enfermedades diarreicas agudas y su prevención, para así lograr una mejor labor preventiva en esta población tan vulnerable y expuesta. Hicieron cuestionario según los objetivos propuestos; donde se trabajó con 453 madres de un universo de 499 donde quedaron excluidas todas las que no quisieron participar en la investigación, la cual se aplicó con previo consentimiento de las madres pertenecientes al área rural del municipio San Nicolás. Se analizó algunas variables de interés como edad y escolaridad, donde predominó el grupo de madres entre 18 a 23 años (40.04%), la escolaridad fue baja con 232 madres (51.21%) con nivel primario y 168 (37.08%) con nivel secundario. Los alimentos restringidos por las madres fueron: El huevo (94.70%), el pescado (91.61%) y la lactancia artificial (67.10%). Se mostró que existía un inadecuado conocimiento en las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas por lo que se recomienda futuras estrategias de intervención educativa.

Cervantes y cols.¹⁸ realizaron un estudio descriptivo y transversal con la finalidad de evaluar el conocimiento sobre la enfermedad diarreica y su prevención en 260 madres de niños menores de 1 año, pertenecientes al Policlínico Docente "Victoria de Girón" de Palma Soriano, durante el período comprendido de enero de 1998 a igual mes de 1999, a éstas se les aplicó una encuesta previamente elaborada al efecto. Entre los principales resultados sobresalieron que la mayor parte de ellas consideraban que el parásito era la causa fundamental de las diarreas y que menos de un cuarto del total la relacionó con la falta de higiene, que ninguna restringió la lactancia materna y que casi todas conocían la forma de preparación, administración y uso de las sales de rehidratación oral. La información al respecto les fue brindada siempre en el nivel primario de atención.

Lacruz y cols.¹⁹ realizaron un estudio observacional, transversal, tipo encuesta aplicada a 111 madres de niños menores de 5 años que acuden a los servicios de consulta externa especializada de pediatría médica del I.A.H.U.L.A. durante el período noviembre – marzo 2012. Se encontró 50,4% tenían entre 20 y 35 años de edad, 40,6% provenientes del distrito sanitario Mérida, 33,3% tenían enseñanza secundaria. Sin embargo, solo 14,4% tuvo conocimiento adecuado sobre estrategias primarias de prevención en diarrea, 85% con desconocimiento de la existencia de la vacuna antirotavirus. Solo 28% utiliza suero oral. El estudio estableció la asociación significativa entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico, con pobre conocimiento en prevención en EDA.

Delgado y cols.²⁰ realizaron un estudio descriptivo por medio de una encuesta llevada a cabo en el Hospital del Norte de Popayán, ciudad intermedia del suroccidente de Colombia con 233,100 habitantes en el año 2003. Se aplicó un instrumento de investigaciones operativas de AIEPI, a 204 cuidadores elegidos consecutivamente que asistieron por primera vez a la consulta de crecimiento y desarrollo. Del total de las madres, 54% conocen como mínimo dos signos de peligro en EDA. En caso de EDA se emplean líquidos caseros 49%, SRO 49%, suero casero 23%. El convivir con la abuela del niño se asoció significativamente con los conocimientos maternos.

Medina y cols.²¹ realizaron un estudio analítico, longitudinal, descriptivo, prospectivo de tipo intervención educativa durante 45 días constituido por 26 madres. El 52,17 % sabían definir diarreas; 82,61 % tenían prácticas alimentarias correctas en diarreas infantiles; el 73,91 % dijo no dar alimento al niño durante la diarrea; el 17,9 % daban medicamentos sin prescripción; el 65,22 % dijo que la lactancia materna no protege frente a la diarrea y 69,57 % que la vacuna contra el sarampión tampoco; 56,52 % preparaba correctamente el suero oral y el 100 % no sabe la del suero casero; 86,96 % lo daba con tetero y erraba al no darlo después de cada evacuación (56,52 %) no usar taza (82,61 %), ni cuchara (69,57 %); se equivocan al calificar sin riesgo los ojos hundidos (56,52 %) llanto sin lágrimas (78,26 %) y orinar menos (65,22 %).

Custodio y cols.²² realizaron un estudio descriptivo-prospectivo donde se encuestaron 329 madres durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2010. Obteniéndose que un 35 % tienen conocimiento sobre el significado de diarrea, 65 %. Sobre el manejo de la diarrea, el 31.3 % tenía conocimiento, mientras un 68.7 % que desconocía el manejo.

Jibaja y cols.²³ realizaron un estudio descriptivo, observacional de caso y control en el Instituto Nacional de Salud del Niño entre los períodos Septiembre - Noviembre 2009. Dividiendo a los lactantes en 2 grupos de edad: entre 0 y 6 meses de vida; y entre 7 y 12 meses, con el objetivo de estudiar el potencial de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y la lactancia materna en forma parcial de allí en más. La recolección de datos, para ambos grupos, se realizó a través de encuestas. . Y se obtuvo resultados de Lactancia exclusiva versus la no exclusiva en casos y controles, observándose que existe diferencias significativas del consumo de lactancia materna exclusiva en los casos frente a los controles (56.50 %), (67.00 %). ($p = 0.023$, $OR = 1.59$, $IC (OR) = (1.064-2.402)$). Los casos tuvieron mayor carencia de servicios básicos de saneamiento que los controles. Además los casos tuvieron mayor consumo de alimentos crudos y/o sin lavar que los controles. La ingesta de comida ambulatoria en los casos y los controles no tuvo diferencias estadísticamente significativas. También se observó que los casos tuvieron mayor consumo de agua sin hervir que los controles Con respecto a la ablactancia en los casos y controles, no existe diferencias estadísticamente significativas.

Flores y cols.²⁴ realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal encuestando a 54 madres durante el período de enero a abril del 2015. Obteniendo como resultado una edad media de las madres que fue de 36 años, donde la mayoría tenía entre 1 a 2 hijos. Predominando el grado Superior Universitario (81.5%). La mayoría realizaba un trabajo dependiente (53.7%). En la mayoría de casos (92,6%), el nivel de conocimiento fue regular. En el grado Superior Universitario se encontró diferencia estadística significativa, obteniendo mejores resultados que los otros grupos ($p < 0.001$). Concluyendo que nivel de conocimiento en EDA de aquella población es Regular.

Lapeira y cols.²⁵ realizaron un estudio cuantitativo de características descriptivas y corte transversal. Se realizó un muestreo intencional conformado por 114 madres de niños menores de cinco años, quienes acudieron a urgencias en un centro de salud de la ciudad de Santa Marta por presentar EDA y/o IRA. Encontrándose que un alto porcentaje (74.5 %) acude al servicio de salud cuando su niño presenta muchas heces acuosas. Las madres entrevistadas desconocen la importancia de la hidratación oral en el manejo de la EDA. Además ninguna menciona medidas como el aumento de líquidos orales.

Nolte y cols.²⁶ al presente una encuesta y una tabla de cotejo a 89 madres del Hospital FAP durante el período de enero a abril del 2015. Encontrándose que la edad media de las madres fue de 28.36 años. Predominó el grado Superior (88.76%). En la mayoría de casos (58,4), el nivel de conocimiento fue alto. La gran mayoría de prácticas preventivas fueron buenas (75,3%). Además existió relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y practicas preventivas frente a la Enfermedad diarreica aguda.($p < 0,05$) . Concluyendo un buen nivel de conocimiento.

Gutiérrez y cols.²⁷ realizaron una intervención educativa, con mediciones cognoscitivas antes y después de la misma, en 150 madres de niños con diarrea que acudieron a solicitar atención en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, de tercer nivel de atención, durante los meses de julio a noviembre de 2000. Se encontró que en su mayoría fue la madre (94.0%), con mediana de 26 años de edad (16-59 años). La mediana de número de hijos fue de dos (1-8). De ellas, 76.9% contaban con nivel de estudios de secundaria o más; 62.6% acudió durante el turno matutino y 93.4% procedían del Distrito Federal o del Estado de México. La mediana de edades de los niños estudiados fue de 14 meses con mínimo de un mes y máximo de 60, siendo 53.3% del sexo masculino.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad diarreica aguda (EDA) como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días. La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte²⁸.

Es más significativo para su diagnóstico el cambio en la consistencia de las deposiciones respecto a las habituales del niño, que el número de estas, sobre todo en los lactantes que suelen tener un número elevado de deposiciones de manera habitual²⁸.

Cada año mueren en el mundo cerca de 10 millones de niños menores de cinco años debido en gran parte a unas pocas enfermedades prevenibles y cerca de 2 millones de estas muertes (aproximadamente 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad diarreica²⁸.

2.2.2. Etiología y factores de riesgo

El agente causal más frecuente es el rotavirus, seguido por noravirus y adenovirus. Los agentes bacterianos que se aíslan con más frecuencia son *Campylobacter jejuni* y *Salmonella* spp. La incidencia de estos enteropatógenos está influenciada por el clima y la estación en cada uno de los países, así como por el nivel socioeconómico de las distintas regiones. Por edades, rotavirus es la causa más frecuente en menores de 2 años, mientras que *Campylobacter* es más frecuente en mayores de 5 años²⁹.

Los parásitos son una causa infrecuente de enfermedad diarreica aguda, siendo los más hallados *Cryptosporidium* y *Giardia*, que tienden además a producir episodios más prolongados de diarrea. En los países en vías de desarrollo, las

infecciones parasitarias son endémicas y una de las causas de malnutrición²⁹.

El rotavirus se transmite fácilmente. El virus se encuentra en las heces de las personas infectadas con el virus. Se contagia a través de las manos, los pañales u objetos como juguetes, mesas para cambiar pañales o la perilla de una puerta que tenga una pequeña cantidad de las heces. La enfermedad se contagia comúnmente en familias, hospitales y en centros de cuidado de niños³⁰.

Los factores asociados a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir por enfermedades diarreicas son la higiene personal deficiente, desnutrición proteico energética, ausencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna, peso bajo al nacimiento, esquema de vacunación incompleto, falta de capacitación de la madre para la higiene familiar, madres adolescentes, contaminación fecal del agua y de alimentos, deficiencia de vitamina A. Las EDA también pueden resultar del uso inadecuado de antibióticos, mala técnica alimentaria, intolerancia a disacáridos, alergia a las proteínas de la leche y otros padecimiento³¹.

En los países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermarse por EDA³².

2.2.3 Fisiopatología

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 heces³³.

La diarrea, es el resultado de cambios que ocurren en el transporte de fluidos y electrolitos en el intestino delgado y/o grueso. El enterocito, como unidad funcional del intestino, posee una serie de transportadores ubicados en el espacio intraluminal y en el intersticio, a través de los cuales ocurre el proceso

de movilización de azúcares y de iones, para que se produzca la absorción de nutrientes y mantener el equilibrio eléctrico adecuado. Además, el movimiento de agua, a través del epitelio, hacia la luz intestinal es un proceso pasivo que ocurre secundariamente a un gradiente osmótico, en el cual el cloro y el bicarbonato son los iones predominantes. La secreción de cloro depende de señales intra y extracelulares, lo que condiciona la acción de segundos mensajeros (AMPc, GMPc, calcio intracelular) sobre proteínas transportadoras y canales de cloro, específicamente a nivel de las criptas en el intestino delgado³³.

La dinámica de intercambio mucosal e intestinal está regulado por un sistema conformado por células endocrinas, paracrinas e inmunes, las cuales a su vez son controladas por el sistema nervioso entérico, a través de neuronas secretomotoras que terminan en la lámina propia y estimulan el paso de iones Cl hacia la luz intestinal, difusión pasiva de Na⁺ y agua debido al aumento de la osmolaridad intraluminal³⁴. Los principales mediadores de la respuesta neuroendocrina por estimulación toxigénica son: el péptido intestinal vasoactivo, la 5-hidroxitriptamina y la acetilcolina³³.

Fisiopatológicamente, la diarrea se ha clasificado según cuatro diferentes mecanismos³³:

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 nivel. Este es el mecanismo fundamental de la diarrea secundaria a intolerancia a azúcares o el uso de laxantes osmóticos (lactulosa)³³.

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 conocido³³.

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. Este mecanismo ocurre en la diarrea por Shigella, Campilobacter, E. histolytica y Clostridium³³.

2.2.4. Clínica

El cambio en la consistencia de las deposiciones y un aumento en el número de las mismas es la que define a una EDA. Además, pueden aparecer otras sintomatologías como son la fiebre, vómitos, dolor abdominal, inapetencia, síntomas respiratorios y signos de afectación del sistema nervioso central. Los vómitos y los síntomas respiratorios asociados sugieren etiología viral. Las infecciones por rotavirus suelen producir sintomatología más intensa, más vómitos y más casos de deshidratación que otros virus³⁴.

La fiebre por encima de 40°C, el dolor abdominal intenso, presencia de sangre en heces y los signos de afectación del SNC son signos sugestivos de etiología bacteriana. La consecuencia más importante, y que condiciona el tratamiento y el diagnóstico de la EDA, es la aparición de deshidratación y se considera según esta pérdida como: leve o no deshidratado: (pérdida menor del 3% del peso corporal), moderada (pérdida del 3 al 9% del peso corporal). Grave (pérdida mayor del 9% del peso corporal)³⁵.

Estimación del porcentaje de peso perdido por datos clínicos³⁶:

Grado de deshidratación	Leve	Moderado	Severo
Pérdida de peso Lactantes	5%	10%	15%
Pérdida de peso niños mayores	3%	6%	9%
Pulso	Normal	Ligeramente incrementado	Muy incrementado
Tensión arterial	Normal	Normal o baja	Normal o baja
Llenado capilar	< 2 segundos	3-5 segundos	> 6 segundos
Fontanela anterior	Normal	Ligeramente deprimida	Muy deprimida
Tono ocular	Normal	Ligeramente disminuido	Muy disminuido
Lágrimas durante el llanto	Presentes	Disminuidas	Ausentes
Mucosa oral	Hidratada	Seca	Muy seca
Sed	Leve	Moderada	No puede beber
Turgencia de la piel	Normal	Disminuida	Sin turgencia
Estado neurológico	Alerta	Irritable	Letárgico
Gasto urinario	Normal	Disminuido	Anuria

2.2.5. Diagnóstico

La diarrea aguda es un proceso autolimitado, por lo que solo necesita en la mayoría de los casos una adecuada valoración del paciente como son la historia clínica y examen físico, para establecer las indicaciones necesarias. La gravedad de la diarrea está en relación directa con el grado de deshidratación, siendo fundamental su valoración exacta, para evitar intervenciones innecesarias y como consecuencia de ello, un retraso en el tratamiento³⁷.

Hay diferentes exámenes como el coprocultivo solo se debe realizar en casos de diarrea persistente o cuando existe la posibilidad de necesitar tratamiento antibiótico, por ejemplo en pacientes inmunodeprimidos o con enfermedad grave de base³³. Los criterios clínicos que pueden decidir la realización de un coprocultivo son: más de 10 deposiciones en las últimas 24 horas, sangre o moco en las deposiciones, dolor abdominal importante, fiebre elevada, niños mayores o antecedente de haber viajado a países con alto riesgo de diarrea bacteriana o sospecha de infección parasitaria, asimismo en la determinación de virus en

heces se puede realizar de manera rápida y es una forma de comprobar el origen viral de la diarrea. De todas formas, sigue siendo innecesaria su realización de manera rutinaria, ya que no modifica la actitud terapéutica que se indicaría según los datos clínicos del paciente³⁵.

2.2.6. Tratamiento

Las soluciones de rehidratación oral (SRO) constituyen el principal tratamiento para los niños con EDA. Las soluciones de rehidratación clásicas contienen 90 mmol/l de Na⁺, pero, en la actualidad, se recomiendan las denominadas SRO hipotónicas, que contienen aproximadamente 60 mmol/l de Na⁺ o las recomendadas por la OMS como soluciones de osmolaridad reducida con 75 mmol/l de Na⁺ ³⁵.

Se debe iniciar la rehidratación con SRO tan pronto como sea posible, recomendándose la administración de forma fraccionada, en pequeñas cantidades, cada 2-3 minutos. Las cantidades aproximadas que se deberían aconsejar son, si no hay deshidratación, de 10 ml/kg por cada deposición realizada y de 2 ml/kg por cada episodio de vómitos, con ingesta libre fraccionada entre episodios. En casos de deshidratación leve, se deberían ofrecer de 30-50 ml/kg durante unas 4 horas, para recuperar el déficit, más 10 ml/kg por cada deposición líquida. Si hay signos de deshidratación moderada, 75-100 ml/kg para compensar el déficit más pérdidas. En caso de mala tolerancia por vía oral, es preferible la administración de SRO a través de sonda nasogástrica que pasar a la vía intravenosa (IV). Además no se deben administrar como SRO los refrescos comerciales, bebidas para deportistas o preparados caseros, porque suelen tener bajo contenido en sodio, alto contenido en glucosa y osmolaridad elevada³⁵.

La rehidratación por vía IV está reservada exclusivamente para aquellos niños que no es posible la administración de líquidos por vía oral, como casos con deshidratación grave, afectación hemodinámica, alteración del nivel de conciencia, sospecha de cuadro quirúrgico abdominal o niños con vómitos o deposiciones muy persistentes o abundantes, que impidan lograr un balance hídrico positivo por vía oral³⁵.

Actualmente, hay suficiente evidencia de las ventajas de la rehidratación oral frente a la intravenosa, principal forma de rehidratación antes de la década de los setenta³⁷.

En cuanto a la terapia nutricional no existe ninguna evidencia científica que justifique la realización de cambios significativos en la dieta del niño para el tratamiento de una diarrea aguda. En los niños que no están deshidratados, se debe continuar su alimentación de forma normal y, cuando existe deshidratación, se recomienda un periodo de ayuno (en el que se administran SRO) no superior a 4-6 horas antes de reiniciar la alimentación³⁵.

En los lactantes alimentados con lactancia materna, se debe continuar con esta de manera normal, ya que varios estudios han demostrado que la lactancia disminuye la intensidad y la duración de la diarrea aguda. En niños lactados con fórmula, no se deben hacer cambios en su fórmula normal, ni dar biberones con la fórmula más diluida³⁵.

En los niños mayores deben tener dieta normal, apetecible, intentando evitar los alimentos muy ricos en azúcares refinados o alimentos muy grasos. Varios estudios han demostrado que los carbohidratos complejos, las verduras, las frutas, los lácteos y las carnes magras son alimentos bien tolerados por los niños con EDA³⁵.

Por último los tratamientos farmacológicos como los antieméticos y antibióticos no son necesarios ya que la mayor parte de los casos son producidos por infecciones víricas e incluso en el caso de diarrea bacteriana suele ser un proceso autolimitado, donde no existen evidencias que demuestren que este tratamiento sea efectivo para la disminución de los síntomas y la duración de la EDA³⁵.

Solo en algunos casos la ciprofloxacina está indicada como terapia empírica de primera línea en los pacientes con sospecha de diarrea invasiva y además, deterioro del estado general y es el antibiótico de primera línea para los pacientes con diarrea aguda por Shigella. La azitromicina está indicada como terapia de segunda línea³⁸.

La OMS recomienda los suplementos de zinc para todos aquellos niños con EDA a nivel mundial. El déficit de zinc es común en niños malnutridos en los países en vías de desarrollo y está asociado con una disminución en la reabsorción de agua y electrolitos a nivel intestinal. Por eso, los suplementos de zinc en estos países, disminuyen la clínica y la duración de las diarreas³⁵.

2.2.7. Prevención

El lavado de manos disminuye la prevalencia de diarrea en 50% y evita 1 millón de muertes anuales aproximadamente, la mejora en la calidad del agua y otras medidas higiénicas, deben ser aconsejadas a los padres y cuidadores para evitar la DAI. La vacunación contra el rotavirus esta aconsejada en los lactantes. 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 apropiada³⁸.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio tipo observacional, descriptivo.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

La presente investigación es un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Es observacional, porque el investigador se mantiene al margen del curso de los acontecimientos ocurridos o que están por suceder. Descriptivo, porque se describe los hechos tal y como se presentan. Prospectivo, porque los acontecimientos se realizaron en el presente de la investigación, pero los datos se analizaron en el futuro.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio abarco a las madres de los pacientes que acudieron a emergencia y estuvieron hospitalizados durante los meses de setiembre, octubre y noviembre. El total de los pacientes que acudieron a emergencia en dichos meses fueron de 185. El total de pacientes que estuvieron hospitalizados en dichos meses fueron de 23. El total de madres encuestadas fue de 157 en los servicios de emergencia y hospitalización de pediatría del Hospital Vitarte durante Setiembre a Noviembre del 2015.

3.4 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1 Criterios de inclusión

Madres de los pacientes que aceptan participar en la encuesta y tengan una historia clínica completa en el sistema informático de emergencia y hospitalización.

3.4.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a aquellas madres de los pacientes que no aceptan participar de la investigación

Madres de los pacientes que no rellenen en su totalidad las encuestas.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento utilizado para la recolección de datos consistió en una encuesta anónima dividida en datos generales y nivel de conocimiento que consto de 06 preguntas de respuesta objetivas, donde se evaluó el conocimiento materno sobre, definición, medidas de prevención y manejo de los casos de diarrea. Se estableció que para las madres que respondieran a 5 a 6 preguntas adecuadamente tienen un conocimiento bueno, las que respondieran 3 a 4 preguntas un conocimiento regular y de 0 a 2 respuestas adecuadas un mal conocimiento.

3.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo, se solicitó permiso a la jefatura del Servicio de Pediatría del Hospital Vitarte para poder realizar las encuestas en los meses de Setiembre, Octubre, Noviembre. La recolección de información se realizó de acuerdo al cronograma establecido

3.7 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Se realizará la transcripción de datos desde las ficha de recolección de datos a la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013y luego se pasara el archivo al paquete estadístico SPSS 20.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

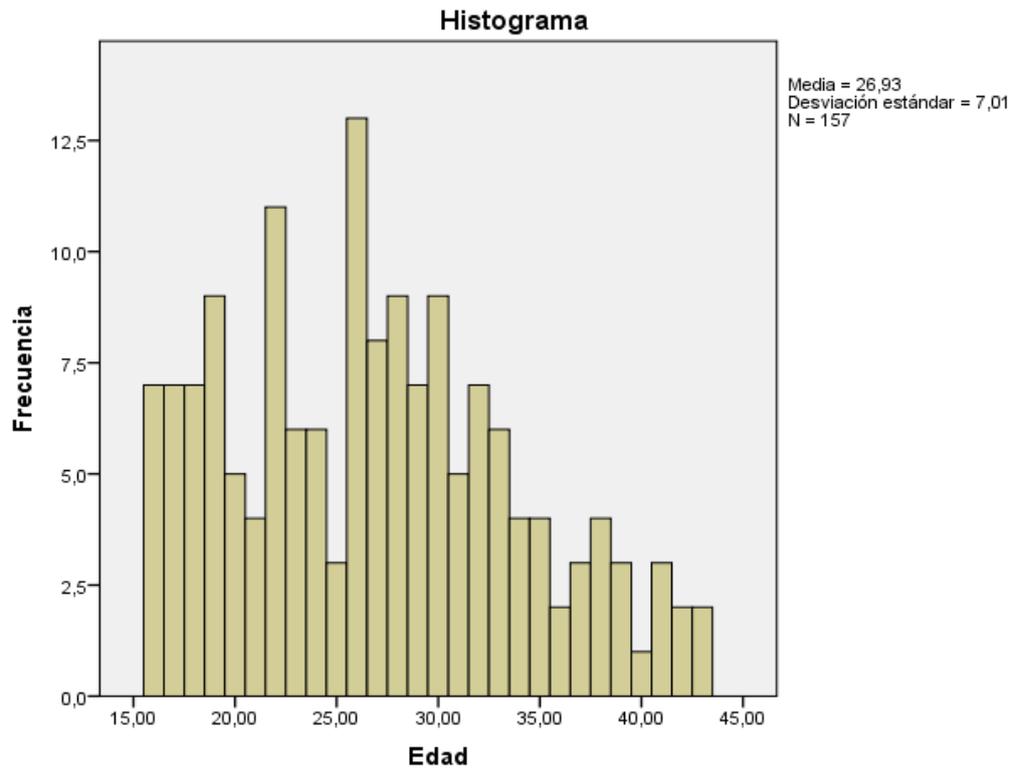
4.1 RESULTADOS

De un total de 208 madres de familia que acudieron a emergencia y estuvieron hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Vitarte en los periodos de setiembre y noviembre, 165 madres aceptaron participar voluntariamente en la encuesta. Doce encuestas fueron descartadas ya que no fueron llenadas en su totalidad, quedando finalmente con una muestra de 157 madres para el desarrollo del presente trabajo.

Tabla N°1: Resumen estadístico de edad de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

Estadísticos		
Edad		
N	Válido	157
	Perdidos	0
Media		26,9299
Mediana		27,0000
Moda		26,00
Desviación estándar		7,01017
Asimetría		,332
Error estándar de asimetría		,194
Curtosis		-,669
Error estándar de curtosis		,385
Rango		28,00
Mínimo		16,00
Máximo		43,00

Gráfico N ° 1: Histograma de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

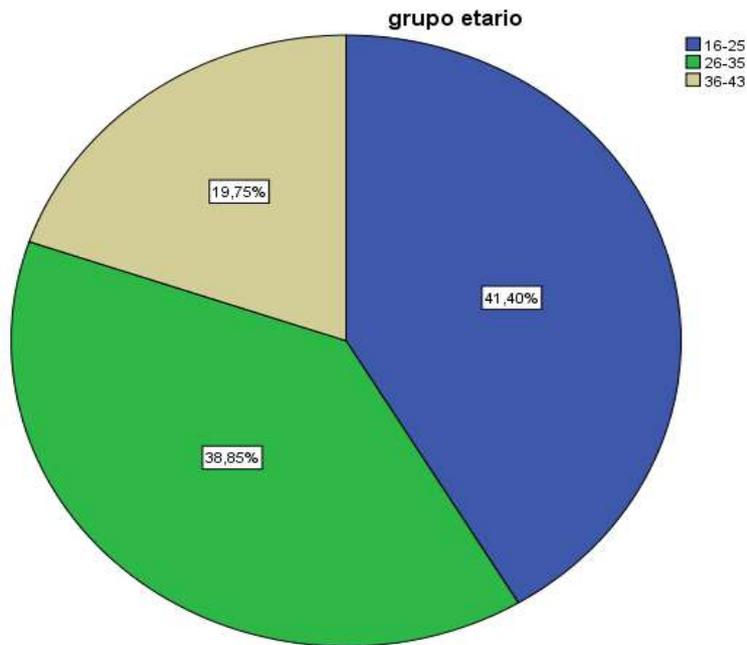


En la Tabla N°01 y Gráfico N°01, se observa que del total de las madres, se obtuvo que la edad mínima es de 16 años y un máximo de 43 años. La edad promedio es de 26.93+-7.01 años.

Tabla N°02: Distribución por grupo etario de las madres de los pacientes menores de 5 años (Hospital Vitarte – 2015)

	Frecuencia	Porcentaje
16- 25 años	65	41,40%
26 – 35 años	61	38,85%
36 -43 años	31	19,75%
TOTAL	157	100%

Gráfico N °02: Distribución porcentual por grupo etario de las madres de los pacientes menores de 5 años (Hospital Vitarte – 2015)

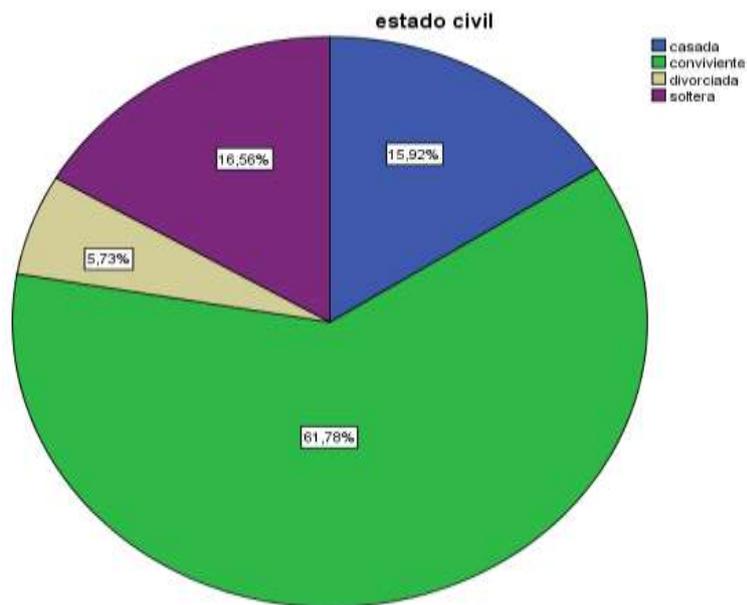


En el Gráfico N°02 se clasificó a las madres en grupos según edad, iniciando desde la menor de ellas (16 años) hasta la mayor (43 años) obteniéndose 3 grupos, encontrándose que la mayor proporción de mujeres tienen entre 16 a 25 años de edad, fue el más grande con 41,4 % de las madres seguido de aquellas que tienen entre 26 a 35 años de edad, conformando el 38,9%. Sólo el 18,9% son mujeres mayores a 36 años de edad.

Tabla N°03: Estado civil de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Casada	25	15.92%
Conviviente	97	61.78%
Divorciada	9	5.73%
Soltera	26	16.56%
TOTAL	157	100%

Grafico N °03: Distribución porcentual del estado civil de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

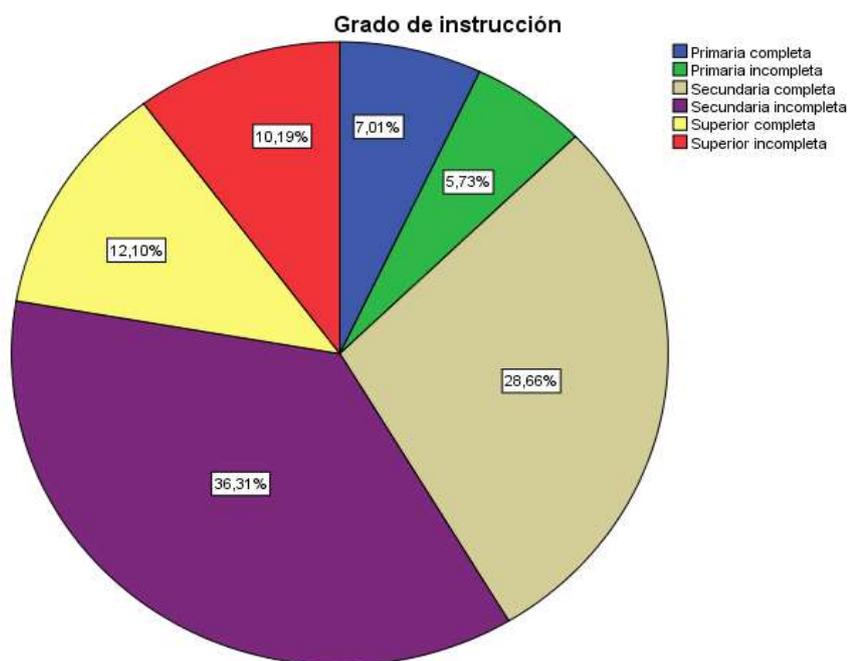


En la Tabla N°3 y Figura N°3 se observa que las madres en su mayoría son convivientes (61, 78 %). Y en su minoría son divorciadas (5,73 %).

Tabla N°04: Grado de instrucción de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

Grado de instrucción		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	11	7,01
Primaria incompleta	9	5,73
Secundaria completa	45	28,66
Secundaria incompleta	57	36,31
Superior completa	19	12,10
Superior incompleta	16	10,19
Total	157	100,0

Figura N°04: Distribución porcentual del Grado de instrucción de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

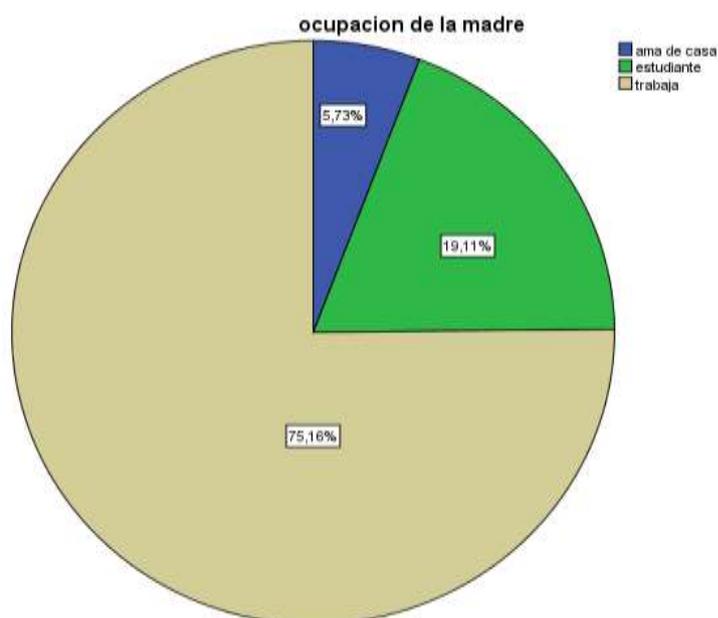


En la Tabla N°4 y Figura N°4 se observa que las madres en su mayoría han tenido secundaria incompleta (36,31 %) y en su minoría presentan superior incompleta (10,19%).

Tabla N°05: Ocupación de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	9	5,73
Estudiante	30	19,11
Trabaja	118	75,16
Total	157	100,0

Grafico N°05: Distribución porcentual de la ocupación de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

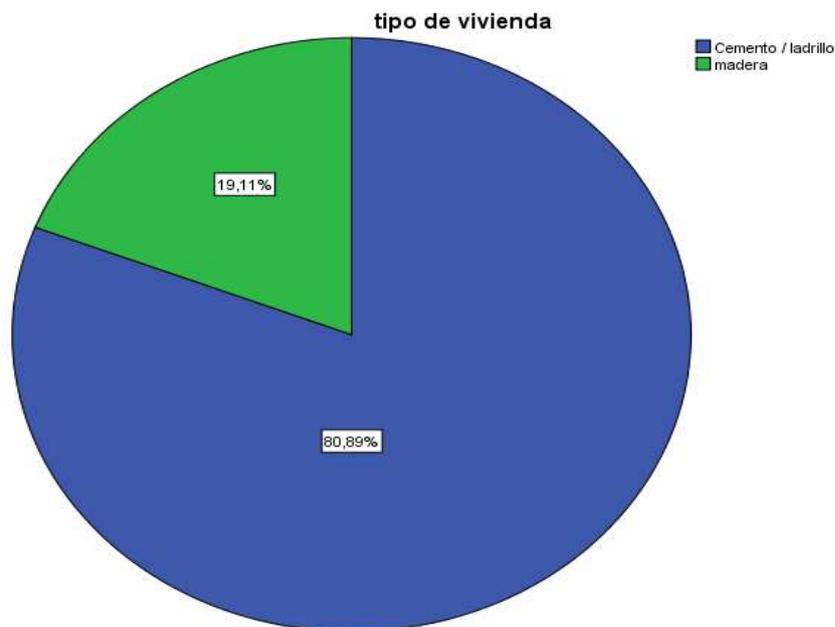


En la Tabla N°5 y Figura N°5 se observa que las madres en su mayoría trabajan (75, 16 %). Siendo en su minoría amas de casa (5,73 %).

Tabla N°06: Tipo de vivienda de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Cemento/ladrillo	127	80.89
Madera	30	19,11
Quincha/Adobe	0	0
Total	157	100,0

Grafico N°06: Distribución porcentual del tipo de vivienda de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015



En la Tabla N°6 y Figura N°6 se observa que las madres en su mayoría presentan un tipo de vivienda de cemento y/o ladrillo (80,89 %) seguido un tipo de vivienda de madera (19, 11 %). No se encontró madres que vivan en quincha y/o adobe.

Tabla N°07: Servicios básicos de agua y desagüe de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

¿Usted cuenta con servicios básicos de agua y desagüe?

	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	108	68,79%
b)No	49	31,21%
Total	157	100%

Grafico N°07: Distribución porcentual de servicios básicos de agua y desagüe de las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015



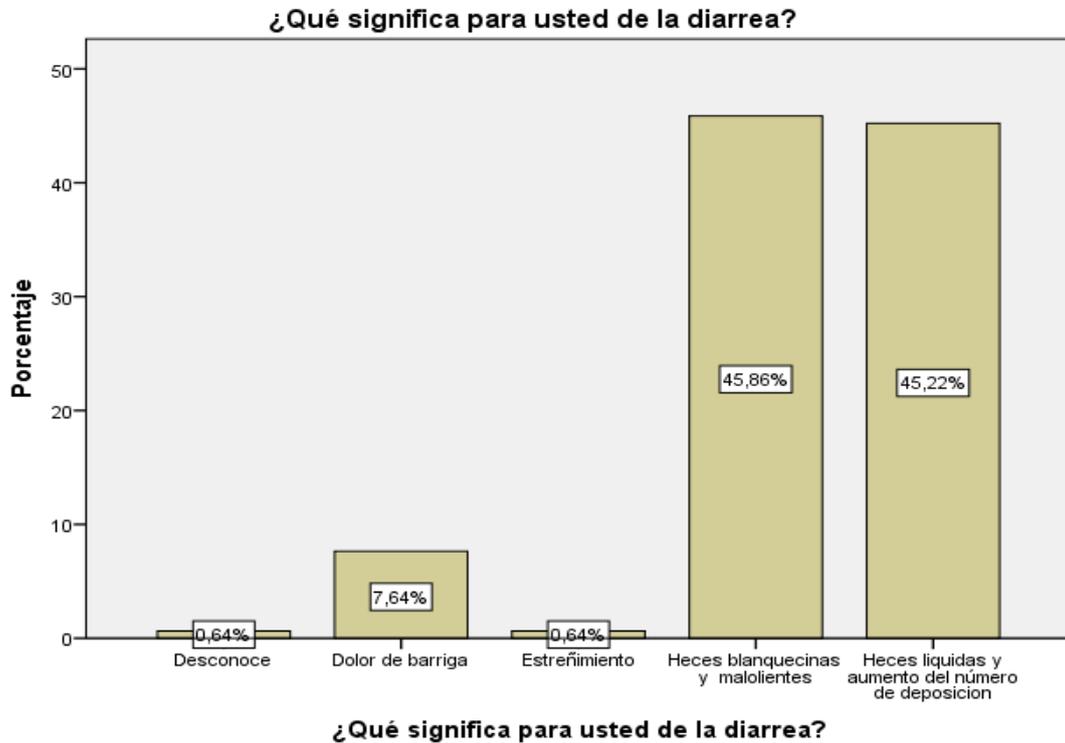
En la Tabla N°7 y Figura N°7 se observa que las madres en su mayoría presentan servicios básicos de agua y desagüe (68,8 %) y las que no presentan son un total de 31, 21 %.

Tabla N°08: Conocimiento de definición de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

¿Qué significa para usted la diarrea?

	Frecuencia	Porcentaje
a) Heces liquidas y aumento del número de deposiciones	71	45,22%
b) Heces blanquecinas y malolientes	72	45,86%
c) Dolor de barriga	12	7,6%
d) Estreñimiento	1	0,6%
e) Desconoce	1	0,6%

Grafico N°08: Distribución porcentual del conocimiento de definición de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015



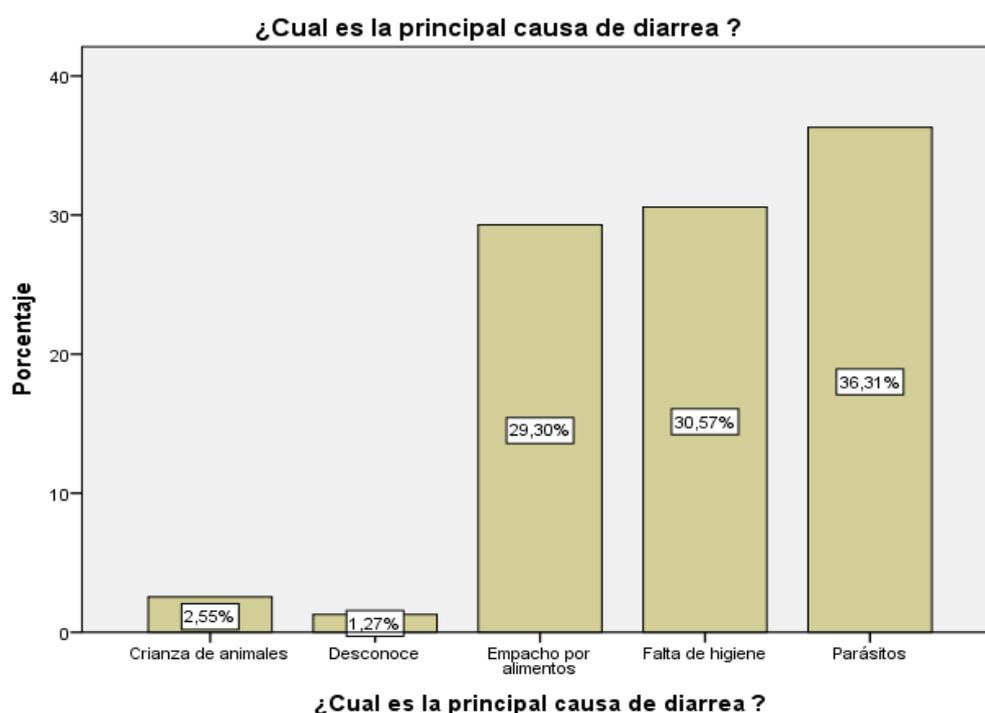
En la Tabla N°8 y Figura N°8 se aprecia que el 45,86 % de las madres encuestadas respondió que la definición de diarrea es Heces blanquecinas y malolientes. Seguido de un 45,22 % de madres encuestas que respondió que la diarrea significa Heces líquidas y aumento en el número de deposiciones, siendo ésta la definición correcta para esta pregunta.

Tabla N°09: Conocimiento sobre la principal causa de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

¿Cuál es la principal causa de diarrea?

	Frecuencia	Porcentaje
a) Falta de higiene	48	30,57%
b) Parásitos	57	36,31%
c) Empacho por alimentos	46	29,30%
d) Crianza de animales	4	2,55%
e) Desconoce	2	1,27%

Grafico N°09: Distribución porcentual del conocimiento sobre la principal causa de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015



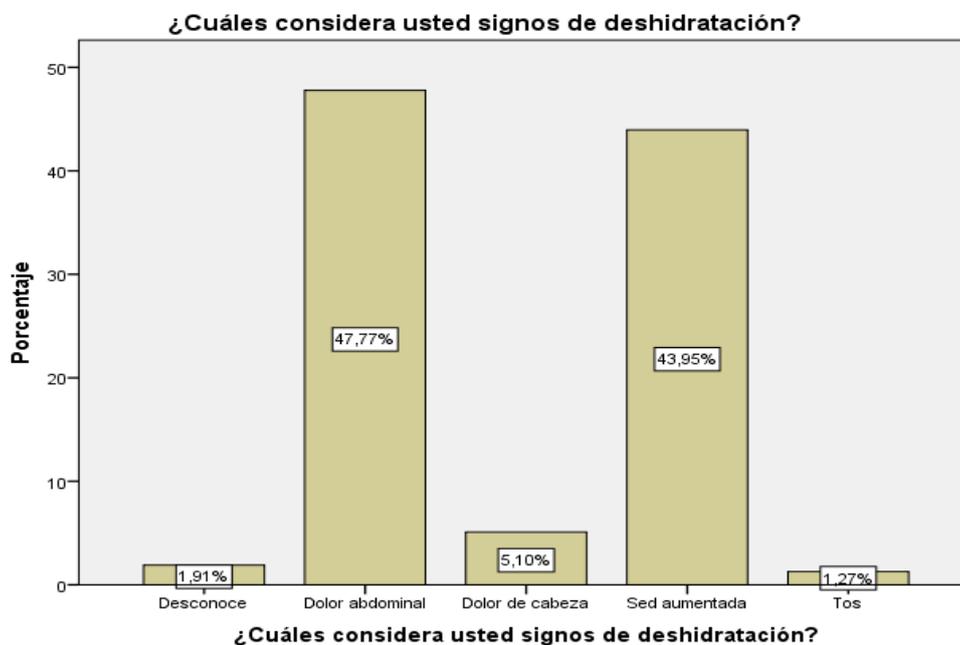
En la Tabla N°9 y Figura N°9 se observa que el 36.31% responde que la causa de las diarreas son los parásitos. El 30,57% de madres encuestadas respondió correctamente que la falta de higiene es la principal causa de diarrea. Solo dos madres encuestadas afirman que no conocen la causa.

Tabla N°10: Conocimiento sobre signos de deshidratación en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

¿Cuáles considera usted signos de deshidratación?

	Frecuencia	Porcentaje
a) Sed aumentada	69	43,95%
b) Dolor de cabeza	8	5,10%
c) Dolor abdominal	75	47,77%
d) Tos	2	1,27%
e) Desconoce	3	1,91%

Grafico N°10: Distribución porcentual del conocimiento sobre signos de deshidratación en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015



Se aprecia en la Tabla N°10 y Figura N°10 que el 47,77 % de madres encuestadas afirman que el dolor abdominal es la principal causa de diarrea. El 43,95 % de

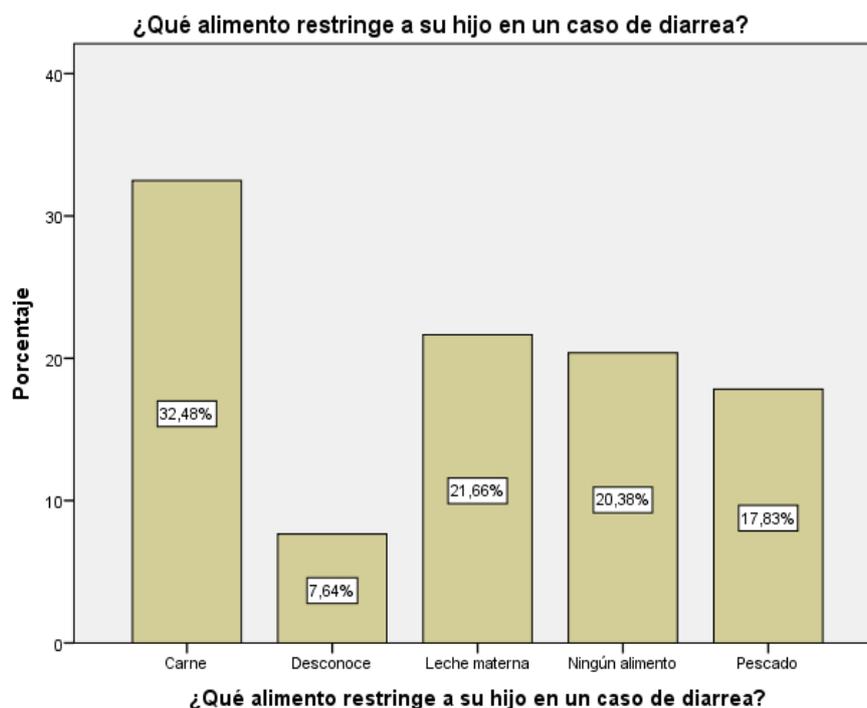
madres encuestadas reconocen correctamente que el signo de deshidratación es la sed aumentada.

Tabla N°11: Conocimiento sobre restricción de alimentos en caso de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

¿Qué alimento restringe a su hijo en un caso de diarrea?

	Frecuencia	Porcentaje
a) Ningún alimento	32	20,4%
b) Carne	51	32,5%
c) Pescado	28	17,8%
d) Leche materna	34	21,7%
e) Desconoce	12	7,6%

Grafico N°11: Distribución porcentual del conocimiento sobre restricción en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015



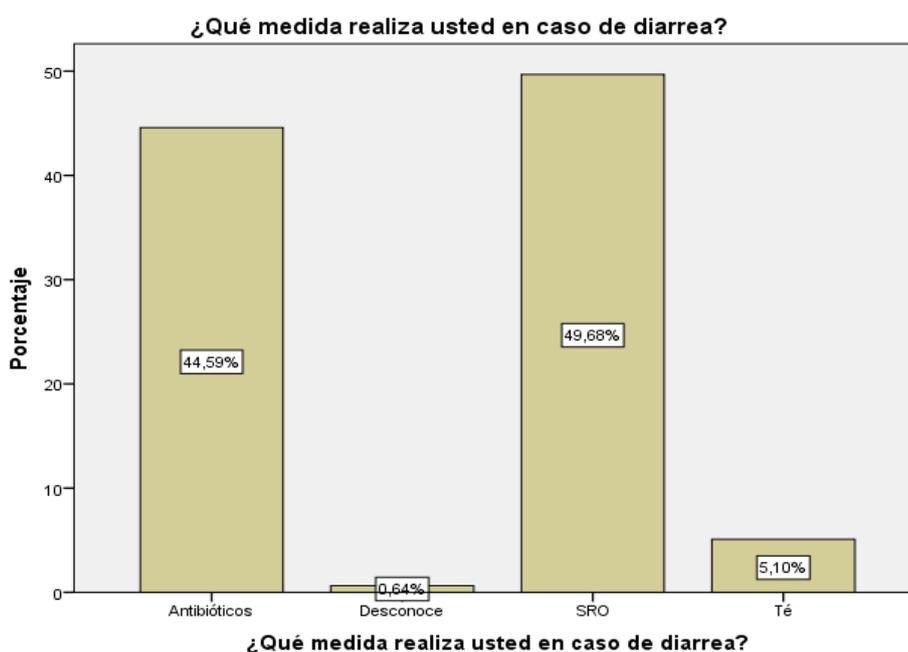
Se aprecia en la Tabla N°11 y Figura N°11 que el 32,48 % de las madres encuestadas dijo que restringía la carne en caso de diarrea. Seguido de restricción de leche materna en un 34 %. EL 20,4 % de madres encuestadas respondió correctamente restringiendo ningún alimento.

Tabla N°12: Conocimiento sobre medidas en caso de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

¿Qué medida realiza usted en caso de diarrea?

	Frecuencia	Porcentaje
a) Suero de Rehidratación Oral (SRO)	78	49,68%
b) Café	0	0%
c) Antibióticos	70	44,59%
d) Té	8	5,10%
e) Desconoce	1	0,64%

Grafico N°12: Distribución porcentual del conocimiento sobre medidas en caso de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

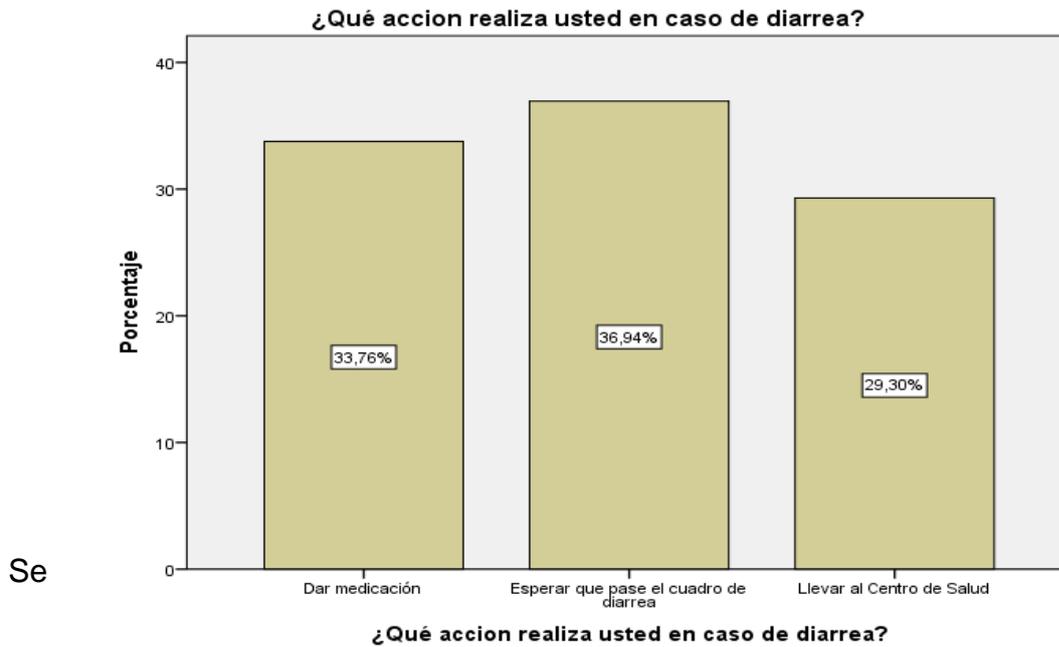


Se aprecia en la Tabla N°12 y Figura N°12 que el 49.68% de las madres, dijeron correctamente que le darían suero de rehidratación oral. En 44,59 % de las madres encuestadas conjunto les darían antibióticos .Solo el 1 % desconoce que le daría en caso de diarrea.

Tabla N°13: Conocimiento sobre acciones en caso de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

¿Qué acción realiza usted en caso de diarrea?		
	Frecuencia	Porcentaje
a) Llevar al Centro de Salud	46	29,30%
b) Acudir al curandero	0	0%
c) Dar medicación	53	33,76%
d) Esperar que pase el cuadro de diarrea	58	36,94%
e) Desconoce	0	0%

GraficaN°13: Distribución porcentual del conocimiento sobre acciones en caso de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

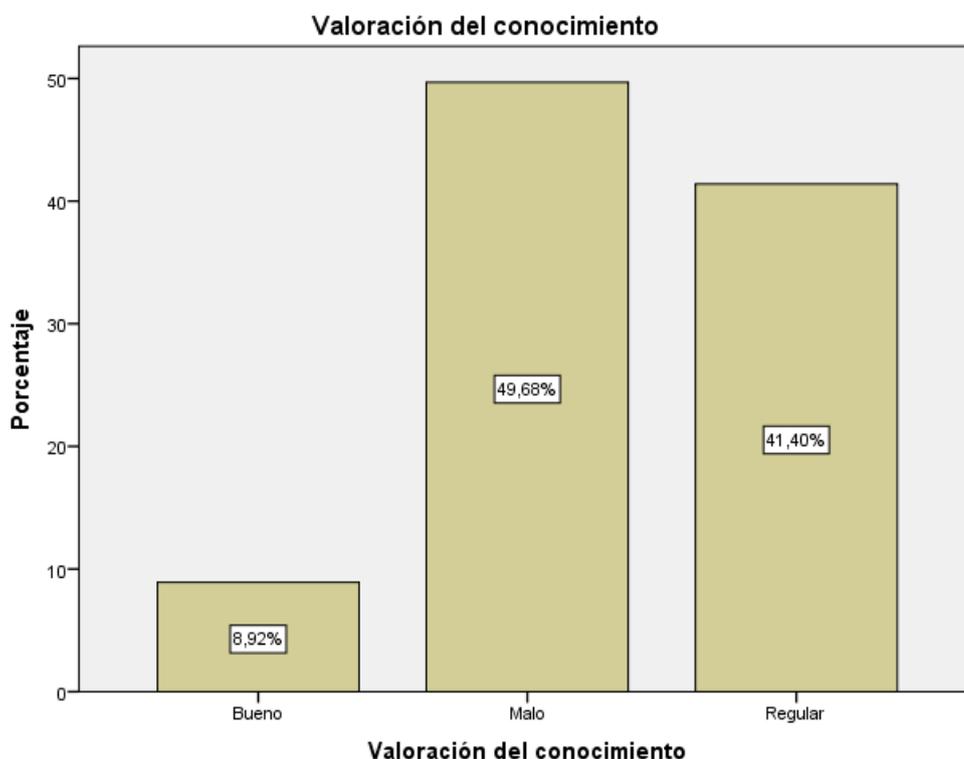


aprecia en la Tabla N°13 y Figura N°14 que el 36,94% de las madres encuestadas esperan que pase el cuadro de diarrea, seguido por dar medicación en un 33,76 %. Por ultimo como respuesta correcta llevan a un centro de salud en un 29,30 %.

Tabla N°14: Valoración del conocimiento en caso de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	78	49,68
Regular	65	41,40
Bueno	14	8,92
Total	157	100,0

Grafica N°14: Distribución porcentual del conocimiento de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015



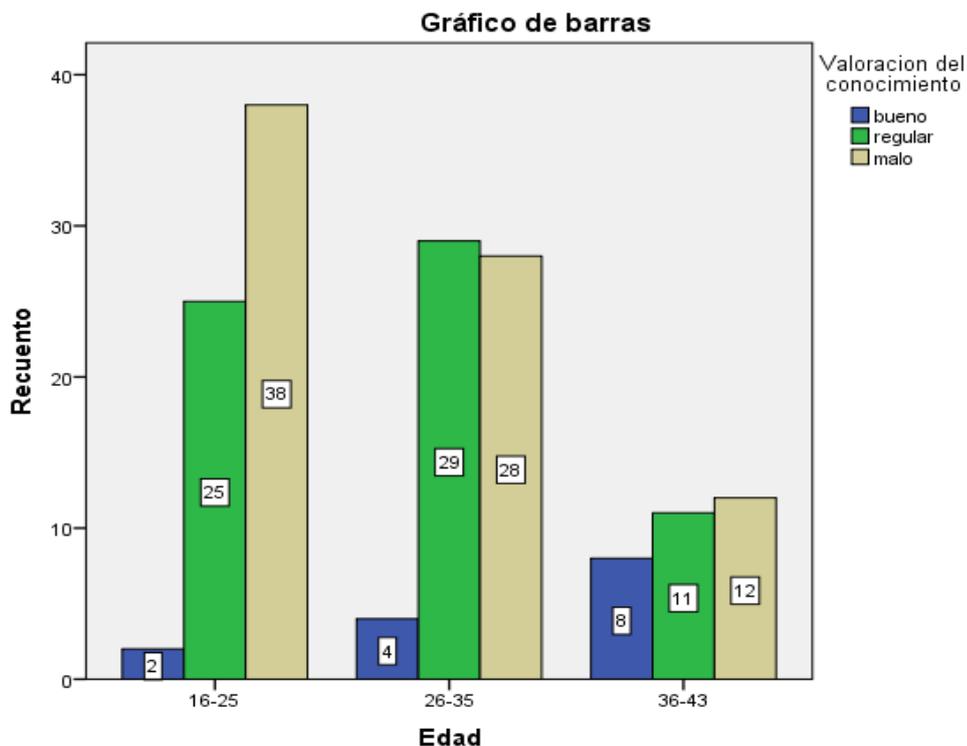
Se aprecia en la Tabla N°14 y Figura N°14 que en base a las respuestas dadas sobre conocimiento de diarrea en las madres de niños menores de 5 años de edad en el Hospital Vitarte , un 49,68 % tienen un rendimiento malo, el 41,40% un rendimiento regular y sólo el 8,92% tienen un rendimiento bueno.

Tabla cruzada N°15: Edad vs Valoración del conocimiento

			Valoración del conocimiento			Total
			bueno	regular	malo	
Edad	16-25	Recuento	2	25	38	65
		% dentro de Edad	3,1%	38,5%	58,5%	100,0%
	26-35	Recuento	4	29	28	61
		% dentro de Edad	6,6%	47,5%	45,9%	100,0%
	36-43	Recuento	8	11	12	31
		% dentro de Edad	25,8%	35,5%	38,7%	100,0%
Total		Recuento	14	65	78	157

% dentro de Edad	8,9%	41,4%	49,7%	100,0%
------------------	------	-------	-------	--------

GraficaN°15: Conocimiento sobre acciones en caso de diarrea en las madres de los pacientes menores de 5 años del Hospital Vitarte – 2015



En la

Tabla N°15 y Figura N°15, se aprecia que en relación a las respuestas de las madres de niños menores a 5 años de edad, que de las 14 mujeres que obtuvieron un rendimiento bueno en el conocimiento de enfermedad diarreica aguda un 25,8% tenían entre 36 y 43 años de edad y un 6,6% entre 26 y 35 años de edad. De las 65 mujeres que obtuvieron un rendimiento regular el 47,5 % tenían entre 26 a 35 años de edad y el 35,5 % entre 36 a 43 años de edad. . De las 78 mujeres que tenían un rendimiento malo, el 58,5% tenían de 16 a 25 años de edad y el 45,9% entre 26 a 35 años de edad.

4.2 Discusión de resultados

En el presente trabajo se evaluó a 157 madres. Se encontró que en su mayoría son convivientes (61,78 %), trabajan (75,16 %), presentan predominantemente un tipo de vivienda a base de cemento y/o ladrillo (80.89 %) y cuentan en su mayoría con agua y desagüe (68,79%) siendo similar al estudio de Alarco y

cols.¹⁵ en el caso de convivientes (58,5%). No encontré estudios que complementen alguna asociación de lo descrito y la influencia en el nivel de conocimiento de EDA.

A las 157 madres se las dividió en grupo etarios de 16-25 años, 26-35 años y 35 – 43 años, de las cuales 78 madres que representa el 49,7% tienen un conocimiento malo sobre diarreas y el grupo que predomina es el de menor edad (16-25 años), al igual que el estudio de Reyes y cols.¹⁷ en el 2006 donde predominó el grupo de madres entre 18 a 23 años. En el estudio de Flores y col²⁴ se encontró mayor el conocimiento en madres que tenían entre 25 a 29 años.

La mayoría de madres encuestadas (36,31%) cuenta con un nivel de secundaria incompleta al igual que en los estudios de Reyes y cols.¹⁷ y el de Gutiérrez y cols.²⁷ que presentaron una escolaridad baja. Se encontró una relación estadísticamente significativa, siendo mayor el conocimiento cuanto más alto era el grado de instrucción en el estudio de Flores y cols.²⁴, así como también se encontró en el estudio de Lacruz-rengel y cols.¹⁹ una asociación significativa entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico, con pobre conocimiento en prevención en EDA. Además en el estudio de Nolter y cols.²⁶ en el Hospital FAP, el 88,8% cuenta con nivel de educación superior, siendo esto una ventaja para la prevención y difusión de conocimientos sobre EDA.

En cuanto al significado de diarrea, se aprecia que el 45,86% de madres presentan un concepto erróneo de las diarreas como blancas y malolientes seguido de un 45,22% que la refiere correctamente como heces líquidas y aumento del número de deposiciones que es similar a un estudio de Custodio y cols.²² en un 35 % . El porcentaje es inferior respecto al estudio de Alarco y cols.¹⁵ donde se encontró que el 76% tiene un concepto adecuado de diarreas. A pesar que las madres identifican alguna alteración en las deposiciones de sus hijos eso no es suficiente para su pronta acción a tomar.

En relación a conocimientos sobre el agente causal de la diarrea se muestra que un 30,57 % contestaron correctamente que la falta de higiene es la principal causa, pero un 36,31 % de madres encuestadas respondió que es por parásitos similar al estudio con Alarco y cols.¹⁵ realizado en Ica donde las infecciones

parasitarias son la primera causa de enfermedad en dicha región. Del mismo modo en el estudio Cervantes y cols.¹⁸ realizado en Cuba se resalta al parasitismo como principal causa en un 41,9 %, seguido por empacho de alimentos. En el estudio de Flores y cols.²⁴ definieron a la ingesta de alimentos en mal estado como la causa de diarrea, y el 22,2% responsabilizaron a los parásitos como la principal causa de diarrea. Como se evidencia restan importancia a la falta de higiene; hechos que atentan desfavorablemente contra la adecuada prevención y, en caso de presentarse, predispone un obstáculo para su buena evolución y tratamiento.

Al evaluar el conocimiento sobre el signo de deshidratación observamos preocupados que un 47,77 % piensa que el dolor abdominal es la respuesta al igual que el estudio de Alarco y cols.¹⁵ .Siendo la complicación aguda más importante para una adecuada atención médica y no retrasar el diagnóstico observamos que la sed aumentada se reconoció en un 43,95 %.

Respecto a la restricción de alimentos las madres suspendería la carne en primer lugar en un 32,5 % y un 21,7 % suspendería la leche materna. Asimismo en el estudio de Medina y cols.²¹ el 65,22 % dijo que la lactancia materna no protege frente a la diarrea. La lactancia materna es de vital importancia en los primeros 6 meses de vida ya que estimula la reparación de la mucosa intestinal, previene la pérdida de peso y disminuye la patogenicidad de los gérmenes, esto se comprueba en un estudio realizado por Jibaja y cols.²³ encontrándose que existe diferencias significativas del consumo de lactancia materna vs el no consumo de lactancia materna como factor protector frente a la EDA . En el estudio de Alarco y cols.¹⁵ la principal respuesta es que no se suspende ningún alimento 36,6 % en comparación al 20,7 % de nuestra población de madres encuestadas.

En relación en las medidas que realiza la madre en cuanto a la EDA, la mayor parte utiliza el suero de rehidratación oral (SRO) en un 49,68% similar al estudio de Delgado y cols.²⁰ con un 49 % que da SRO, además el estudio de Vasquez y cols.¹⁶ en República Dominicana el 2014 donde se observa que un 65.9 por ciento de las madres utilizó SRO como terapia de hidratación oral. Esto es diferente en el estudio de Lapeira y cols.²⁵ que desconocen la importancia de la

hidratación oral en el manejo. Se aprecia las madres utilizan antibióticos, en un 44,59%, ya que desconocen que la mayor parte de casos de diarrea es de etiología viral.

En cuanto a la acción que se realiza en caso de EDA la gran mayoría esperar que se recupere solo, en un 36,94%, lo cual no debe realizarse si es que no hay una identificación y aplicación de medidas adecuada a seguir frente a un episodio de diarrea. Refieren acudir al centro de salud que es la medida indicada a seguir en un 29,30%, porcentaje inferior al estudio de Alarco y cols¹⁵ donde el 67 % si acudiría al centro de salud.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- En nuestro estudio el grupo etario de 16 – 25 años muestra un conocimiento malo en comparación con el grupo de mayor edad. Este hallazgo sugiere que debemos aumentar la enseñanza del manejo a nivel escolar, cultural.
- En cuanto a la concepción de la enfermedad diarreica aguda hemos encontrado el predominio de un alto porcentaje de concepto erróneo (45,86 %), lo cual provoca que este mismo grupo se encuentre imposibilitado de reconocer oportunamente el problema a tratar.
- Los parásitos y el empacho por alimentos, como en otros estudios, permanecen como concepto de etiología principal de diarrea. El grupo encuestado, en su mayoría, no reconoce a los malos hábitos de higiene como la principal causa del contagio en nuestro estudio.

- Las madres de los pacientes no saben identificar el signo de deshidratación, trayendo como consecuencia un incorrecto reconocimiento de esta condición y por tanto una decisión tardía en acudir al establecimiento de salud.
- Continúa la creencia de que la suspensión en la ingesta de alimentos como carnes, pescados y de la lactancia materna tendrá resultados eficaces frente a la diarrea.
- La mayoría de madres proporcionan a sus hijos sales de rehidratación oral en caso de presentarse un episodio de diarrea, pero se mantiene en un alto porcentaje darle antibióticos lo cual es erróneo ya que puede seguir persistiendo el cuadro diarreico.
- Las madres de los pacientes esperan que se recuperen espontáneamente y/o dan medicación sin asesoría médica optando por no acudir a un centro de salud, para su respectiva evaluación.
- Se encontró que el nivel de conocimiento de enfermedad diarreica aguda (EDA) en las madres de niños menores de 5 años del Hospital Vitarte es malo en un 49,68%, regular en un 41,4%, y 8,92 % un conocimiento bueno.

Recomendaciones

Es importante impulsar las campañas de prevención y promoción de la salud, por ello se recomienda que las actividades de atención primaria en salud, sean reforzadas a través de charlas, ya que mejorando el déficit de educación sanitaria se podría tener un manejo oportuno y eficiente. Con ello se logrará la principal finalidad la cual es concientizar a las madres y/o apoderados de los niños sobre la enfermedad diarreica aguda para prevenir sus complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades diarreicas. 2009. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_2.pdf
2. McInery TK, Adam HM, Campbell DE, Kamat DM, Kelleher KJ, Hoekelman RA. Tratado de Pediatría. Academia Americana de Pediatría. Ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana 2011. p 1547
3. CUEVAS ACOSTA, Rebeca et al. Enfermedad diarreica aguda en niños guatemaltecos menores de 5 años. *MEDISAN* [online]. 2014, vol.18, n.11, pp. 1515-1523. ISSN 1029-3019.
4. Jafari F, Garcia-Gil LJ, Salmanzadeh-Ahrabi S, Shokrzadeh L, Aslani MM, Pourhoseingholi MA, et al. Diagnosis and prevalence of enteropathogenic bacteria in children less than 5 years of age with acute diarrhea in Tehran children's hospitals. *J Infect.* 2009; 58 (1): 21-27. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016344530800368X>

5. OMS. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva. 2013 abril; 330. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/> .
6. De la Cruz M, Herrera M, Párraga K, Rengifo C, et al. Prácticas de higiene y su relación con la prevalencia de enfermedad diarreica aguda. Rev. Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma. 2005; 5 (1): 19-26. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/rfmh_urp/v05_n1/a05.htm
7. GUILLEN, Alfredo. Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica [online]. 2011, vol.28, n.1, pp. 7-8. ISSN 1726-4634.
8. Ministerio de Salud – Dirección General de Epidemiología. Enfermedad diarreica aguda, Perú 2013. Sala Situacional 2013 (SE) N°: 20. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2013/SE20/edas.pdf>
9. Ministerio de Salud – Dirección General de Epidemiología. Enfermedad diarreica aguda, Perú 2013. Sala Situacional 2012 (SE) Nro: 24. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/24.pdf>
10. Ministerio de Salud. Principales Causas de Morbilidad de Consulta Externa de enero a diciembre del 2014. Lima: MINSA; 2014. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=5&lcobj=1&lcp=1&lcfreq=3/2/2015. Acceso febrero 2015.
11. León A, Mancilla Y. Frecuencia de las enfermedades diarreicas y sus complicaciones en niños menores de 5 años en la unidad de emergencia pediátrica. [Tesis de grado]. Estado Bolívar: Escuela de ciencias de la Salud; 2010. [Consultado 02-05-13]. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/handle/123456789/2229>
12. Delgado M, Sierra C, Calvache J, Ríos A, Mosquera C, Salas I, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI, 2006. Colomb Med Vol. 37 N°4; 37: 293-298.

13. Ministerio de Salud – Oficina de Estadística e Informática, datos del sistema HIS.
14. Malhotra N, Upadhyay RP. Why are there delays in seeking treatment for childhood diarrhoea in India? *Acta Paediatr* 2013; 102(9):413-418. Disponible en: http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=nisha_malhotra
15. JHONNEL ALARCO, J.; AGUIRRE-CUADROS, Eduardo y 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* [online]. 2013, vol.6, n.1, pp. 25-31. ISSN 1699-695X.
16. VASQUEZ, Lina; HERRERA, Demian y SEGURA, Mabel. Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de pacientes de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda: República Dominicana. *Horiz. Med.* [online]. 2014, vol.14, n.3, pp. 24-27.
17. Reyes-Tur Y, Rey-Camacho Y. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana* [revista en Internet]. 2009 [citado 2015 Nov 8]; 15(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/418>
18. CERVANTES BAUTE, Isidra de la Caridad; BOSCH GOVEA, Mariela y ARMERO PEREZ, Graciela. Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2001, vol.17, n.1, pp. 56-59.
19. LACRUZ-RENGEL, María A et al. Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda. *Arch Venez Puer Ped* [online]. 2012, vol.75, n.4, pp. 113-117.

20. Delgado MF, Sierra CH, Calvache JA, Ríos ÁM, Mosquera C, Salas I y cols.. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Colombia Médica 2006; 37: 293-298.
21. Medina, R; Labrador, M; Goyri, R .Conocimiento de las madres cuidadoras ante un niño con diarrea aguda en hogares de cuidado diario. Col. med. Estado Táchira; 18(1):4-13, ene.-mar. 2009.
22. Custodio D., Custodio H., Nivel de Conocimientos y Conducta Materna sobre el manejo de la diarrea en el hogar en niños menores de 5 años que son atendidos en el servicio de URO en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el año 2010, Lima; s.n; 2010. 63 p.
23. Jibaja Correa, Felix; León Moreyra, Karina; Loli Mendez, Karla; Loyola Astete, Cristian; Lozano Mas, Leidy; Luna Matos, Antonio.Rol de la lactancia materna exclusiva como factor protector de las diarreas agudas en niños de 0-12 meses en el periodo Setiembre-Noviembre 2009 en el Instituto Nacional de Salud del Niño . Lima; s.n; 2009. 21 p.
24. Flores Santillán, C., & Espinoza Urcia, C. A. (2015). Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años. Nido Children´s House, 2015. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú
25. LAPEIRA PANNEFLEX, Patricia; ACOSTA SALAZAR, Diana. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. DUAZARY, [S.l.], v. 11, n. 1, ago. 2014.
26. Nolte Rickards, K., & Linares Moscoso, J. P. (2015). Nivel de conocimiento y prácticas de prevención frente a la enfermedad diarreica aguda. Hospital Central Fuerza Aérea del Perú, 2015. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

27. GUTIERREZ CAMACHO, Claudia et al. Intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [online]. 2004, vol.61, n.1, pp. 19-28.
28. Iván D. Flórez, Javier O. Contreras, Javier M. Sierra, Claudia M. Granados, Juan M. Lozano, Luz Helena Lugo, María E. Tamayo, Jorge L. Acosta, German D. Briceño, Carlos B. Parra, María I. Lalinde, José F. Vera y Fernando Sarmiento. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento. *Pediatría*, Volume 48, Issue 2, Pages 29-46
29. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases: Evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *JPGN*. 2008; 46: S81-S122.
30. Pertuz Meza Y. Incidencia y factores de riesgo asociados a enfermedad diarreica aguda por rotavirus, Santa Marta, 2012. *Hacia promoc. salud*. 2014; 19(2): 26-37.
31. FUENTES DIAZ, Zaily; RODRIGUEZ SALAZAR, Orlando; SALAZAR DIEZ, Mabel y RODRIGUEZ HERNANDEZ, Orlando. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. *AMC* [online]. 2008, vol.12, n.2, pp. 0-0. ISSN 1025-0255.
32. David Alejandro Cabrera-Gaytán, Martha Alejandra Maldonado-Burgos, Teresita Rojas-Mendoza, Concepción Grajales-Muñiz. Enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años de edad: aportaciones de los núcleos trazadores de vigilancia epidemiológica 2012-2013. *Arch Inv Mat Inf* 2013;V(3):118-125.

33. José Javier Díaz Mora, Milanyela Madera, Yubelis Pérez, Maribel García, Keira León, Marco Torres E. Generalidades en diarrea aguda .Arch Venez Puer Ped v.72 n.4 Caracas dic. 2009. ISSN 0004-0649
34. Alcolea A, Díaz V, Polanco I. Diarrea aguda. En: Decisiones en Gastroenterología Pediátrica. Madrid: Ergon. 2013; p. 189-196.
35. A.M. Benítez Maestre, F. de Miguel Durán Gastroenteritis aguda. Pediatría Integral 2015; XIX (1): 51-57
36. Irene Botas Soto, Alejandro Ferreiro Marín, Bertha Soria Garibay. Deshidratación en niños .An Med (Mex) 2011; 56 (3): 146-155
37. Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Cap. 2, Diarrea Aguda. 2010.
38. GONZALES S., Carlos et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. Rev. gastroenterol. Perú [online]. 2011, vol.31, n.3, pp. 258-277. ISSN 1022-5129

ANEXOS

ANEXO Nº 1 (Operacionalización de variables)

Variable	Definición operacional	Tipo	Indicadores	Instrumento
Edad	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento de la persona.	Cuantitativa Discreta	Tiempo en años respondido en la encuesta	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	Nivel alcanzado de educación hasta la toma de encuesta	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Primaria completa• Primaria incompleta• Secundaria completa• Secundaria incompleta• Superior completa• Superior incompleta	Ficha de recolección de datos

Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Conviviente • Divorciada • Soltera 	Ficha de recolección de datos
Ocupación	Es la función que desempeña en el transcurso de los días.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Trabaja 	Ficha de recolección de datos
Tipo de vivienda	Es el material lugar cerrado donde habitan las personas.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Cemento/ladrillo o • Madera • Quincha/Adobe 	Ficha de recolección de datos
Servicios básicos de agua y desagüe	Son las obras de infraestructuras necesarias para una vida saludable	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Ficha de recolección de datos
Nivel de conocimiento	Es el conjunto de datos e información empíricas sobre la realidad que el propio individuo presenta.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 -2 : Malo • 3-4 : Regular • 5-6 : Bueno 	Ficha de recolección de datos

ANEXO Nº 2 (ENCUESTA)

I. DATOS GENERALES

Edad de la madre: _____

Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Conviviente
- e) Viuda

Grado de instrucción: Marque

- a) Sin educación
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

Ocupación de la madre

- a) Ama de casa

- b) Trabaja
- c) Estudiante

Tipo de vivienda

- a) Cemento / ladrillo
- b) Madera
- c) Quincha , adobe

Servicios básicos de agua y desagüe

- a) Si
- b) No

II. CUESTIONARIO

1. ¿Qué significa para usted de la diarrea?

- a) Heces líquidas y aumento del número de deposiciones
- b) Heces blanquecinas y malolientes
- c) Dolor de barriga
- d) Estreñimiento
- e) Desconoce

2. ¿Cuál es la principal causa de diarrea?

- a) Falta de higiene
- b) Parásitos
- c) Empacho por alimentos
- d) Crianza de animales
- e) Desconoce

3. ¿Cuáles considera usted signos de deshidratación?

- a) Sed aumentada
- b) Dolor de cabeza
- c) Dolor abdominal
- d) Tos
- e) Desconoce

4. ¿Qué alimento restringe a su hijo en un caso de diarrea?

- a) Ningún alimento
- b) Carne
- c) Pescado

- d) Leche materna
- e) Desconoce

5. ¿Qué medida realiza usted en caso de diarrea?

- a) Suero de Rehidratación Oral (SRO)
- b) Café
- c) Antibióticos
- d) Té
- e) Desconoce

6. ¿Qué acción realiza usted en caso de diarrea?

- a) Llevar al Centro de Salud
- b) Acudir al curandero
- c) Dar medicación
- d) Esperar que pase el cuadro de diarrea
- e) Desconoce