



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS MATERNOS ORIENTADOS A LA
ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES DIARREICAS
AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DE LA
COMUNIDAD DE ANCHILIVÍ DEL CANTÓN SALCEDO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Camacho Carrillo, María Isabel

Tutora: Dra. Aguilar Salazar, Aída Fabiola

Ambato – Ecuador

Abril, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de investigación, sobre el tema:

“CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS MATERNOS ORIENTADOS A LA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD DE ANCHILIVI DEL CANTÓN SALCEDO” de María Isabel Camacho Carrillo estudiante la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2014.

LA TUTORA

.....
Dra. Aída Aguilar

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación, “**CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS MATERNOS ORIENTADOS A LA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD DE ANCHILIVI DEL CANTÓN SALCEDO**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2014

LA AUTORA

.....
María Isabel Camacho Carrillo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica De Ambato, para que se haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Enero del 2014

LA AUTORA

.....
María Isabel Camacho Carrillo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS MATERNOS ORIENTADOS A LA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD DE ANCHILIVI DEL CANTÓN SALCEDO”** de María Isabel Camacho Carrillo, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril del 2014

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por darme vida, por ser la luz y fortaleza que guía mi camino cada día.

A mis padres, Gilton e Inés y a mi hermano Santiago, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que nos presenta la vida.

Isabel Camacho

AGRADECIMIENTO

A mi tutora por su paciencia y amistad brindada durante el desarrollo de este proyecto, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua del mismo, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

Y, por supuesto, un agradecimiento profundo y sentido para mi familia. Sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo esta carrera.

Y a la Universidad Técnica de Ambato por acogerme en sus aulas estos años y ser testigo de tantos esfuerzos.

Isabel Camacho

ÍNDICE

Contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1.-TEMA:	3
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
1.2.2.-ANÁLISIS CRÍTICO.....	7
1.2.3.- PROGNOSIS	8
1.2.4.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2.5.-PREGUNTAS DIRECTRICES.....	8
1.2.6.-DELIMITACIÓN	9
1.3.- JUSTIFICACIÓN	9
1.4.-OBJETIVOS	10
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1.-ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	11
2.2.-FUNDAMENTACION FILOSÓFICA.....	16
2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES	17
2.4.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	17
2.5.-HIPÓTESIS.....	44
2.5.1. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	44

CAPÍTULO III.....	45
METODOLOGÍA	45
3.1.- ENFOQUE	45
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.3. NIVEL INVESTIGACIÓN	45
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.5.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
3.6-PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
CAPÍTULO IV.....	50
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	50
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO ECONÓMICAS	50
4.1.1. EDAD	50
4.1.2 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	50
4.1.3 EDAD - INSTRUCCIÓN	52
4.1.4 ESTADO CIVIL	52
4.1.5 OCUPACIÓN	53
4.1.6 EDAD DE LOS NIÑOS	54
4.1.7 SEXO	54
4.1.8 LUGAR DE PROCEDENCIA	55
4.1.9 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	55
4.2 CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE HIGIENE.....	55
4.2.1 ASEO DE MANOS – ALIMENTOS	56
4.2.2 CUIDADOS CON EL AGUA DE CONSUMO HUMANO.....	57
4.2.3 HIGIENE CORPORAL DEL NIÑO	59
4.3 CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE PREVENCIÓN EDA	60
4.3.1 CONTROL MÉDICO.....	60
4.3.2 VACUNAS	61
4.3.3 VACUNA ANTIROTAVIRUS	62
4.3.4 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.....	63
4.3.5 FRECUENCIA DE EDA.....	64
4.4. ACCIONES MATERNAS FRENTE A LA EDA.....	65
4.4.1 ACTITUD DE LAS MADRES	66

4.4.2 ALIMENTOS	66
4.4.3 CONOCIMIENTO SOBRE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SRO	68
4.4.4 EN CASO DE VÓMITO	68
4.4.5 CONTROL MÉDICO EN EDA	69
CAPÍTULO V	71
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	72
5.1. CONCLUSIONES:	72
5.2. RECOMENDACIONES.	74
CAPÍTULO VI.....	75
PROPUESTA.....	75
6.1 DATOS INFORMATIVOS	75
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	76
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	76
6.4 OBJETIVOS:.....	77
6.4.1 Objetivo general:.....	77
6.4.2 Objetivos específicos	77
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:	77
6.6 FUNDAMENTACIÓN:	77
6.7 METODOLOGÍA, MODELO OPERATIVO:.....	83
6.9 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
Bibliografía	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Categorías Fundamentales	17
Gráfico 2. Variable Independiente	17
Gráfico 3. Variable Dependiente	19
Gráfico 4. Edad de las madres de niños menores de 5 años. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013	50
Gráfico 5. Nivel de instrucción de las madres. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013.....	51
Gráfico 6. Distribución según el estado civil de las madres. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013	52
Gráfico 7. Distribución según la edad de los niños menores de 5 años Anchilivi – Salcedo Octubre 2013.....	54
Gráfico 8. Distribución de los niños por sexo. Anchilivi - Salcedo. Octubre 2013.....	54
Gráfico 9. Distribución según el lugar de Procedencia de las madres. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013.....	55
Gráfico 10. Vacunas completas para la edad de niño. Anchilivi - Salcedo Octubre 2013	61
Gráfico 11. Vacuna anti rotavirus. Anchilivi - Salcedo Octubre 2013.....	62
Gráfico 12. Cantidad de deposiciones líquidas en un día que es considerado como diarrea por las madres. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013.....	63
Gráfico 13. Ocasiones que su niño ha presentado diarrea en el último año. Anchilivi - Salcedo. Octubre 2013	64
Gráfico 14. Ha recibido información sobre prevención de la enfermedad diarreica. Anchilivi - Salcedo Octubre 2013.....	65
Gráfico 15. Alimentos que suspenden las madres cuando sus niños presentan Diarreas. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad y SRO	31
Tabla 2. Administración de hidratación IV	33
Tabla 3. Signos según el grado de Deshidratación	34
Tabla 4. Atención salud según AIEPI	42
Tabla 5. Relación entre la edad de la madre y el nivel de instrucción. Anchilivi – Salcedo. Octubre 2013.....	52
Tabla 6. Relación entre la edad materna y el lugar de trabajo de las madres. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013.....	53
Tabla 7. Relación entre el aseo de manos – alimentos y la edad materna. Anchilivi - Salcedo Octubre 2013.....	56
Tabla 8. Relación entre el aseo de manos – alimentos y el nivel de instrucción materna. Anchilivi - Salcedo Octubre 2013	57
Tabla 9. Relación entre la edad materna y el uso del agua de la llave para beber Anchilivi – Salcedo Octubre 2013	58
Tabla 10. Relación entre el nivel de instrucción materna y el uso del agua de la llave para beber Anchilivi – Salcedo Octubre 2013	58
Tabla 11. Relación entre la edad materna y la frecuencia de baño a sus niños. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013	59
Tabla 12. Relación entre la edad materna y frecuencia de control médico de los niños. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013.....	60
Tabla 13. Relación entre el nivel de instrucción materna y frecuencia de control médico de los niños. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013	61
Tabla 14. Relación entre el nivel de instrucción y la primera acción de las madres en un cuadro diarreico. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013	66
Tabla 15. Relación entre el nivel de instrucción y la hidratación con SRO. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013.....	68
Tabla 16. Relación entre el nivel de instrucción y el tiempo debe esperar para darle SRO después del vómito. Anchilivi - Salcedo. Octubre 2013	69
Tabla 17. Relación entre el nivel de instrucción y el tiempo en el que la madre lleva a control médico cuando presenta una EDA. Anchilivi – Salcedo. Octubre 2013.....	69
Tabla 18. Razones para acudir de manera urgente a consulta médica. Anchilivi – Salcedo. Octubre 2013.....	70

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS MATERNOS ORIENTADOS A LA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD DE ANCHILIVI DEL CANTÓN SALCEDO”

Autor: Camacho Carrillo, María Isabel

Tutor: Dra. Aguilar Salazar, Aída Fabiola

Fecha: Enero 2014.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en la Comunidad de Anchilivi del Cantón Salcedo Provincia de Cotopaxi, Ecuador; durante el período junio - agosto del 2013. Tiene como objetivo valorar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas encaminadas hacia enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños menores de 5 años. Se realizó un estudio transversal prospectivo en 170 madres. Se analizan variables moderadoras previamente establecidas. Se aplica Chi cuadrado (χ^2) obteniéndose $p=0.0149$ con lo que se comprueba la hipótesis “Los conocimientos preventivos maternos permiten la aplicación de medidas adecuadas para la EDA en niños menores de 5 años de la comunidad de Anchiliví del cantón Salcedo”. La información procesada se presenta con cifras absolutas y porcentajes. Resultados: las mujeres jóvenes tienen mejor nivel educativo (84,1%) que las adultas; mismas que tienen mejores prácticas higiénicas, correcto uso del agua de consumo en relación a las analfabetas. El 59% de las madres no han recibido información sobre prevención de la EDA. El 100% de la población tiene acceso a los servicios de salud, lo que se demuestra en la cobertura de vacunas. Las madres instruidas saben utilizar el SRO, y cuando deben acudir a control, no así las analfabetas.

PALABRAS CLAVES: DIARREA, DISENTERÍA, DESHIDRATACIÓN, DESNUTRICIÓN, REHIDRATACIÓN.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

MATERNAL KNOWLEDGE ORIENTED PREVENTIVE CARE INTEGRATED
DISEASES ACUTE DIARRHEA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD
COMMUNITY OF CANTON ANCHILIVI SALCEDO

Author: Camacho Carrillo, María Isabel

Tutor: Dra. Aguilar Salazar, Aída Fabiola

Date: January 2014.

SUMMARY

This research was conducted in the Canton Community Anchilivi Salcedo, during the period June to August 2013. Aims to assess the level of knowledge of mothers on preventive measures to acute diarrheal diseases (ADD) in children under 5 years.

A prospective cross-sectional study was conducted in 170 mothers. Previously established moderating variables are analyzed. Applies Chi square (χ^2) to obtain $p = 0.0149$ so that the hypothesis " Preventive maternal knowledge of appropriate permit application for the EDA in children under 5 years of community Anchilivi Canton Salcedo measures" is checked. The processed information is presented in absolute figures and percentages.

They are most important results that young women are better educated (84.1%) than adults ; same with better hygiene practices , proper use of drinking water in relation to the illiterate. 59% of mothers have not received information on prevention of EDA . 100% of the population has access to health services , which is demonstrated in vaccine coverage . Educated mothers know how to use the SRO, and when to go to control not illiterate.

KEYWORDS: DIARRHEA, DYSENTERY, DEHYDRATION,
MALNUTRITION, REHYDRATION.

INTRODUCCIÓN

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. Suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos.

La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminada, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas 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.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería; y
- la diarrea persistente, que dura 14 días o más.

La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo, donde los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año misma que priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento.

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).

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

1. Deshidratación incipiente: sin signos ni síntomas.
2. Deshidratación moderada: sed; comportamiento inquieto o irritable; reducción de la elasticidad de la piel; ojos hundidos.
3. 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.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.-TEMA:

“CONOCIMIENTOS PREVENTIVOS MATERNOS ORIENTADOS A LA ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD DE ANCHILIVI DEL CANTÓN SALCEDO”

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN

Según la OMS en el año 2009, las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables. (Pedro S. , 2009). (OMS, Enfermedades Diarreicas, 2013)

MACRO

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 ellas se puede prevenir mediante el acceso al agua potable y a servicios adecuados de saneamiento e higiene.

En todo el mundo se producen 1,7 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año. Es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años. (OMS, Enfermedades Diarreicas, 2013)

Afecta principalmente a la población infantil, siendo los países más pobres los que presentan mayor letalidad, producto de la desnutrición y de las dificultades para acceder de manera oportuna a los servicios de salud. En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable, y 2.500 millones a sistemas de saneamiento apropiados. (OMS, Enfermedades Diarreicas, 2013)

La enfermedad diarreica aguda constituye una de las consultas más frecuentes en los servicios de la consulta externa y urgencias de los hospitales. Es por lo tanto, importante conocer los aspectos relevantes de la enfermedad como son: epidemiología, etiología, fisiopatología, diagnóstico, y prevención. (Cabezas, 2011) (Swings, 2009)

El manual Clínico para los Servicios de Salud sobre el Tratamiento de la diarrea de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2008), señala que en América Latina y el Caribe 5,1% de las muertes en menores de 5 años, es debido a la diarrea y deshidratación; 8 de cada 10 muertes ocurre en los dos primeros años de vida. Asimismo describe que en los últimos años se ha obtenido una disminución en la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. (OMS, Enfermedades Diarreicas, 2013)

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados, es más frecuente en países en desarrollo donde los niños menores de tres años sufren en promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. (Pedro S. , 2009)

La OMS trabaja con los Estados Miembros y con otros asociados para:

1. Fomentar políticas actuales de gestión de las enfermedades diarreicas en países en desarrollo
2. Realizar investigaciones para desarrollar y probar nuevas estrategias sanitarias en este ámbito
3. Desarrollar nuevas intervenciones sanitarias, como la vacunación contra rotavirus
4. Ayudar a formar a profesionales sanitarios, sobre todo en el nivel comunitario.

En la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Este programa ha focalizado sus acciones en los niños menores de 5 años, debido a que este constituye el grupo etáreo con el mayor rango porcentual en la morbilidad y mortalidad comparado con la población en general. (Guevara, 2008)

AIEPI incorpora además un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, así contribuye entre otros beneficios a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los niños menores de cinco años en el hogar, para contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables. En los centros sanitarios, la AIEPI promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños con enfermedades graves. (OMS, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, 2013)

Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño para de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. (Guevara, 2008) (Pacheco, 2009)

La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento e identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención e informar educando a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil. Tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres. (OMS, Uso de medicamentos en la APS en los países en desarrollo, 2006)

Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población contribuyendo a un crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros cinco años de vida. Pasado el primer año de vida, los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad, como son las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas agudas, y la prevención de accidentes en el hogar. (Viteri, 2007) (Rakel, 2010)

MESO

En el Ecuador la mortalidad por EDA en 1999 en menores de 1 año es de 123,3% por 100000 nacidos vivos y de 21,17% por 100000 habitantes en niños de 1 a 4 años.

En el año 2010, según el INEC, la mortalidad infantil fue de 19,65 muertes por 1.000 niños menores de cinco años. La prevalencia de la Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años se mantiene en el 25%. La enfermedad diarreica

aguda tiene una alta incidencia en el Ecuador, al ser un país multicultural, multiétnico y en donde la población infantil es alta y vive en condiciones deficientes de vivienda, servicios básicos y servicios de salud. (INEC, 2011)

Datos de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud del Ecuador:

1. Nueve de cada 10 niños recibieron medicación para tratar la enfermedad diarreica.
2. Casi 38% recibió antibióticos sin razón.
3. El 54% recibió anti diarreicos (no se debe hacer).
4. El 45% recibió remedios caseros.

(MSP, Dirección nacional de Epidemiología, 2010)

MICRO

En el cantón Salcedo cada día se atienden en consulta a niños por enfermedad diarreica aguda, en realidad es una enfermedad muy común, pero no existen investigaciones sobre el tema, sobre la actitud o el tratamiento que toman las madres ante esta, si es adecuada o no. No hay información científica fundada para poder aplicar medidas correctivas.

1.2.2.-ANÁLISIS CRÍTICO

Numerosos estudios han demostrado la relación existente entre la morbimortalidad por EDA y variables socio económicas, lo que ha conlleva a algunos autores a considerarla como una enfermedad de tipo social ; coincidiendo en los múltiples factores que intervienen en su ocurrencia, tales como: bajo nivel educacional de las personas que cuidan los niños, lo que provoca un mínimo interés por las actividades de salud comunitaria, lo que provoca la escasa cobertura de los servicios de salud; hábitos higiénicos inadecuados en relación al aseo personal y de los alimentos; bajos ingresos económicos causados en la mayoría de los casos por el desempleo o el trabajo informal, lo que mantiene malas condiciones de vivienda y carencia de servicios sanitarios. En ciertos casos también la existencia de madres adolescentes que dependen de otras personas, provoca descuido y dificultades para la prevención de distintas enfermedades, a lo

que se suma las creencias y costumbres de cada lugar y los tratamientos empíricos de las mismas. Todo lo que al final nos indica las deficiencias en la atención de los niños menores de 5 años

1.2.3.- PROGNOSIS

Las EDA han constituido un problema importante de salud pública en el mundo; dichas enfermedades afectan a todos los grupos de edad, sin embargo los más vulnerables son los menores de 5 años. El estudio de los conocimientos maternos debe mejorar la identificación, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda principalmente en los niños menores de 5 años, caso contrario será difícil lograr una disminución en la morbilidad y sus consecuencias como la deshidratación y muerte.

1.2.4.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Los conocimientos preventivos maternos permiten la atención integrada de los niños menores de 5 años con EDA, de la comunidad de Anchiliví del cantón Salcedo?

1.2.5.-PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Qué características socio demográficas presentan las madres de los niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda?

¿Existen diferencias entre los conocimientos preventivos maternos y su nivel educativo?

¿Las medidas y cuidados aplicados por las madres en caso de EDA son correctos?

¿Cómo mejorar los conocimientos maternos para aplicar medidas preventivas y cuidados de niños menores de 5 años en el hogar?

1.2.6.-DELIMITACIÓN

1.2.6.1.- DELIMITACIÓN DE CONTENIDO

Campo: Salud infantil

Área: Pediatría comunitaria

Aspecto: Prevención

Objeto de Estudio: madres con hijos menores de cinco años.

1.2.6.2.- DELIMITACIÓN ESPACIAL

La investigación se realizó en la comunidad de Anchiliví, del cantón Salcedo, Provincia de Cotopaxi.

1.2.6.2.- DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio, se lo realizó en los meses de junio a agosto del año 2013.

1.3.- JUSTIFICACION

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez.

La aplicación de la estrategia AIEPI mejora los conocimientos y prácticas de la familia para el tratamiento y cuidado en el hogar, de las distintas enfermedades que se presentan, es muy importante porque de esta manera la madre y la familia sabrán cómo actuar y qué acciones tomar en caso de que su niño presente una de las enfermedades contempladas en AIEPI, van a poder dar los primeros cuidados que el niño necesita antes de llegar a la casa de salud más cercana.

Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades. De este modo, reduce las oportunidades en que pueden pasar inadvertidas.

La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

Esta investigación se la realizará con el fin de evaluar los conocimientos de las madres en relación a la prevención de enfermedad diarreica aguda. Con esta investigación se beneficiarán las madres, niños y por ende la sociedad.

Esta investigación es factible porque contamos con la bibliografía necesaria y con personal capacitado en dicho tema y el lugar donde nos brindan la información para el éxito de este trabajo.

1.4.-OBJETIVOS

1.4.1.- OBJETIVO GENERAL

Valorar los conocimientos preventivos maternos que permiten la atención integrada de los niños menores de 5 años con EDA de la comunidad de Anchiliví cantón Salcedo Provincia Cotopaxi, Ecuador.

1.4.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características socio demográficas que presentan las madres de los niños con enfermedad diarreica aguda
2. Identificar las diferencias que existen entre los conocimientos preventivos maternos y su nivel educativo.
3. Establecer las medidas y cuidados correctos aplicados por las madres en caso de EDA.
4. Diseñar una propuesta para mejorar los conocimientos maternos en la aplicación de medidas preventivas y cuidados de los niños menores de 5 años en el hogar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.-ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

REYES Y. ET AL. 2006. CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA DIARREA Y SU PREVENCIÓN. POLICLÍNICO DOCENTE “EMILIA DE CÓRDOBA”. SAN NICOLÁS. LA HABANA. 2006

Objetivo: determinar el conocimiento que tienen las madres de niños menores de cinco años sobre la enfermedad diarreica aguda y su prevención. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante el mes de diciembre del 2006. Se confeccionó un cuestionario según los objetivos propuestos; donde se trabajó con 453 madres de un universo de 499 donde quedaron excluidas todas las que no quisieron participar en la investigación, la cual se aplicó con previo consentimiento de las madres pertenecientes al área rural del municipio San Nicolás. **Resultados:** predominó el grupo de madres entre 18 a 23 años 183 (40.04%), la escolaridad fue baja con 232 madres (51.21%) con nivel primario y 168 (37.08%) con nivel secundario. Los alimentos restringidos por las madres fueron: el huevo 429 (94.70%), el pescado 415 (91.61%) y la lactancia artificial 304 (67.10%). **Conclusiones:** existe un desconocimiento por parte de las madres en cuanto a los hábitos higiénicos para prevenir las enfermedades diarreicas agudas. El tratamiento considerado por las madres fue el uso de las sales de rehidratación oral y el novatropín; además se restringió el huevo, el pescado y la lactancia artificial, se identificaron como complicaciones más frecuentes la deshidratación y la sepsis urinaria. En general el nivel de conocimiento de las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas y su prevención fue insuficiente.

MENDIGURE J. ET AL. 2007. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA DISMINUCIÓN DE DIARREAS INFANTILES EN LIMA, PERÚ.

Objetivo: Probar la efectividad de un programa de intervención educativa para reducir las diarreas infantiles. **Métodos:** Participaron 165 madres y cuidadores de niños a través de un muestreo aleatorio por conglomerados, de enero a marzo de 2005. A través de un diseño pre experimental, que incluyeron mediciones antes del programa y después de él mediante una entrevista semi estructurada, una guía de observación y análisis microbiológico, se evaluaron los resultados del programa. El programa educativo incluyó talleres educativos de lavado de manos, práctica de higiene personal, preparación y consumo de alimentos en los comedores populares, manejo de residuos sólidos y del agua segura en el domicilio y manejo de signos de alarma en casa, con participación de los agentes comunitarios, centros educativos, madres de familia, cuidadores de niños y manipuladores de alimentos en los comedores populares. **Resultados:** El 80% de las madres y cuidadores de niños y manipuladores de alimentos en comedores populares mejoraron sus conocimientos y prácticas con relación al lavado de manos, higiene personal, manipulación de los alimentos, manejo domiciliario del agua segura y los residuos sólidos. El 100% de los comedores populares intervenidos, redujeron los niveles de E. Coli y Coliformes en los utensilios de cocina ($p < 0.005$). La preferencia de madres para acudir al establecimiento de salud se incrementó en un 76%, en 17% por el agente comunitario y disminuyó la preferencia por la botica o farmacia (1%) y la permanencia en el hogar del niño (6%). Todos estos hallazgos resultaron significativos ($p < 0,005$), que han contribuido a reducir la prevalencia de diarreas en Miguel Grau en 39,5% ($p < 0.05$). **Conclusión:** El lavado de los alimentos antes de su consumo, la utilización del agua directo de la red, disponer de un ambiente exclusivo para la preparación de los alimentos, el lavado de manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos y antes de su consumo, resultaron los factores de protección y núcleos centrales en la prevención de las diarreas.

LACRUZ M. COL. 2012. CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ESTRATEGIAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA. INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. CARACAS.

Introducción: El impacto socioeconómico y la mortalidad que producen la enfermedad diarreica aguda (EDA) ha sido preocupación de las organizaciones internacionales. La prevención en EDA agrupa estrategias básicas de saneamiento ambiental y atención primaria. Una solución es promover la educación en la población de riesgo. **Objetivo:** Estimar el conocimiento materno sobre estrategias primarias de prevención de diarrea. **Método:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal, tipo encuesta a madres que acuden a los servicios de pediatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante el lapso noviembre – marzo 2012. Se utilizó Chi cuadrado de Pearson ($p < 0,05$) para el análisis estadístico. **Resultados:** Se incluyeron 111 madres: 50,4% tenían entre 20 y 35 años de edad, 40,6% provenientes del distrito sanitario Mérida, de estratos sociales Graffar IV-V; 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. Se estableció asociación significativa entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico, con pobre conocimiento en prevención en EDA ($p=0,002$). **Conclusiones:** El desconocimiento materno de estrategias de prevención en EDA tuvo relación directa con bajos niveles de instrucción materna y nivel socioeconómico; por ello las campañas de educación deben dirigirse a estos grupos. Alimentación, rehidratación oral y vacunas son tópicos a reforzar. El saneamiento y la promoción de la higiene con participación de la comunidad pueden llevar a una reducción significativa de la incidencia de diarrea en niños.

MATTA M. ET AL. 2012. CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE EDA Y SU RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS. PERÚ

La EDA, es una enfermedad frecuente en niños, lo que genera consultas numerosas, lo que incentiva a trabajar en la prevención primaria. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas y prácticas de las madres de niños menores de 5 años, sobre la EDA y su relación con características sociodemográficas, realizado en el Centro Materno Infantil Zapallal. **Material y métodos:** estudio de tipo descriptivo, correlacional con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 169 madres de niños menores de 5 años que cumplieron con los criterios de selección. La recolección de la información se realizó mediante una encuesta. **Resultados:** respecto al nivel de conocimiento sobre EDA la mayor proporción de madres tiene un nivel de conocimiento medio (66,3%) y el 16% presentó un nivel bajo. Se encontró que el 88,5% de las madres conoce sobre las medidas higiénicas en la preparación de alimentos, un 92,3% conoce la importancia de lavarse las manos antes de dar de comer al niño, el 71,2% reconocen que la lactancia materna previene la diarrea.

Conclusiones: Las madres presentaron un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad diarreica aguda.

CORREA J. ET AL. 2012. ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO POR CONGLOMERADOS SOBRE EL USO DE ANTISÉPTICOS PARA LAS MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS NIÑOS EN COLOMBIA.

Objetivo: evaluar la eficacia del uso de antisépticos para las manos a base de alcohol en la disminución de las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas en niños de 1 a 5 años de edad en los centros de atención infantil donde el lavado de las manos con agua y jabón no es factible. **Métodos.** El presente fue el primer ensayo controlado y aleatorizado por conglomerados llevado a cabo en un país en desarrollo, el estudio tuvo lugar en 42 centros de atención infantil con disponibilidad de agua esporádica y limitada ubicados en seis ciudades de Colombia, se asignó aleatoriamente a los participantes a usar

antisépticos a base de alcohol como complemento del lavado de las manos (grupo de intervención: 21 centros/794 niños) o a continuar llevando a cabo las prácticas de lavado de las manos habituales (grupo de referencia: 21 centros/ 933 niños). Los casos de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas fueron identificados mediante la notificación de los signos y síntomas de enfermedad por los maestros, se efectuó un seguimiento de los acontecimientos adversos, se obtuvieron las razones de riesgos instantáneos (hr) usando modelos de regresión multivariante de riesgos proporcionales de cox con fragilidad compartida.

Resultados: se alcanzó un total de 336.038 niños -días de vigilancia, la pérdida de contacto durante el seguimiento fue de 14,5%, durante el primer trimestre del estudio no hubo diferencias en las razones de riesgo para las enfermedades diarreicas agudas ni para las infecciones respiratorias agudas, en el segundo y tercer trimestres se encontraron disminuciones significativas del riesgo de enfermedades diarreicas agudas en el grupo de intervención en comparación con el grupo de referencia (hr = 0,55, $p < 0,001$ y hr = 0,44, $p < 0,001$, respectivamente). Para las infecciones respiratorias agudas se observaron disminuciones significativas del riesgo durante el segundo trimestre (hr = 0,80, $p < 0,05$) y el tercer trimestre (hr = 0,69, $p < 0,001$) del ensayo, no ocurrieron eventos adversos.

Conclusiones: los antisépticos para las manos a base de alcohol son eficaces para prevenir las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas y son seguros. Las políticas nacionales de salud pública de Colombia para la prevención de estas enfermedades deben incluir su uso, de manera especial en los ámbitos donde el lavado de las manos con agua y jabón está limitado por la disponibilidad de agua.

De los antecedentes investigativos se puede resumir que la EDA debe ser tratada de manera integral y el médico debe educar a la madre o cuidador del niño tanto en higiene, manipulación de alimentos, reconocimiento de signos de alarma, tratamiento en el hogar, hidratación, entre otros, para la detección, prevención de enfermedades y el mejoramiento de la calidad de atención.

2.2.-FUNDAMENTACION FILOSÓFICA

La presente investigación tiene un enfoque:

- Epistemológico: ya que la investigación irá estrechamente ligada con todo el conocimiento científico sobre EDA.
- Axiológico: ya que se realizará una interacción con la comunidad de madres para conocer las costumbres y conocimientos acerca del problema.

2.3.- FUNDAMENTACION LEGAL

2.3.1.- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA

Art 32.- “La Salud es un Derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

La prestación de los servicios de salud, se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 46.- “El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes”:

9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. (Asamblea Nacional, 2008).

2.3.2.- OBJETIVOS DEL MILENIO

En vista de que las ECNT, producen deterioro económico y del desarrollo social del individuo, la familia y el país, se menciona el objetivo 1, que tiene que ver con la pobreza con la finalidad de reflexionar la posibilidad de mejorar este determinante social con la prevención y control de las ECNT, si éstas fueran contempladas dentro de los Objetivos del Milenio.

Objetivo 4: Disminuir la mortalidad infantil. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años (ONU 2013).

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

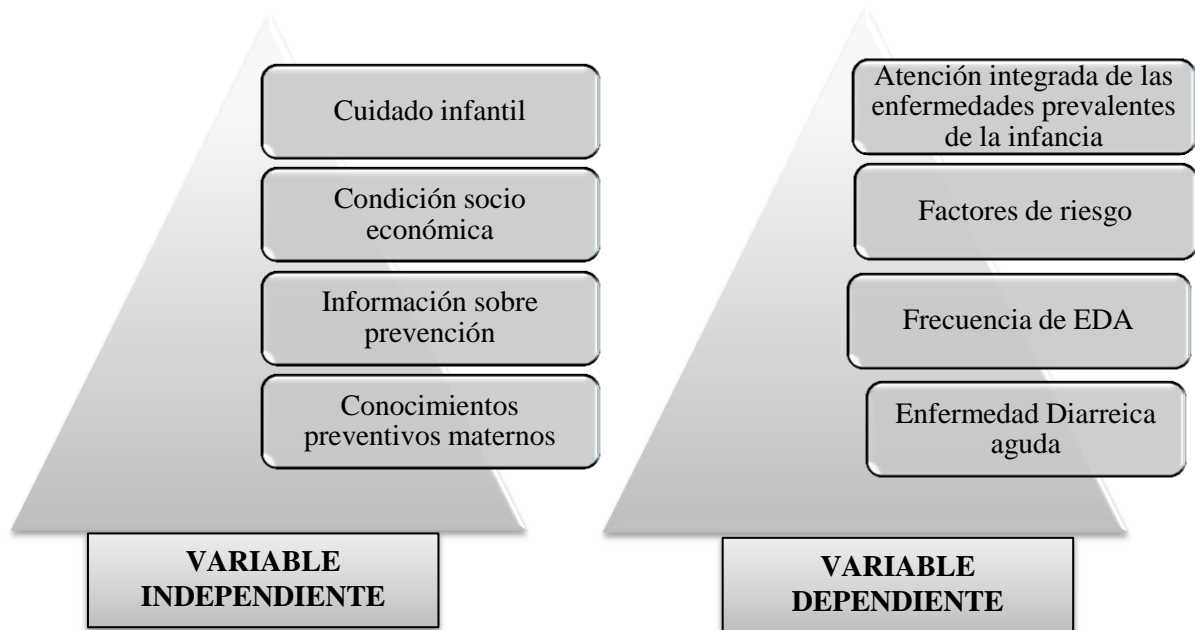


Gráfico 1. Categorías Fundamentales

2.4.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

DESARROLLO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

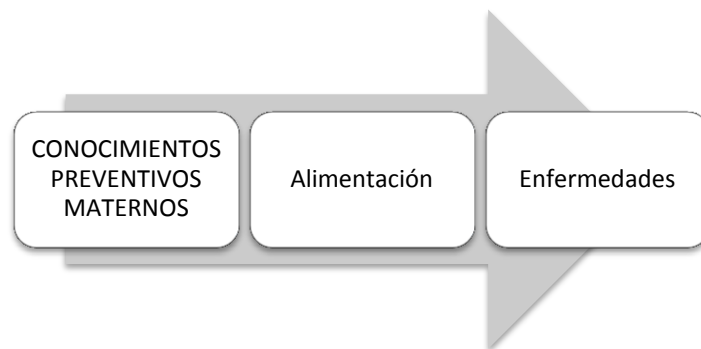


Gráfico 2. Variable Independiente

Conocimiento: Entendimiento, inteligencia, razón natural de aplicar algo con lógica.

Prevención: Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

Maternos: Pertenciente o relativo a la madre. (RAE, 2001)

La comunicación interpersonal entre las madres de los niños y los servidores de salud, es muy importante al momento de educar sobre prevenir, tratar, administrar medicamentos, etcétera. (OMS, Enfermedades diarreicas , 2013)

El estudio realizado en Bolivia sobre la evaluación de la estrategia AIEPI, muestra que 49% de las cuidadoras cuyos hijos tenían prescripción de medicamentos orales, recordaba cómo dar el tratamiento correcto (nombre del medicamento, dosis por vez, número de veces por día y duración del tratamiento). En lo que se refiere a los indicadores suplementarios de comunicación interpersonal, la proporción de madres o cuidadoras de niños que recibieron consejería sobre tratamiento en general no supera la mitad de la población y es mucho.

La aplicación de la sistematización AIEPI revela que el enfoque de la consulta es integral reflejando una evidente mejora cualitativa en la atención al menor de cinco años. Este enfoque ha permitido la identificación de enfermedades no reconocidas por la madre y habitualmente tampoco identificadas por el personal que hace tan solo "control de niño sano".

La evaluación AIEPI, al considerar aspectos importantes sobre organización de servicios, manejo de casos, comunicación interpersonal, consejería y disponibilidad de equipos, insumos y medicamentos, se constituye en una herramienta de apoyo a la mejora de la calidad de la atención al menor de 5 años en los servicios de salud ya que ofrece información objetiva sobre todos estos aspectos que están ligados al concepto de calidad. (Adalid E. , 1999)

Entre los factores protectores de la EDA esta la Lactancia Materna entre los primeros 6 meses de vida, los hábitos higiénicos adecuados, la conservación adecuada de los alimentos, hay estudios que han demostrado que con la aplicación de estas medidas se ha logrado reducir la mortalidad por EDA en un 55%; y que el saneamiento ambiental puede tener más impacto en la disminución de la prevalencia de la enfermedad diarreica. (Cáceres, 2005)

Taylor Emery, encontraron que un adecuado conocimiento de las madres permitió disminuir un 28% la mortalidad por diarrea en niños, lo que indica que hay que centrar la atención en educar a la población de madres (Taylor EM, 2003).

Es tan importante saber con qué conocimientos cuentan las madres, los cuidadores sobre la EDA, puesto que en varios estudios en México y España se ha encontrado una fuerte asociación entre la muerte por EDA y la falta de identificación de signos de peligro, por lo que se considera importante la intervención del personal de salud en este aspecto ya que resultará efectivo para disminuir la incidencia de esta enfermedad y sus complicaciones. (Delgado M, 2006)

DESARROLLO DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

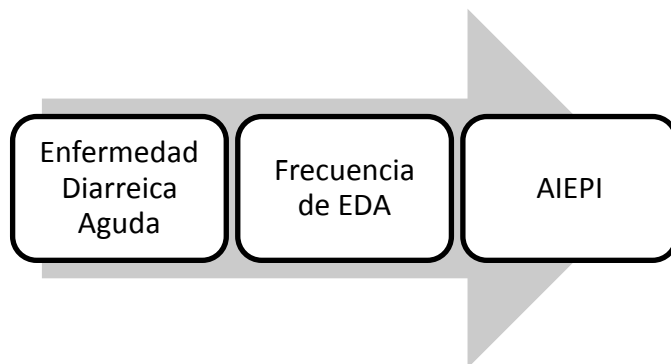


Gráfico 3. Variable Dependiente

Se define como diarrea la deposición, 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 un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. (OMS, Enfermedades diarreicas , 2013)

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas según OMS:

- La diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- La diarrea con sangre, también llamada diarrea disentérica o disentería; y
- La diarrea persistente, que dura 14 días o más.

Diarrea aguda líquida (incluyendo el cólera).

Su comienzo es abrupto y puede extenderse hasta los 13 días. Se presenta con evacuaciones líquidas o semilíquidas en número de tres o más, en diferente cantidad pero con tendencia, de acuerdo con la gravedad del cuadro, a constituirse en diarrea de alto gasto y por tanto muy deshidratante.

No hay evidencia de sangre, y se acompaña de manera frecuente de vómitos, irritabilidad, disminución progresiva del apetito y poca fiebre. Prácticamente todos los agentes etiológicos de la enfermedad la pueden ocasionar en cualquier momento de su evolución y en cualquier grado de compromiso, su consecuencia inmediata es la deshidratación.

Disentería.

Se tipifica por la presencia de sangre visible en las evacuaciones, acompañadas o no de moco y pus, con compromiso progresivo del estado general, estado febril, diferentes grados de toxicidad, y el niño puede en determinadas circunstancias presentar convulsiones y complicarse con el síndrome hemolítico urémico.

La Shigellosis (disentería bacilar) es la causante de la mayoría de las diarreas con sangre en niños. En cambio, en adultos jóvenes la causa más frecuente de disentería es la amebiasis. La Antibioticoterapia oportuna disminuye su gravedad y acorta la posibilidad de epidemias.

El síndrome disentérico con evacuaciones numerosas, de escasa cantidad, compuestas fundamentalmente de moco y sangre con poca materia fecal, casi siempre acompañadas de pujo, de tenesmo y de fiebre.

Diarrea persistente.

Se denomina en la actualidad así a la enfermedad diarreica que se prolonga por 14 días o más. En el pasado recibía diferentes nombres, como crónica, recurrente, aguda prolongada.

Se sabe que hasta un 5% de los niños afectados de diarrea la presentan. También se conoce que hasta un 20% de los episodios de diarrea corriente se tornan persistentes y que además es una muy importante causa de hospitalización, desnutrición y muerte. (OMS, Enfermedades Diarreicas, 2013)

Características epidemiológicas

Las enfermedades diarreicas agudas se encuentran entre las principales causas de muerte infantil en los países en desarrollo. Tanto la incidencia como el riesgo de mortalidad son más frecuentes en los niños de seis meses a dos años de edad.

Los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico que los que están bien nutridos. Además los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápido.

Durante las últimas tres décadas se ha logrado la disminución de la tasa de mortalidad, gracias a la distribución y uso generalizado de SRO, mayor frecuencia en la alimentación a pecho, mejor nutrición, mejor estado sanitario e higiene. (Argentina, 2011)

Transmisión de los agentes que causan diarrea.

La OMS estima que, en América Latina, cerca del 70% de los casos de diarrea son secundarios al consumo de alimentos contaminados.

Los agentes infecciosos productores de diarrea siguen la ruta fecal – oral (ano- mano- boca) como sería la ingestión de agua o alimentos contaminados con heces. Varios comportamientos específicos de las personas contribuyen a la propagación de los enteropatógenos y por consiguiente incrementan el riesgo de sufrir diarrea

Situaciones como la no lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida; el persistir con el uso del biberón en la alimentación de los niños; beber agua contaminada con materia fecal; y la mala higiene personal especialmente cuando se cuida niños, tanto en la manipulación de sus pañales como en el manejo de sus alimentos. (Pública, 2003)

Factores del hospedero que incrementan la susceptibilidad a las diarreas.

Son situaciones que se asocian a una mayor incidencia, duración y gravedad de la diarrea, teniendo así:

Factores socio económicos: hacinamiento, falta de acceso al agua potable, ineficiente sistema de eliminación de excretas, poca información, analfabetismo, desocupación.

Factores del huésped: niños menores de un año, inmunodeficiencia, la desnutrición, falta de alimentación con leche materna, uso de biberones. (Argentina, 2011)

Edad.

La consulta por diarrea es muy frecuente en niños menores de 5 años y muy especialmente en niños que están entre los 6 y 11 meses, porque éstos reflejan una serie de hechos que aumentan en ellos la posibilidad o riesgo de tener diarrea: disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, ablactación precoz con alimentos posiblemente contaminados, inicio del gateo que los pone en contacto con el suelo, y objetos llevados a la boca. (Durand, 1963)

Otros.

Otros factores que incrementan el riesgo de diarrea son el bajo peso al nacer, algunas enfermedades de base, enfermedades inmunosupresoras, entre otras. (Argentina, 2011)

Etiología.

En la actualidad las técnicas de laboratorio son muy adecuadas, para identificar los gérmenes hasta en un 80% de los casos en centros de atención y hasta en un 50% en casos de diarrea leve en la comunidad.

Se puede establecer que hay bacterias, virus y protozoos causantes de la enfermedad diarreica aguda.

Agentes infecciosos más comunes:

Bacterias: Shigella, Escherichia coli enterotóxica (ECET), Escherichia coli Enteropatógena (ECEP), Escherichia coli Enterohemorrágica (ECEH) y Campylobacter jejuni.

Virus: Rotavirus y adenovirus atípicos.

Protozoos: Giardia lamblia, Cryptosporidium.

Agentes infecciosos menos comunes:

Bacterias: Salmonella sp., Yersinia enterocolítica, Aeromonashidrophila, Escherichia coli enteroinvasiva (ECEI), Vibrio cholerae.

Virus: Virus pequeños, Astrovirus, Calicivirus.

Protozoos: Entamoeba histolytica.

Los enteropatógenos más frecuentes identificados en países en desarrollo son los Rotavirus, la ECET, la Shigella y el Campylobacter Jejuni. Salmonella, Vibrio parahemolítico, Vibrio cholerae muy rara vez se encuentran como causa de diarrea en lactantes”.

Se ha demostrado que mientras más bajos son los niveles de saneamiento e higiene personal mayor es la importancia relativa de las bacterias en la etiología de las diarreas, en comparación con los virus.

Se ha demostrado y observado que conforme mejora el desarrollo socioeconómico de los países con la disponibilidad de agua potable, la refrigeración doméstica y los medios adecuados para la distribución de desechos humanos y basuras, disminuye de manera considerable la incidencia de la diarrea de origen bacteriano. (Manrique, 2006)

Patogenia de la diarrea:

Durante el proceso de absorción y digestión de nutrientes el intestino delgado moviliza varios litros de líquido (absorción y secreción) y este proceso puede verse entorpecido porque tanto bacterias como virus y protozoarios tienen propiedades virulentas que a ello conducen.

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

- Adherencia a la superficie de la mucosa. Esto da por resultado el aplanamiento de la microvellosidad y la destrucción de la función celular normal. (Riverón, 2009)

Bacterias: adherencia a la mucosa, producción de toxinas que causan secreción intestinal, invasión a la mucosa, translocación seguida de multiplicación bacteriana en la lámina propia y en los ganglios mesentéricos, seguida por infección generalizada.

Virus: Los rotavirus se replican dentro de las células epiteliales maduras que están en la porción superficial de las vellosidades intestinales con lo cual producen destrucción celular como también acortamiento de ellas, con la característica muy especial y fundamental de que no se afecta toda la superficie de la mucosa sino que la hace “ en parches “ (mosaico), dejando áreas indemnes que son en realidad las que permiten en el tratamiento preventivo y en la rehidratación volver a situación normal de equilibrio entre la absorción y la secreción. Las células de las criptas cuya función es la secreción no son atacadas.

Las células destruidas son reemplazadas por células nuevas provenientes de las criptas: Todo esto mediante un proceso que puede ser favorecido por la presencia y acción de los componentes de las Sales de Rehidratación Oral (SRO).

Protozoarios: Las lesiones intestinales que ocasionan tienen que ver con adherencia e invasión a la mucosa. La Giardia lamblia y el Cryptosporidium se adhieren a la mucosa del epitelio intestinal delgado produciendo acortamiento de las vellosidades.

En cualquier, la diarrea se produce cuando es rebasada la capacidad de absorción del colon. Los lactantes de manera normal excretan de 5 a 10 gramos por kilo de heces diarias, de los cuales entre el 60 y el 95% es agua. En ciertas clases de infección (Rotavirus, ECET) la secreción del líquido a la luz intestinal puede aumentar hasta en 20 veces.

Desde el punto de vista osmolar existen dos grandes grupos:

Diarrea osmótica:

Se produce cuando hay componentes de la dieta que no se absorben (la lactosa, por ejemplo). Estos efectos se relacionan con la disminución de la superficie de absorción que producen infecciones como las ocasionadas por el rotavirus y algunas bacterias. Este tipo de diarreas cesan al dejar de comer.

Diarrea excretora:

Se presenta cuando el intestino continúa secretando agua y electrolitos; se relaciona muy posiblemente con la presencia de ciertas sustancias en el lumen intestinal que podrían designarse como secretagogos: algunos ejemplos serían las toxinas bacterianas, ciertos laxantes, alguna forma de sales biliares y ácidos grasos.

Este tipo de diarrea continúa, así se deje de comer.

Aspectos clínicos de la diarrea.

Cuando un paciente es llevado a consulta porque tiene diarrea, debe evaluarse con mucho cuidado antes de decidir su tratamiento. Un buen interrogatorio, explorando signos específicos, puede llegar a un diagnóstico operacional, de acción inmediata con un porcentaje alto de certeza.

Lo prioritario será definir algunos aspectos, así:

Estado de hidratación: Según la OMS y la estrategia AIEPI, es preciso preguntar sobre ciertas características que, de existir, ayudan a identificar a los pacientes que tienen mayor riesgo de deshidratarse o que ya esté comprometida su hidratación.

Hay que interrogar sobre el vómito, la fiebre, las características de las deposiciones en las últimas horas, la ingesta de alimentos, la recepción de líquidos, la presencia de otras personas con diarrea en la familia, la historia de

iguales episodios en el pasado inmediato del paciente, medicamentos suministrados, conocimiento del Suero Oral.

Deshidratación grave o con shock: Dos de los siguientes signos; letargia o inconsciencia, bebe mal o no puede beber, ojos hundidos, signo del pliegue cutáneo.

Deshidratación: Dos de los siguientes signos; intranquilo, irritable, ojos hundidos, bebe ávidamente, signo del pliegue cutáneo.

No tiene deshidratación: no hay signos suficientes para clasificar el caso como deshidratación.

Estado de nutrición: Un niño enfermo puede estar desnutrido pero no siempre se identifica el problema; cuando existe diarrea con desnutrición el riesgo de morir aumenta. Reconocer y tratar al niño desnutrido puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte.

Dos son las formas que adopta, en general, la desnutrición:

- La proteico- calórica que cuando es avanzada produce edemas.
- La marasmática que no se produce por déficit en el consumo calórico especialmente; es el niño emaciado, enflaquecido en forma notable.

Para establecer el estado de nutrición de un niño diarreico se debe establecer:

- Si hay emaciación visible.
- Verificar si hay edema en los pies.
- Determinar el peso para su edad.
- Determinar el peso para su talla.

Utilizando las gráficas de la NCHS (Servicio Nacional de Salud de los Estados Unidos) que ya son muy conocidas y aceptadas.

Patología agregada

Son varias las consideraciones que hay que hacer en este aspecto ya que no es infrecuente encontrar en la consulta por diarrea en niños la presencia de otra

enfermedad que de acuerdo a su gravedad o intensidad puede ensombrecer el pronóstico del manejo simple de la Enfermedad Diarreica; pueden obligar a cambiar el manejo sencillo domiciliario por una hospitalización.

Problemas quirúrgicos

El cuadro clínico de estas complicaciones se puede presentar en niños con diarrea aguda activa y casi siempre son, además, desnutridos. El cuadro diarreico se suspende de manera súbita y el abdomen se distiende en forma progresiva. El vómito cambia de características, de alimentario pasa a ser biliar o fecaloide. Resultado de la progresión de la diarrea aguda infecciosa hasta un grado de daño funcional y anatómico de la pared intestinal pudiendo llegarse a la necrosis y a la perforación. Las principales a tener en cuenta son: íleo paralítico, enterocolitis necrosante aguda, y la necrosis intestinal, síndrome de oclusión.

También es importante tener en cuenta el concepto de “diarrea parenteral” que no es aceptado universalmente pero que a su favor tiene autores de variada procedencia y que en el caso de la experiencia del autor ha permitido manejar con más precisión a muchos pacientes.

Se llama Diarrea Parenteral a aquel proceso diarreico que concomita con un foco infeccioso de localización claramente extraintestinal y no existen manifestaciones clínicas ni paraclínicas de autoría intestinal habitual. Tal es el caso de las diarreas que se presentan como síntoma inicial o único de infección como suele presentarse en la neumonía, en la sépsis, en la meningitis, en la otitis media, en la infección de vías urinarias y otras.

Diagnóstico.

Las enfermedades diarreicas comprenden un amplio espectro de síntomas y además pueden ser ocasionadas por una gran variedad de gérmenes.

Historia clínica

Una cuidadosa y detallada historia puede aumentar la posibilidad de acercamiento a una presunción de gravedad, y de situaciones ambientales y domiciliarias que darían factibilidad o dificultad en el seguimiento. Se debe preguntar sobre el

patrón y las características de las evacuaciones como el olor, el color, la cantidad, la frecuencia, la consistencia y la presencia de moco, sangre, residuos alimentarios.

Es importante preguntar por el tiempo de inicio por cuanto algunos microorganismos son de comienzo fulminante (*V. cholerae*, Rotavirus, Shigella) por lo que se hace de vital importancia comenzar temprano su tratamiento. Puede decirse de manera general que los gérmenes que producen diarrea son de evolución lenta.

La presencia de fiebre es buena utilidad diagnóstica: es frecuente en infecciones por Shigella y Salmonella typhi. El rotavirus produce fiebre elevada de inicio súbito. En cambio es variable y de poca intensidad cuando el agente es la ECEH.

Los microorganismos que producen toxinas casi nunca originan fiebre. La presencia de vómitos es importante tenerla en cuenta pues gérmenes como la Shigella y el Rotavirus los presentan al principio y desempeñan un papel importante en la producción de deshidratación.

El dolor abdominal tipo cólico se asocia con Salmonella typhi y con Campylobacter. En la giardiasis aparece el cólico con una frecuencia del 61%. Si el dolor aparece en forma de “retortijones” junto con evacuaciones escasas y con sangre o nulas debe considerarse un origen no infeccioso como la invaginación.

Tratamiento.

Las sales de rehidratación oral (SRO) con bajas concentraciones de glucosa y sal, y la administración de suplementos de zinc, permiten reducir drásticamente el número de muertes en la infancia.

Además de la prevención y el tratamiento de la deshidratación con líquidos apropiados, lactancia materna, alimentación constante y administración selectiva de antibióticos, los nuevos métodos no solo reducen la duración y la gravedad de

los episodios diarreicos, sino también su frecuencia. El papel de las familias y las comunidades es decisivo para alcanzar los objetivos establecidos en relación con el tratamiento de la enfermedad, ya que pueden incorporar las nuevas recomendaciones en las prácticas habituales de los hogares y los establecimientos sanitarios. (OMS U. , 2004)

El manejo de los casos de enfermedades diarreicas se basa en tres planes generales de tratamiento:

Plan A: Para pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación con atención en el hogar. Se debe enseñar a los padres o cuidadores las tres reglas del tratamiento en casa:

1. Darle más líquidos
2. Continuar alimentándole
3. Cuándo regresar

1. Darle más líquidos (todo lo que el niño acepte)

- Darle el seno con más frecuencia, durante más tiempo cada vez.
- Si el niño se alimenta sólo de LM, darle además SRO.
- Si el niño no se alimenta exclusivamente de LM, darle además líquidos caseros y SRO.

Es importante dar SRO en casa si:

- El niño recibió tratamiento de plan B o C
- El niño no puede volver a un servicio de salud y la diarrea continúa o empeora

Enseñar a los padres o cuidadores a preparar y dar SRO en casa

Mostrar a los padres o cuidadores la cantidad de líquidos adicionales que debe darle al niño después de cada deposición diarreica

Menores de 2 años	50 a 100 ml
Mayores de 2 años	100 a 200 ml

- Administrar con frecuencia pequeños sorbos de líquido en taza y con cuchara.
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lento.
- Continuar dando más líquido hasta que la diarrea pare.

2. Continuar con la alimentación habitual, de manera fraccionada

3. Cuándo regresar

- Cuando no puede beber ni tomar el seno
- Empeora
- Tiene Fiebre
- Sangre en las heces.

Plan B: Tratar la deshidratación con SRO. Administrar durante cuatro horas, en el servicio de salud la cantidad recomendada de SRO.

Determinar la cantidad de SRO que deberá administrar en las primeras 4 horas.

EDAD	< 4 MESES	4 A 11 MESES	12 MESES A < 2 AÑOS	2 A 5 AÑOS
Peso	< 6 Kg	6 - < 10 Kg	10 - < 10 Kg	12 – 19 Kg
ML	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 – 1400

Tabla 1. Edad y SRO

La cantidad aproximada de SRO necesaria en ml también puede calcularse multiplicando el peso del niño (Kg) por 75 (dar 50 a 100 ml/Kg/4 horas)

- Si el niño quiere más SRO que lo indicado, darle más.
- Verificar la ingesta de SRO mientras el niño permanece en el servicio de salud.

Mostrar a los padres o cuidadores la cantidad de líquidos adicionales que debe darle al niño después de cada deposición diarreica

- Administrar con frecuencia pequeños sorbos de líquido en taza y con cuchara.
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lento.
- Continuar dándole el seno siempre que el niño lo desee.

Cuatro horas después

- Reevaluar al niño y clasificar la deshidratación
- Seleccionar el plan adecuado para continuar el tratamiento
- Comenzar a alimentar al niño según tolerancia.

Si los padres o cuidadores tienen que irse antes de terminar la administración del tratamiento

- Enseñarles a preparar el SRO en casa
- Mostrarles la cantidad que deben administrar para terminar las 4 horas
- Entregar los suficientes sobres de SRO para terminar la rehidratación
- Entregar dos sobres de SRO como se recomienda en el plan A
- Explicar las tres reglas del tratamiento en casa.

1. Darle más líquidos
2. Continuar alimentándole
3. Cuándo regresar

Plan C: Para pacientes con deshidratación grave, choque hipovolémico por deshidratación:

Inicie de inmediato la administración de líquidos por vía intravenosa.

Está en capacidad de administrar de inmediato líquidos por vía intravenosa (IV).

SI Comenzar a dar líquidos de inmediato por vía IV. Si el niño puede beber, darle SRO por vía oral mientras se prepara el equipo de venoclisis. Dar 100 mg/Kg de lactato Ringer (si no hubiera administrar solución salina) de la siguiente manera:

Dar inicialmente 50 mg/kg en	Dar inicialmente 50 mg/kg en
1 hora	2 horas

Tabla 2. Administración de hidratación IV

- Evaluar al niño cada hora, si la deshidratación no mejora aumentar la velocidad del goteo IV
- Dar también SRO apenas pueda beber
- Al cabo de tres horas, clasificar la deshidratación y seleccionar el plan adecuado para continuar

Si **NO** está en capacidad de administrar líquidos por vía intravenosa (IV). Se debe referir **URGENTEMENTE** a un lugar cerca (30 minutos), para que reciba tratamiento IV. Si el niño puede beber darle SRO a la madre e indicarle como administrar en el trayecto.

Cuando no hay un lugar cerca, se puede usar **SNG** para la rehidratación con SRO, dar 20 ml/kg/hora durante 6 horas (total = 120 ml/kg)

- Evaluar al niño cada hora.
- Si vomita varias veces o presenta distensión abdominal, dar el líquido más lentamente.
- Si la hidratación no mejora al cabo de tres horas, referirlo para que reciba tratamiento IV.

Reevaluar al niño 6 horas después. Clasificar la hidratación y seleccionar el plan adecuado para continuar el tratamiento.

Nota: si es posible , observar al niño por lo menos durante 6 horas después de la rehidratación a fin de cerciorarse que la madre pueda mantener al hijo bien hidratado dándole SRO por vía oral. (AIEPI, 2004)

Pregunte	A	B	C
Sed	Normal	Más de lo normal	Bebe mal o no puede beber
Observe			
Aspecto	Alerta	Intranquilo, Irritable	Letárgica
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos
¿Cómo bebe?	Bebe bien	Bebe ávidamente, con sed	Bebe mal o no puede beber
Explore			
Signo del pliegue	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente, > 2”
Decida	No tiene signos de Deshidratación	Si tiene dos o más signos, tiene algún grado de deshidratación	Si tiene dos más signos, tiene deshidratación grave
Tratar	Plan A	Plan B	Plan C*

Tabla 3. Signos según el grado de Deshidratación

Ventajas de la Terapia de Rehidratación Oral.

Las SRO y la terapia de rehidratación oral (TRO) propuesta por UNICEF y OMS a finales de los años 70, han permitido manejar con eficacia la diarrea aguda. En la década de los 90 a nivel mundial fue posible evitar más de un millón de muertes anuales de niñas y niños menores de 5 años relacionadas con esta enfermedad.

La TRO está indicada para prevenir la deshidratación, rehidratar y mantener el estado de hidratación independientemente de la edad del paciente, del agente etiológico o los valores iniciales de sodio sérico, a través de la administración por vía oral de mezclas estandarizadas de sales y carbohidratos disueltos en agua.

El 95 % de los pacientes deshidratados por diarrea, puede hidratarse con TRO.

- Debe existir la participación activa de la madre en el tratamiento del niño.
- Disminuye la tasa de letalidad intrahospitalaria por diarrea, entre un 40 a un 50%.
- Disminuye un 60 % las admisiones hospitalarias, reduciendo los costos hospitalarios hasta un 80 %.
- Disminuye la mortalidad por diarrea y el número de visitas del niño al hospital.
- Al mejorar el manejo de la hidratación y la alimentación del niño con diarrea, se evita la desnutrición, que por lo general acompaña a estos casos.
- Es un procedimiento sencillo, fácil de aplicar, por lo que cualquier persona puede ser entrenada para su uso. (Materán, 2009)

Enseñar a la madre a reconocer los signos de deshidratación.

¿Cuándo consultar?

Evacuaciones líquidas muy abundantes y frecuentes.

- Sangre en las heces.
- Vómitos a repetición, más de 4 en una hora.
- Signos de deshidratación, como sed intensa.
- Come o bebe poco.
- Fiebre

El Zinc, es útil en más de 300 funciones biológicas y provoca efectos en varios sistemas incluyendo el tracto gastrointestinal. El requerimiento diario de Zinc es de 2 a 10 mg/día, se encuentra en la leche materna, en las fórmulas lácteas, carnes, pescado, mariscos, huevos, frutos secos, semillas, cereales fortificados. Este importante micronutriente se depleta cuando hay diarrea.

Mecanismo del Zinc en la Diarrea aguda: induce un efecto terapéutico mediante la estimulación de la absorción de agua y electrolitos a través de la mucosa intestinal, impidiendo así la atrofia de las vellosidades y una mejoría de la inmunidad general. También actúa como bloqueador de los canales de potasio, e inhibe la secreción de cloro mediada por la AMPc pero no de la GMPc de los enterocitos humanos, por lo tanto, los suplementos de zinc pueden reducir la gravedad y la duración del episodio diarreico.

También produce un efecto pro absorbente en el transporte de iones en condiciones basales, e inhibe las principales vías intracelulares de la secreción intestinal de iones que intervienen en la diarrea aguda por interacción directa con los enterocitos, es decir, interviene en las principales vías intracelulares de la secreción intestinal de iones que están involucradas en la diarrea. (Germán E, 2012)

Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

Una serie de tecnologías y métodos para lograr el cuidado integral desde antes del nacimiento, el manejo de las patologías más frecuentes, y que además enfoca aspectos relativos al crecimiento y desarrollo saludables y evalúa la posibilidad de maltrato infantil en los niños/niñas menores de cinco años de edad, y cuyo “objetivo es reducir la mortalidad infantil y preescolar”. (AIEPI, 2004)

El contexto de la salud infantil.

Para poder intervenir en un determinado problema de salud, es necesario comprender la realidad social compleja y diversa. Su conocimiento y las acciones de salud deben contextualizarse considerando las historias y experiencias de vida particulares, en contextos y momentos históricos diferentes.

Así, la experiencia cotidiana de las personas, su modo de vivir la vida, de pensarla, es central en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Esto justifica que el conocimiento y las acciones en el campo de la salud, se realicen a partir de un acercamiento, un diálogo que ayude a construir nuevas oportunidades conjuntamente con las personas, familias y comunidades y no solo desde la óptica de los trabajadores de la salud.

Desde el punto de vista teórico se tiene como base la salud como proceso socio-biológico y no como fenómeno únicamente biológico. El fenómeno social incorpora “las condiciones de vida de cada grupo de población”, a las cuales se suman el trabajo y supervivencia. Estas condiciones son la forma particular de participación de los grupos en la reproducción general de la sociedad y en la estructura de producción.

Las condiciones de vida y de trabajo traducen las dimensiones económicas, ecológica, de conciencia y de conducta con las cuales interactúa la dimensión biológica del ser humano. En estas mismas condiciones operan las acciones sociales y los servicios de salud y bienestar. (AIEPI, 2004)

La salud es un producto de procesos de fortalecimiento y desgaste del cuerpo que se manifiesta en los individuos como percepción relativa de bienestar físico, mental y espiritual y se concibe como proceso que cambia en función de las condiciones de vida y trabajo de las personas y las familias, en consecuencia, la salud no se vive de igual manera por todos y hay maneras diferentes de enfermar

y morir, condicionadas por la desigualdad en el acceso a la alimentación, actividad, vivienda, vestido, seguridad, descanso y afecto, así como la realización personal, las posibilidades de educación y de participación ciudadana.

La salud de las personas en general, y la de las niñas y niños en particular, es un derecho humano inalienable, puesto en evidencia en la Convención sobre los Derechos del Niño (Resolución 44/25, Naciones Unidas, Ginebra, noviembre 1989) y ratificado como tal en los instrumentos legales de cada país. Esto supone ser obligatorio y su vigilancia y exigencia constantes. Pero, la realidad muestra que no ocurre de esta manera.

La combinación de la experiencia con las lecciones aprendidas en el desarrollo de acciones a favor de la infancia y la necesidad de profundizar y ampliar las acciones para facilitar y mejorar la calidad de atención a la niña y niño, permitió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), desarrollar una estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).

La estrategia se diseñó como una herramienta que permite la atención de las niñas y niños en forma integrada, haciendo énfasis en los problemas más graves y comunes que afectan su salud.

Antecedentes.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos.

De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención.

Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad.

Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente la afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas.

La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil. (AIEPI, 2004) (OMS U. , 2004)

Aspectos legales de la estrategia AIEPI.

Se asegura la necesaria y oportuna atención a los recién nacidos y niños menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), y sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Las actividades de la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), deben registrarse en los formularios MSP. HCU – FORM. AIEPI 01\02 o en el AIEPI 02\02 (Guía de Registro para la atención de los niños \ as de 1 semana a 2 meses y de 2 meses a 4 años)

Objetivos y metas.

1. Reducir la mortalidad en la infancia.
2. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas.
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas.

En la Región de las Américas, OPS ha propuesto una meta específica para la implementación y fortalecimiento de la estrategia AIEPI, que fue lanzada en 1999 como la iniciativa Niños Sanos: la Meta de 2002, que propone reducir en 100.000 el número de muertes de menores de cinco años del continente americano durante el período 1999-2002.

Componentes.

La implementación de la estrategia AIEPI tiene tres componentes:

1. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).
2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).
3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).

Para mejorar el desempeño del personal de salud AIEPI brinda un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación sobre los cuadros.
- Guías para el seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI.
- Materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables. (OPS, 2010)

Para mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, AIEPI también dispone de un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.
- Materiales de capacitación para la elaboración de planes locales para implementación, seguimiento y evaluación de AIEPI.
- Curso de capacitación para mejorar la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI.
- Protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI.
- Guías para la evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI.

Para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres respecto del cuidado y atención de los menores de cinco años, AIEPI dispone de distintos instrumentos prácticos, entre los que pueden mencionarse:

- Dieciséis prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables.
- Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI.
- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia. (OPS, 2010)

Contenidos.

La estrategia se ha ido ampliando y en la actualidad se está finalizando la elaboración de cuadros complementarios para la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan a los menores de cinco años. De este modo, AIEPI incluye los siguientes contenidos:

2 meses a 4 años	1 semana a 2 meses
<ul style="list-style-type: none">• Signos inespecíficos de enfermedades graves.• Tos o dificultad para respirar.• Diarrea:<ul style="list-style-type: none">○ Deshidratación.○ Diarrea persistente.○ Disentería.• Fiebre:<ul style="list-style-type: none">○ Malaria.○ Sarampión.• Desnutrición y anemia.• Estado de vacunación.	<ul style="list-style-type: none">• Signos inespecíficos de enfermedad grave.• Diarrea:<ul style="list-style-type: none">○ Deshidratación.○ Diarrea persistente.○ Disentería.• Problemas de alimentación o bajo peso.• Estado de vacunación.

Tabla 4. Atención salud según AIEPI

Situación actual.

La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que casi el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre éstas, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas esenciales de mortalidad.

La información disponible sobre enfermedades durante los primeros cinco años de vida también muestran que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo la principal razón para la pérdida de la condición de salud, y por esta razón resultan determinantes en cuanto a las posibilidades de crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas desde que nacen y hasta los cinco años de edad.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez, pueden ser prevenidas o efectivamente tratadas mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en el hogar y la comunidad. (OPS, 2010)

Avances regionales.

Hasta fines de 2001, diecisiete países de América Latina y el Caribe habían adoptado e implementado la estrategia AIEPI—Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. En estos países, se concentra el 52% de la población menor de cinco años del continente; pero en ellos ocurre el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad.

Otros países participaron en la implementación de AIEPI, contribuyendo con modelos de atención ya en ejecución, tomando parte del proceso de diseño e incorporación de nuevos componentes, y analizando la contribución que AIEPI puede realizar a las acciones ya existentes para la atención y cuidado de la infancia y la niñez.

Todos los países se adhirieron a la iniciativa "Niños Sanos: la Meta de 2002" (lanzamiento oficial de la iniciativa, diciembre 1 de 1999); y en 10 de ellos, se realizaron lanzamientos nacionales y locales con el fin de fomentar la participación institucional y comunitaria para acelerar la velocidad de descenso de la mortalidad, mediante la aplicación de la estrategia AIEPI. (AIEPI, 2004)

En todos los países que adoptaron la estrategia AIEPI se elaboraron planes para enfocar la implementación hacia aquellas áreas y grupos de población más vulnerables, tomando como base para esto los niveles de mortalidad infantil.

La implementación de los planes mostró notables avances en la capacitación del personal de los servicios de salud para ponerlos en condiciones de aplicar los procedimientos que establece la misma para la atención de los menores de cinco años. El número de personal capacitado fue aumentando gracias a un mecanismo de capacitación regional, nacional y local. (OPS, 2010)

2.5.-HIPÓTESIS

Los conocimientos preventivos maternos permiten la aplicación de medidas adecuadas en enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de 5 años de la comunidad de Anchiliví del cantón Salcedo

2.5.1. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable Independiente: Conocimientos preventivos maternos

Variable Dependiente: Enfermedad diarreica aguda

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.- ENFOQUE

Predominantemente cuantitativo porque busca la causa de los hechos que estudia, tiene un enfoque universalista, y hace énfasis en el resultado final.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presenta la siguiente modalidad:

- **De Campo.-** La investigación se basa en datos reales recopilados de las encuestas realizadas a madres con hijos menores de 5 años de edad, de la comunidad de Anchiliví cantón Salcedo.
- **Documental.-** Se necesita buscar, la incidencia de enfermedad diarreica aguda, como también determinar qué medidas preventivas y prácticas conocen las madres.

3.3. NIVEL INVESTIGACIÓN

- **Transversal.-** Realizaremos un estudio de rápida ejecución y fácil control en un corto periodo de tiempo.
- **Explicativa.-** La investigación está destinada a encontrar la relación entre el conocimiento de medidas preventivas y EDA

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Estará conformada por madres con hijos menores de cinco años que pertenecen a la comunidad de Anchiliví cantón Salcedo

Se encuestó a todas las madres de niños menores de 5 años que viven en la comunidad de Anchiliví, guiándonos en las fichas familiares realizadas hace 1 año, se pudo conocer que existen 170 madres en esta población.

3.4.1. Criterios De Inclusión

1. Madres con hijos menores de 5 años de edad.
2. Niños con EDA con Deshidratación o sin ella.

3.4.2.-Criterios De Exclusión

1. Niños con anomalías congénitas
2. Madres con algún tipo de discapacidad
3. Madres que no deseen responder la encuesta

3.4.3. Aspectos éticos

Durante la investigación se guardó total confidencialidad y anonimato de las madres que fueron encuestadas para la investigación.

3.5.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 Variable Independiente: Conocimiento de medidas preventivas

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
<p>Conocimiento</p> <p>Entendimiento razón natural de aplicar algo con lógica.</p> <p>Hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto.</p>	Características demográficas.	<p>Edad de la madre.</p> <p>Nivel de educación.</p> <p>Estado civil</p> <p>Ocupación</p>	<p>¿Qué características socio - demográficas presentan las madres?</p>	Encuestas
	Información adquirida	<p>Acceso a servicios de salud.</p> <p>Controles médicos</p> <p>Conocimientos científicos.</p> <p>Conocimientos ancestrales.</p>	<p>¿Presenta facilidades de acceso a los servicios de salud?</p> <p>¿Cuántas ocasiones realizan control médico en sus hijos?</p> <p>¿Qué conocimientos científicos poseen sobre prevención de EDA?</p> <p>¿Qué conocimientos ancestrales poseen sobre prevención de EDA?</p>	Encuestas

3.5.1 Variable Dependiente: Enfermedad diarreica aguda

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
<p>Enfermedad gastrointestinal que se manifiesta con un aumento en la frecuencia (número y cantidad) de deposiciones al día, cuyo contenido de agua es mayor de lo normal, desencadenada por varios factores de riesgo.</p>	<p>Frecuencia de EDA</p>	<p>Ocasiones de presentación al año</p>	<p>¿Cuántas veces al año el niño presenta EDA?</p>	<p>Encuesta</p>
	<p>Factores de riesgo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene personal, alimentos. 2. Prácticas de LM. 3. Esquema de vacunación. 4. Falta de capacitación a los padres de familia. 	<p>¿Qué factores de riesgo presenta la población?</p>	<p>Encuestas</p>

3.6-PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.6.1.-RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos y previa autorización del coordinador de los diferentes sub centros de salud del cantón Salcedo, se procedió a la recolección de la información mediante encuestas.

3.6.2.-PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se siguieron los siguientes pasos:

1. Se procedió a revisar los instrumentos para garantizar que estaban llenados de manera adecuada.
2. Se ingresó los datos obtenidos en las encuestas aplicadas a EPI Info 7, y se realizaron los gráficos de los mismos en Excel, considerando las variables estudiadas.
3. Se realizó análisis descriptivo de los datos calculando proporciones.
4. Se elaboraron gráficas y tablas, para una mejor interpretación y análisis de los datos
5. Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente), que no influye significativamente en los análisis
6. Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

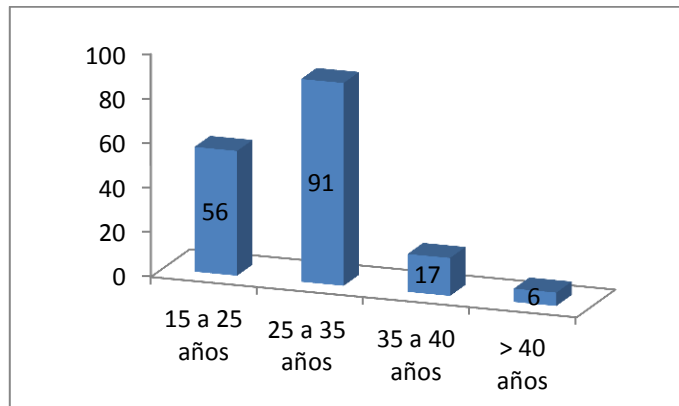
CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO ECONÓMICAS

4.1.1. EDAD

Gráfico 4. Edad de las madres de niños menores de 5 años. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013



Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

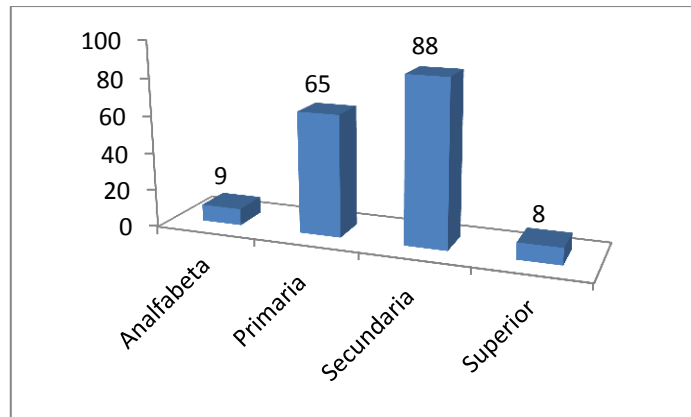
En el gráfico 4, se presenta la población de madres que fue investigada en la comunidad de Anchiliví, siendo un total de 170 madres distribuida por edades. De dicha muestra, 144 madres son jóvenes, 2 adolescentes y 24 adultas

Para los análisis posteriores se establecieron dos grupos de edad:

- Jóvenes: madres entre 15 – 34 años (146)
- Adultas: madres mayores de 35 años (24)

4.1.2 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Gráfico 5. Nivel de instrucción de las madres. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013



Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Según el nivel de instrucción, (Gráfico 5), nueve madres, (5,29%) son analfabetas, el resto tiene algún grado de instrucción o educación, así: 65 madres acudieron a la primaria de las cuales 18 madres no la completaron. En conjunto, las madres analfabetas y con primaria incompleta (27 madres) constituyen el 15,8% de la muestra investigada, lo cual tiene implicaciones en los cuidados y atención que se da a los niños sanos y enfermos en el propio hogar, pues se sabe que a mayor educación materna, se espera que sean mejores son las condiciones de los cuidados y la aplicación de las recomendaciones que se realizan desde los servicios de salud en todos sus niveles de atención.

Es importante, señalar que el 51.7% de las madres (88 madres) ingresaron a la secundaria de las cuales 52 lograron el Bachillerato, y 36 estudiaron la secundaria sin terminarla.

4.1.3 EDAD - INSTRUCCIÓN

Tabla 5. Relación entre la edad de la madre y el nivel de instrucción. Anchiliví – Salcedo. Octubre 2013

Edad materna	Nivel de Instrucción			
	Analfabeta		Instruida	
	Nº	%	Nº	%
Joven	3	2,05	143	97,95
Adulta	6	25,00	18	94,71

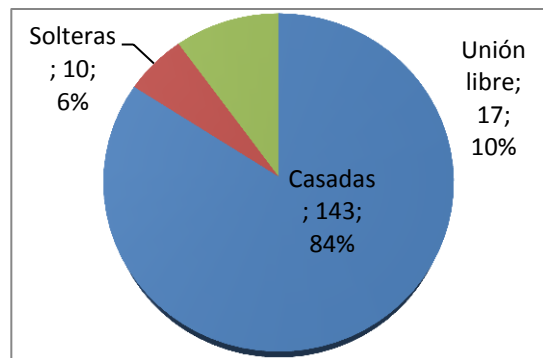
Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Al comparar la edad con el nivel de instrucción de las madres se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres jóvenes y adultas, $p=0,0000$.

4.1.4 ESTADO CIVIL

Gráfico 6. Distribución según el estado civil de las madres. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013



Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

En el Gráfico 6, se muestra que en conjunto, el 94% de las madres son casadas o tiene unión libre.

4.1.5 OCUPACIÓN

En cuanto a la ocupación, se observó una gran diversidad de estas; sin embargo, para fines de análisis se establecieron dos categorías principales: madres que trabajan o permanecen en el hogar y madres que trabajan fuera del mismo, ya que se considera que en el primer caso existen ventajas para el cuidado de los menores

Tabla 6. Relación entre la edad materna y el lugar de trabajo de las madres. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013

Edad materna	Lugar de Trabajo			
	Fuera Hogar		Hogar	
	Nº	%	Nº	%
Joven	32	21,92	114	78,08
Adulta	9	37,50	15	62,50

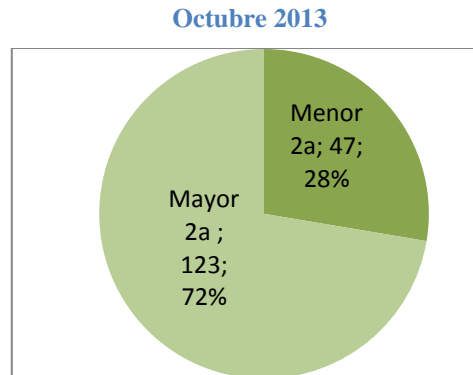
Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

En la tabla 6, se puede observar que 41 madres trabajan fuera del hogar en distintas ocupaciones lo que nos indica que ellas no cuidan de sus hijos durante el día, pero el mayor porcentaje se dedican a trabajos dentro del hogar como, los quehaceres domésticos y la agricultura. Sin embargo, al comparar la edad de las madres con el lugar de trabajo, no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,098$). En los casos en que los niños no son cuidados por sus madres, no debe olvidarse la importancia de identificar y educar a los cuidadores de los niños, ya que la relación entre profesionales y cuidadores, surge como el punto central sobre prevención, promoción y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la infancia. (Vania, 2011)

4.1.6 EDAD DE LOS NIÑOS

Gráfico 7. Distribución según la edad de los niños menores de 5 años Anchiliví – Salcedo



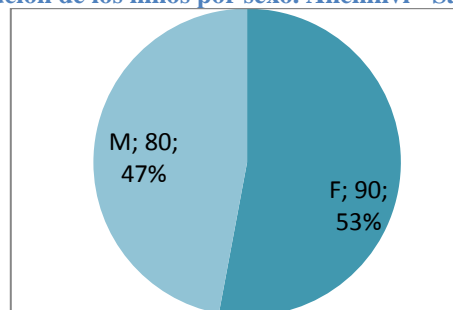
Fuente: Encuesta Elaboración: I. Camacho

En el gráfico 7, se muestra la distribución porcentual de los niños por edad, donde se obtuvo un total de 170 niños menores de 5 años. Notándose que 47 niños, que corresponden al 28% están entre las edades de 0 a 2 años, son quienes necesitan mayores cuidados por parte de sus madres, ya que es más fácil que se presenten las complicaciones en niños de esta edad. Según la Secretaría de Salud Mexicana, el riesgo de deshidratación es cinco veces mayor en lactantes. (Sandoval, 2008).

Al comparar el lugar de trabajo de las madres con la edad de los niños, se observó $p=0,0231$ es decir, existen diferencias estadísticamente significativas.

4.1.7 SEXO

Gráfico 8. Distribución de los niños por sexo. Anchiliví - Salcedo. Octubre 2013

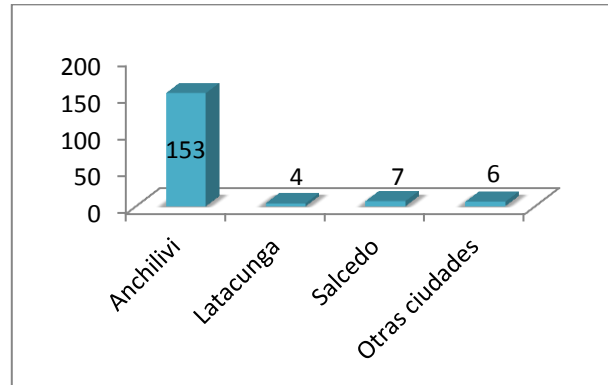


Fuente: Encuesta Elaboración: I. Camacho

En el gráfico 8, se muestra la distribución de los niños menores de 5 años según sexo, la mayoría corresponden a las niñas, en un 53%.

4.1.8 LUGAR DE PROCEDENCIA

Gráfico 9. Distribución según el lugar de Procedencia de las madres. Anchilivi – Salcedo Octubre 2013



Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

En el gráfico 9, se muestra el lugar de procedencia de las madres, 153 de ellas son de la comunidad de Anchilivi, es decir pertenecen al área rural, 7 proceden del cantón Salcedo, 4 madres son de Latacunga, todas pertenecen a la provincia de Cotopaxi. 6 madres proceden de otras ciudades y provincias del Ecuador.

4.1.9 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El 100% de las madres manifestaron tener acceso a los servicios de salud, y es por medio de este que se captó a la población investigada. Esto se explica porque en las unidades de salud de la Red Pública se aplican todos los programas de atención dirigidos fundamentalmente a la población materna e infantil del país, lo cual ha sido reconocido por la población.

4.2 CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE HIGIENE

La higiene corresponde a los cuidados que se tiene en los hogares relacionados con el aseo de las manos y el aseo corporal, así como el aseo de los alimentos, aspectos clave en la prevención de las enfermedades infecciosas en general y de la enfermedad diarreica en particular

4.2.1 ASEO DE MANOS – ALIMENTOS

El aseo de las manos es una práctica sistemática, presente en las madres participantes en la investigación. Sin embargo, preocupa que un poco más de una de cada 5 madres lo realicen en forma irregular

Tabla 7. Relación entre el aseo de manos – alimentos y la edad materna. Anchiliví - Salcedo Octubre 2013

Edad materna	Aseo de manos - alimentos			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Joven	121	82,88	25	17,12
Adulta	11	45,83	13	54,17

Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Se comparó la edad materna con el hábito de aseo de las manos y alimentos, encontrando que las madres jóvenes tienen mejores hábitos higiénicos, obteniendo diferencias estadísticamente significativas $p= 0,00005$.

La literatura mundial ha demostrado estas relaciones, lo cual ha dado lugar a que organismos internacionales como la OMS - OPS desarrollen un importante trabajo respecto al lavado de manos y alimentos como acción esencial en la vida diaria de las personas y por lo mismo como una medida preventiva de bajo costo y alto impacto en salud, a condición de que se la realice en forma continua, adecuando las estrategias según los recursos disponibles en los hogares y comunidades. (OMS Acción, 2008) (OMS O. , 2012)

Tabla 8. Relación entre el aseo de manos – alimentos y el nivel de instrucción materna. Anchilivi - Salcedo Octubre 2013

Nivel de instrucción	Aseo de manos - alimentos			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Analfabetas	3	33,33	6	66,67
Instruidas	109	67,70	52	32,30

Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Al comparar el nivel educativo de las madres con la higiene de las manos y alimentos se observó que las madres con algún grado de instrucción tienen mayor porcentaje de higiene, siendo esta diferencia estadísticamente significativa $p= 0,0343$, lo que demuestra la importancia de la educación materna en la prevención de las enfermedades infecciosas y de la diarrea en particular. El lavado de manos de las madres disminuye la incidencia de diarrea infantil. (Ritvik, 2010)

Una revisión sistemática en 2005 de la OMS permitió concluir que los episodios diarreicos se reducen un 45 % por medio del lavado de manos. (OMS L. c., 2007)

4.2.2 CUIDADOS CON EL AGUA DE CONSUMO HUMANO

En la comunidad de Anchilivi, se dispone de agua potable de red pública, una pequeña parte de la población no dispone de ésta, la cual se somete a procesos de cloración, lo que se realiza cada 2 semanas, a cargo de trabajadores del municipio de Salcedo.

Tabla 9. Relación entre la edad materna y el uso del agua de la llave para beber Anchilivi – Salcedo Octubre 2013

Edad materna	Uso del agua			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Joven	124	84,93	22	15,07
Adulta	15	62,50	9	37,50

Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Al indagar a las madres sobre la frecuencia con la que utilizan el agua de la llave directamente para beber en sus hogares, se observó que 139 madres manifiestan que nunca lo hacen, pues por lo general la hierven antes de ingerirla, esta es una medida preventiva importante si se toma en cuenta que la OMS estima que el 94 % de los casos de diarrea podrían evitarse a través de modificaciones del medio, como son las intervenciones para aumentar la disponibilidad de agua salubre y mejorar el saneamiento y la higiene. (OMS L. c., 2007)

Según edad, hay mayor número de madres jóvenes que eligen esta opción, (que es correcta) para consumir el agua, siendo estas diferencias estadísticamente significativas $p=0,0083$.

Tabla 10. Relación entre el nivel de instrucción materna y el uso del agua de la llave para beber Anchilivi – Salcedo Octubre 2013

Nivel de Instrucción	Uso del agua			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	3	33,33	6	66,67
Instruida	116	72,05	45	27,95

Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Al comparar el nivel de instrucción con el uso del agua de la llave directamente para beber, se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en la elección entre mujeres analfabetas y aquellas que tiene algún grado de educación $p=0,0136$

Si se recuerda que las mujeres jóvenes, a la vez tienen mejor nivel educativo que las madres adultas, se explica que sus conocimientos estén influyendo en estas prácticas preventivas. Sin embargo, en este grupo de edad, una de cada cinco madres trabajan fuera del hogar, lo que no garantiza que los cuidadores de los niños tengan estas mismas prácticas preventivas, aspecto que si bien no se abordó en esta investigación, conviene considerarla a futuro a través de nuevos estudios sobre estos temas.

4.2.3 HIGIENE CORPORAL DEL NIÑO

Entre las prácticas de higiene corporal de los niños, una recomendación importante es el baño, pues retira las impurezas y protege la piel y demás órganos de posibles agentes nocivos. Según tratados de puericultura a los niños se los debe bañar al menos 3 veces por semana (OMS, Un entorno sano para niños sanos, 2010)

Tabla 11. Relación entre la edad materna y la frecuencia de baño a sus niños. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013

Edad materna	Frecuencia del Baño			
	Adecuado		Inadecuado	
	Nº	%	Nº	%
Joven	94	64,38	52	35,62
Adulta	16	66,67	8	33,33

Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

En la investigación se estableció que las madres tanto jóvenes como adultas tienen adecuados hábitos de higiene corporal (baño) de los niños, que se pueden considerar como buenos y aceptables (baño diario y tres veces en la semana). (Tabla 11). En aproximadamente un tercio de las madres se observa que estas prácticas son inadecuadas. Este aspecto debería estudiarse con mayor profundidad a fin de poder establecer estrategias apropiadas para una higiene adecuada de los niños que favorezca una mejora en las condiciones de salud de los pequeños y de la comunidad en sí.

Al comparar la edad materna con la frecuencia del baño no hubo diferencias estadísticamente significativas $p= 0,828$

4.3 CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE PREVENCIÓN EDA

4.3.1 CONTROL MÉDICO

Como se sabe, los niños deben ser controlados en forma continua a fin de identificar sus patrones de crecimiento e identificar posibles desviaciones o la exposición a riesgo en forma temprana, lo cual se logra con el control médico que debe realizarse según pautas establecidas por organismos internacionales como OMS – OPS y nacionales como el MSP, quienes en sus manuales de normas y procedimientos establecen que el primer control debe estar dentro de los siete días de vida y luego un control mensual durante los primeros 24 meses de vida. Un control semestral entre los 24 a 60 meses de vida.

Concentración Mínima: Controles a los siete días de vida y luego en el 1°, 2°, 4°, 6°, y 12° meses durante el primer año de vida. Controles trimestrales durante el 2° año de vida. Un control anual entre los 24 y 60 meses de vida. (Ecuador, 2011)

Tabla 12. Relación entre la edad materna y frecuencia de control médico de los niños. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013

Edad materna	Frecuencia de control			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Joven	86	58,90	60	41,10
Adulta	9	37,50	15	62,50

Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Al comparar la frecuencia de control médico con la edad de las madres se estableció $p= 0,0503$ es decir, no hay diferencias estadísticamente significativa.

Tabla 13. Relación entre el nivel de instrucción materna y frecuencia de control médico de los niños. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013

Nivel de instrucción	Frecuencia de control			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	3	33,33	6	66,67
Instruida	79	49,07	82	50,93

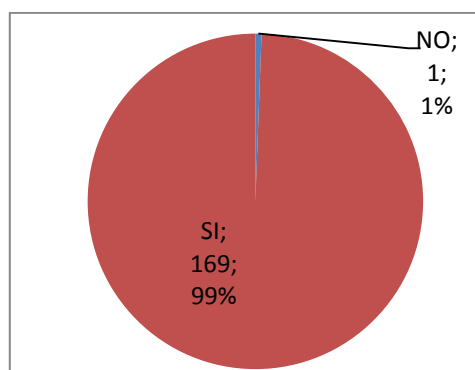
Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Mientras que al comparar el nivel de instrucción de las madres con la frecuencia de control médico se obtuvo $p= 0,357$ que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas.

4.3.2 VACUNAS

Gráfico 10. Vacunas completas para la edad de niño. Anchilivi - Salcedo Octubre 2013



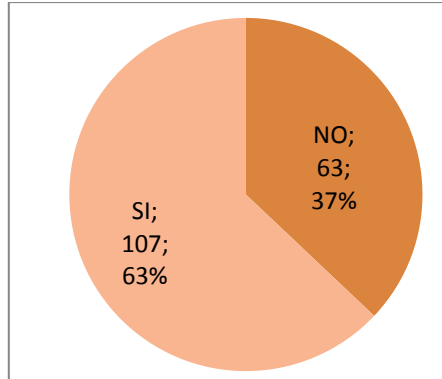
Fuente: Encuesta Elaboración: I. Camacho

En el gráfico 10 se muestra el porcentaje de niños que tienen las vacunas completas para la edad, lo cual se comprobó con el carnet de vacunación. Observando que únicamente 1 niño tenía su esquema incompleto, mientras 169 niños el 99% contaban con el esquema completo de vacunas. Lo que nos indica una muy buena cobertura en esta comunidad. La inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como la difteria, el sarampión, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades

diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos. En la actualidad, la inmunización evita anualmente entre 2 y 3 millones de defunciones. (Cobertura Vacunal, 2014).

4.3.3 VACUNA ANTIROTAVIRUS

Gráfico 11. Vacuna anti rotavirus. Anchilivi - Salcedo Octubre 2013



Fuente: Encuesta

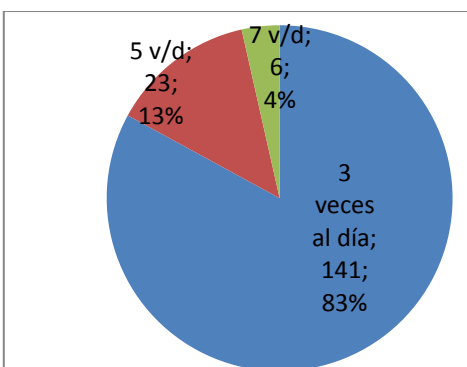
Elaboración: I. Camacho

A pesar de que los niños tienen el esquema completo de vacunación, 107 madres (63%) de la población manifestaron conocer la existencia de la vacuna antirotavirus, pero la mitad de este grupo no saben su utilidad. (Gráfico 11). El 37% de ellas desconoce totalmente.

Este porcentaje es mucho menor que el identificado por (Calderón, 2012) quien estableció que el 81,9% de la población, desconocen la utilidad de la vacuna para rotavirus en países en desarrollo. Solo la quinta parte (20,7%) conocía la existencia de la vacuna antirotavirus.

4.3.4 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Gráfico 12. Cantidad de deposiciones líquidas en un día que es considerado como diarrea por las madres. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013



Fuente: Encuesta

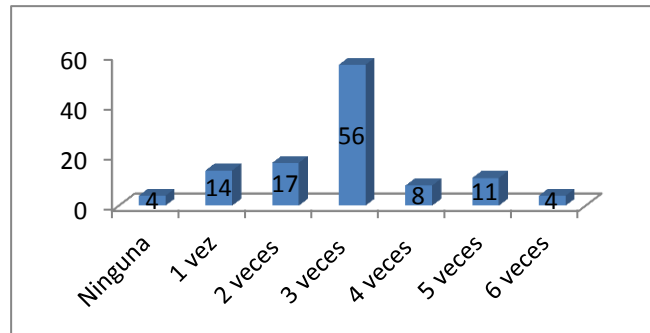
Elaboración: I. Camacho

En el gráfico 12 se muestra los conocimientos maternos sobre la cantidad de deposiciones líquidas en un día que ellas consideran diarrea, la mayoría (83%) es decir, 141 madres consideran que si existen 3 deposiciones al día, su niño está con diarrea, lo que es correcto, ya que según la OMS se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. (OMS, Enfermedades Diarreicas, 2013).

Sin embargo hay un 17% de madres que tienen un concepto equivocado, lo cual podría favorecer a la consulta tardía y al apareamiento de complicaciones en sus niños.

4.3.5 FRECUENCIA DE EDA

Gráfico 13. Ocasiones que su niño ha presentado diarrea en el último año. Anchiliví - Salcedo.
Octubre 2013



Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

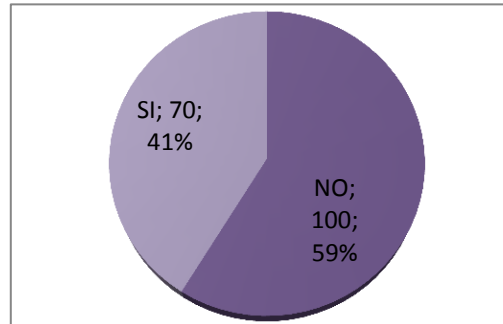
En el gráfico 13 se aprecia cuantas ocasiones (en el último año), los niños de la comunidad de Anchilivi han presentado diarreas. Observando que 56 niños (49%), presentaron al menos 3 episodios de diarreas en el último año, 31 niños menos de 3 ocasiones y 23 niños un 20,17% presentaron más de 3 episodios, únicamente 4 niños no presentaron diarreas en el último año.

Según organismos internacionales, los niños menores de 5 años padecen en promedio 3,3 episodios de diarrea al año. (UNICEF, 2005)

Al establecer la relación entre el número de diarreas en el último año y el lugar de trabajo de las madres, no se obtuvo diferencias estadísticamente significativas. $p=0,374$.

4.3.6 INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE EDA

Gráfico 14. Ha recibido información sobre prevención de la enfermedad diarreica. Anchiliví - Salcedo Octubre 2013



Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

En el gráfico 14 se muestra que el 41% de las madres (70 madres) manifestaron haber recibido información sobre la prevención de EDA, e indicaron que la información estuvo enfocada más al aseo y manipulación de agua y alimentos, pero no en cuanto a detección de signos de peligro. El resto de madres no reportó haber recibido información sobre el tema.

4.4. ACCIONES MATERNAS FRENTE A LA EDA

Hay diversas acciones que toman las madres cuando sus hijos presentan un episodio de diarrea, entre las cuales están la administración de líquidos caseros, de suero oral, también mencionan el uso de fármacos que fueron prescritos en una ocasión anterior o a algún familiar.

4.4.1 ACTITUD DE LAS MADRES

Tabla 14. Relación entre el nivel de instrucción y la primera acción de las madres en un cuadro diarreico. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013

Nivel de Instrucción	Primera acción			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	8	88,89	1	11,11
Instruida	129	80,12	32	19,88

Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

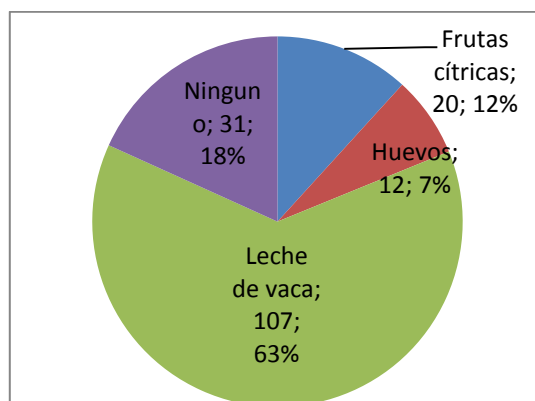
En general 137 madres señalaron la opción correcta a realizar ante la presencia de diarrea en los niños, mas al comparar las acciones según el nivel educativo de las madres, no hubo diferencias estadísticamente significativas $p= 0,418$

Algunas madres refirieron que administran fármacos dentro de los que se mencionó bismutol jarabe y trimetoprim + sulfametoxazol jarabe recomendados por personas de la familia y del lugar de trabajo. Éstos y otros medicamentos administrados empíricamente pueden resultar nocivos a los niños y enmascarar cuadros graves que pueden poner en peligro la vida de los niños.

4.4.2 ALIMENTOS

Una de las prácticas más importantes en caso de diarrea infantil es proporcionar alimentos en cantidades adecuadas a fin de evitar en ellos la desnutrición, asunto que no se lo cumple por influencias de carácter cultural que no se exploran en este trabajo.

Gráfico 15. Alimentos que suspenden las madres cuando sus niños presentan Diarreas. Anchilivi
– Salcedo Octubre 2013



Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

En el gráfico 15 se muestra los alimentos que suspenden las madres cuando su niño presenta diarrea; la leche de vaca es lo más comúnmente prohibido por un 63% de las madres (107); tan sólo un 18% o 31 madres, no suspenden ningún alimento que es la opción correcta. Como muestra la literatura, no existen razones para suspender la alimentación esperando que termine la diarrea, en especial en niños pequeños no se debe suspender la leche materna. (Manuel Alvarez, 2013)

Al establecer la relación entre la edad de las madres y la suspensión de alimentos, no hubo diferencias estadísticamente significativas, se obtuvo $p= 0,722$. Conviene a futuro realiza estudios de carácter cualitativo que permita analizar en mayor profundidad los aspectos vinculados a las prácticas de suspensión de alimentos, así como el rol de los servicios de salud para informar a la madres e impedir que continúen con estas acciones negativas para el bienestar de los menores.

4.4.3 CONOCIMIENTO SOBRE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SRO

Las sales de rehidratación oral (SRO) y la terapia de rehidratación oral (TRO), adoptadas por el UNICEF y la OMS a fines de los años 70, han permitido manejar con eficacia la diarrea infantil. Se calcula que en la década de los 90 fue posible evitar más de un millón de muertes anuales relacionadas con esta enfermedad, gracias, en gran parte, a la promoción y la utilización de estas terapias. Sin embargo a pesar del tiempo transcurrido no todas las madres conocen su uso adecuado. (OMS U. , 2004)

Tabla 15. Relación entre el nivel de instrucción y la hidratación con SRO. Anchiliví – Salcedo Octubre 2013

Nivel de Instrucción	Hidratación con SRO			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	3	33,33	6	66,67
Instruida	107	66,46	54	33,54

Fuente: Encuesta

Elaboración: I. Camacho

Sobre el tema, se interrogó a las madres y se encontró que el 35.2% de ellas no saben preparar ni administrar SRO a sus niños. En el uso correcto de las SRO interviene entre otras variables, la educación materna, pues las madres con algún nivel de instrucción tienen mejores conocimientos que las analfabetas la manera correcta de hidratación con SRO, siendo estas diferencias estadísticamente significativas $p=0,0429$

4.4.4 EN CASO DE VÓMITO

El vómito es un signo que presentan los niños con EDA en algunas ocasiones y su manejo correcto evita complicaciones mayores en los mismos, así según los cuadros de procedimientos de AIEPI, si el niño vomita al estar dándole líquido, lo adecuado es esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. (AIEPI, 2004)

salud, mientras que cuando las madres poseen algún grado de educación se da lo contrario, y su obtuvo diferencias estadísticamente significativas $p= 0,038$

4.4.6 CONSULTA MÉDICA URGENTE

La atención del niño con diarrea debe ser continua a fin de evitar la mortalidad asociada a la misma, de allí que AIEPI indica claramente las situaciones en que es necesario acudir de manera urgente al centro de salud, cuando el niño no puede beber, se ve decaído, no puede tomar el seno, tiene deposiciones con sangre, está deshidratado, tiene fiebre. (AIEPI, 2004)

Tabla 18. Razones para acudir de manera urgente a consulta médica. Anchiliví – Salcedo. Octubre 2013

Nivel de Instrucción	Consulta Urgente			
	Correcto		Incorrecto	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	7	77,78	2	22,22
Instruida	70	43,48	91	56,52

Fuente: Encuesta

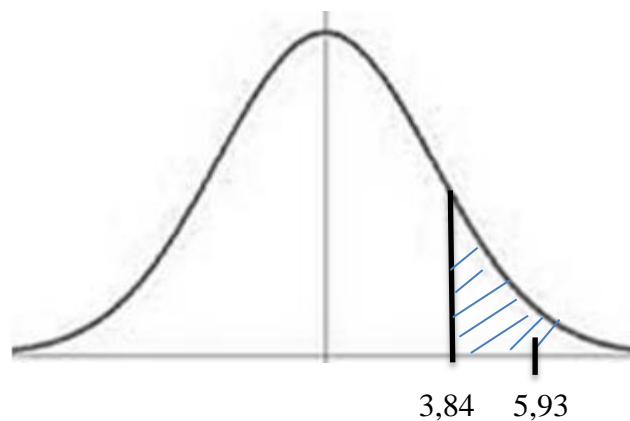
Elaboración: I. Camacho

Entre las madres investigadas se encontró que 93 de ellas no identifican los signos de alarma que debe hacer que ellas conduzcan con urgencia a sus hijos al servicio de salud, y al parecer en esto influye el nivel educativo de las mismas, pues se estableció diferencias estadísticamente significativas entre mujeres analfabetas y aquellas con algún grado de educación, $p= 0,0442$.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

		Hidratación		
		Correcto	Incorrecto	
Conoc. Diarrea	Correcto	88	53	141
	Incorrecto	11	18	29
		99	71	170

Para la investigación se plantea la siguiente hipótesis “Los conocimientos preventivos maternos permiten la aplicación de medidas adecuadas en enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de 5 años de la comunidad de Anchiliví del cantón Salcedo” y se obtiene Chi cuadrado = 5,93 con un valor de $p= 0,0149$ estadísticamente significativo, con lo cual se acepta ésta hipótesis; y se rechaza la hipótesis nula.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- En la Comunidad de Anchilivi hay un total de 170 madres de niños menores de 5 años; el 90,5% de las madres son jóvenes y un 9,4% son adultas. El 94,7% tiene algún nivel de instrucción educativa y el 5,2% son analfabetas; el 75,8% de las madres se dedica a diferentes actividades dentro del hogar como son la agricultura y los quehaceres domésticos. Se estableció la relación entre edad y nivel de instrucción obteniéndose diferencias estadísticamente significativas, lo que nos demuestra que las madres jóvenes tienen mejor nivel educativo.
- El 100% de las madres respondió tener acceso a los servicios de salud, lo que se refleja en la amplia cobertura de vacunación; el 41% de ellas refirió haber recibido información sobre EDA por parte los servicios de salud. Un 83% de madres tienen el concepto correcto de EDA. El 86,5% de los niños presentaron 3 episodios de diarrea en el último año.
- Este estudio demuestra que las madres instruidas tienen mejores prácticas de higiene en cuanto al aseo de manos – alimentos y al uso del agua de consumo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (páginas 80, 81). El 64,7% de las madres tiene adecuados hábitos de higiene corporal de sus niños,

- Las madres instruidas conocen la preparación correcta y la administración del SRO, pero un tercio de ellas administran medicamentos, dentro de los que se incluyen antibióticos. Además aún hay madres que suspenden alimentos, en un 82%, como la leche, algunas frutas, huevos, práctica que contribuye al deterioro de la condición nutricional de los niños.
- En caso de vómito únicamente el 8% de las madres sabe qué hacer. El 65% de ellas vuelve a consulta médica de seguimiento a los 2 días, la mayoría son las madres instruidas $p= 0,038$. Y el 45,2% de las madres sabe reconocer los signos de peligro que obligan a acudir de manera urgente a un servicio de salud.

5.2. RECOMENDACIONES.

Al personal de Salud

Se debe revisar los procesos de educación a las madres sobre las normas de prevención de las enfermedades más frecuentes incluida la diarrea, así como en la identificación de los signos de alarma para realizar acciones oportunas en los casos complicados. Dado que el personal de salud es el responsable de estas actividades conviene diseñar estrategias para mejorar sus conocimientos sobre el tema, autoeducación y capacitación permanente para poder transmitir lo aprendido a las madres de los menores de 5 años. Reorientar los conceptos de salud, poner énfasis en la prevención más que en la curación de las enfermedades.

Informar de forma clara a la madre o cuidador sobre las dosis y las frecuencias de administración de medicamentos, y preguntarle si tiene alguna duda, darle confianza para que vuelva a preguntar si es necesario.

Realizar charlas educativas en las unidades de salud con palabras claras, utilizando ejemplos o experiencias anteriores, para lograr la comprensión de las personas.

A la Comunidad

Quienes son los responsables del cuidado de los niños menores de 5 años, donde se incluye no sólo a los padres sino también otros familiares que muchas veces son responsables del cuidado del niño (hermanos mayores, tíos, abuelos, otros.), personal de guarderías, lugares de juego, y demás, personal de instituciones comunitarias que prestan otro tipo de servicios que incluye a menores de 5 años, como por ejemplo, comedores comunitarios, maestros de escuelas, por cuanto los mismos están involucrados en actividades con niños de este grupo de edad, se recomienda estar alertas ante la presencia de los signos de esta enfermedad, tener consciencia de que es prevenible para evitar su aparición y posibles complicaciones.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

TÍTULO DE LA PROPUESTA

Elaboración de una guía de manejo de la enfermedad diarreica aguda en el hogar.

INSTITUCIÓN EJECUTORA

Puesto de Salud Anchiliví

BENEFICIARIOS

Madres y Pacientes que acuden al área de Consulta externa para control de niño sano.

UBICACIÓN

En el Puesto de Salud de Anchiliví Salcedo

Tiempo estimado para la ejecución: Junio – Agosto 2013

Equipo Técnico Responsable:

- Dra. Aída Aguilar
- María Isabel Camacho Carrillo

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Como se encontró en el estudio, la presencia de enfermedad diarreica aguda en los niños tiene relación con los conocimientos que posee la madre sobre este tema, mismos que pueden ser modificados y aclarados para disminuir los casos de esta enfermedad y sus complicaciones.

Un 5,29% de la población de madres estudiadas son analfabetas, las mayor parte de las mujeres jóvenes son instruidas (84,1%), y trabajan en el hogar (67%). Se encontró un 72% de niños mayores de 2 años y un 28% de menores de esta edad. De ellos el 53% son de sexo femenino. En lo que se refiere a las medidas preventivas como son la higiene, 77,6% posee prácticas adecuadas de aseo de manos – alimentos, uso del agua de consumo y frecuencia de baño (64,7%). En lo que se refiere al conocimiento sobre tratar la EDA sus conocimientos son adecuados, pero en cuanto a los controles médicos hay errores en ciertas actuaciones.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Es muy importante realizar esta acción para poder evitar la aparición de enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años, lo que se logrará con esta guía es la comunicación interpersonal con los miembros del equipo de salud y la madre o cuidador al entregarle e indicarle su manejo, ya que se busca que las familias participantes lleguen a modificar sus prácticas de cuidado infantil y así contribuir a un mejor estado de salud, nutrición y desarrollo de los niños, como también mejorar el manejo inicial de la EDA en el hogar y evitar de esta manera el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones.

El cambio de prácticas es posible, con mucho esfuerzo, sólo si los participantes son actores comprometidos en su propio aprendizaje, por ello aunque la madre es la persona más importante para el cuidado del niño se tiene que trabajar también con el resto de la familia, para tener una comunidad sana. Mediante esta investigación se

pudo identificar las debilidades de las madres en cuanto a sus conocimientos sobre EDA, lo cual nos dirige a actuar.

6.4 OBJETIVOS:

6.4.1 Objetivo general:

Elaborar de una guía de manejo de la enfermedad diarreica aguda en el hogar.

6.4.2 Objetivos específicos

Identificar los factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda.

Reconocer los signos y síntomas de la diarrea y la deshidratación.

Enseñar la conducta inicial del tratamiento de la diarrea y la deshidratación.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:

Lo que se propone como parte de la solución del problema investigado, es factible ya que contamos con los recursos económicos necesarios, existe el respaldo científico pues hay varias investigaciones sobre el tema, y el respaldo de los servicios de salud, en este caso el personal del Puesto de Salud de Anchilivi quienes tienen interés en resolver los problemas de salud, además se disponen de los recursos humanos y materiales para su aplicación inmediata y el compromiso de participación del investigador. Lo que permitirá aplicar la propuesta de mejor manera en beneficio de los pacientes con estas características, que sean atendidos en un futuro en esta casa de salud.

6.6 FUNDAMENTACIÓN:

Según la OMS en el 2009, las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables. (Pedro S. , 2009). (OMS, Enfermedades Diarreicas, 2013)

Definición:

Se define como diarrea la deposición, 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 un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. (OMS, Enfermedades diarreicas , 2013)

Factores de Riesgo asociados

1) Ambientales: ingesta agua contaminados, problemas sanitarios, mala higiene personal y doméstica, falta de lactancia materna, ingesta de alimentos de riesgo (pescado, mariscos, pollo o carnes rojas crudas o mal cocidas), ingesta de huevos mal cocidos o potencialmente cualquier alimento preparado por un manipulador enfermo (brotos).

2) Del huésped: edad (lactantes y niños menores de 5 años), desnutrición, deficiencias inmunológicas, factores genéticos.

La lactancia materna exclusiva tiene un efecto protector para DA bacterianas y para DA por Rotavirus aunque su efecto es menor, el cuadro clínico es más leve. (Harris, 2009)

Clasificación de las EDAS:

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas según OMS:

- La diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- La diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disintérica o disentería;
- y
- La diarrea persistente, que dura 14 días o más.

Causas Agente etiológico:

Bacterias: Shigella, Escherichia coli enterotóxica (ECET), Escherichia coli Enteropatógena (ECEP), Escherichia coli Enterohemorrágica (ECEH) y Campylobacter jejuni.

Virus: Rotavirus y adenovirus atípicos.

Protozoos: Giardia lamblia, Cryptosporidium.

Fisiopatología:

Durante el proceso de absorción y digestión de nutrientes el intestino delgado moviliza varios litros de líquido (absorción y secreción) y este proceso puede verse entorpecido porque tanto bacterias como virus y protozoarios tienen propiedades virulentas que a ello conducen.

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

- Producción de citotoxinas. Éstas producen daño celular directo por inhibición de la síntesis de proteína.

- Producción de enterotoxinas. Da lugar a trastornos del balance de agua y sodio y mantienen la morfología celular sin alteraciones.

- Adherencia a la superficie de la mucosa. Esto da por resultado el aplanamiento de la microvellosidad y la destrucción de la función celular normal. (Riverón, 2009)

Clínica:

Cuando un paciente es llevado a consulta porque tiene diarrea, debe evaluarse con mucho cuidado antes de decidir su tratamiento. Un buen interrogatorio, explorando signos específicos, puede llegar a un diagnóstico operacional, de acción inmediata con un porcentaje alto de certeza.

Lo prioritario será definir algunos aspectos, así:

Estado de hidratación: Según la OMS y la estrategia AIEPI, es preciso preguntar sobre ciertas características que, de existir, ayudan a identificar a los pacientes que tienen mayor riesgo de deshidratarse o que ya esté comprometida su hidratación.

Hay que interrogar sobre el vómito, la fiebre, las características de las deposiciones en las últimas horas, la ingesta de alimentos, la recepción de líquidos, la presencia de otras personas con diarrea en la familia, la historia de iguales episodios en el pasado inmediato del paciente, medicamentos suministrados, conocimiento del Suero Oral.

Deshidratación grave o con shock: Dos de los siguientes signos; letargia o inconsciencia, bebe mal o no puede beber, ojos hundidos, signo del pliegue cutáneo.

Deshidratación: Dos de los siguientes signos; intranquilo, irritable, ojos hundidos, bebe con avidez, signo del pliegue cutáneo.

No tiene deshidratación: no hay signos suficientes para clasificar el caso como deshidratación.

Estado de nutrición: Un niño enfermo puede estar desnutrido pero no siempre se identifica el problema; cuando existe diarrea con desnutrición el riesgo de morir aumenta. Reconocer y tratar al niño desnutrido puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la EDA está dado por la clínica haciendo referencia al número de deposiciones por día y a los signos acompañantes como son los signos de gravedad. Esta patología se la puede confirmar con exámenes de laboratorio para determinar el agente causal.

Medidas de prevención:

Para evitar las enfermedades diarreicas:

- Evite el hacinamiento.
- Indicar a la madre sobre medidas higiénicas importantes.
- Indicar la importancia de las inmunizaciones completas.
- Hacer énfasis en la lactancia materna.
- Educar sobre una alimentación adecuada.
- Acudir al control de niño sano para valoración de su estado nutricional.

Para el niño y sus cuidadores.

Se debe poner mucha atención si el niño presenta alguno de los siguientes signos y síntomas:

- Peso bajo al nacimiento.
- Estado nutricional no adecuado.
- Fiebre.
- No puede beber con normalidad, no desea comer.

- Está muy decaído.

Si su hijo tiene menos de tres meses de edad y nació con bajo peso debe tomar en cuenta los siguientes signos y acudir de inmediato al médico:

- Deja de mamar o rechaza el alimento.
- Tiene diarreas.
- Tiene fiebre a pesar de usar antitérmicos.
- Solo pasa durmiendo o está muy irritable.

Si presenta dos o más signos mencionados, debe acudir de inmediato al médico para tratar de evitar el desarrollo de la enfermedad.

6.7 METODOLOGÍA, MODELO OPERATIVO:

Fases		Metas	Actividades	Responsables
Planeación	<p>Selección de materiales.</p> <p>Selección de la bibliografía para la elaboración de la guía de manejo de la EDA en el hogar.</p> <p>Definición de contenidos.</p> <p>Capacitación de personal médico y madres o cuidadores del niño.</p>	Alcanzar los objetivos propuestos.	Entregar propuesta al médico encargado del puesto de Salud.	Equipo de investigación.
Ejecución	<p>Elaboración de la guía.</p> <p>Evaluación de sus contenidos.</p> <p>Capacitación al personal de salud para la aplicación de la guía.</p> <p>Entrega de la guía a las madres.</p>	<p>Personal de Salud.</p> <p>Todas las madres o cuidadores de los niños.</p>	Entrega de la guía de manejo al personal de salud.	Equipo de investigación.
Evaluación	<p>Revisión crítica de la guía para obtener recomendaciones.</p> <p>Evaluación del personal de salud.</p> <p>Evaluación por las madres sobre los contenidos y aplicación de la guía.</p>	<p>Evaluación por expertos.</p> <p>Evaluación por el equipo de investigación.</p> <p>Evaluación por el equipo de investigación.</p>	<p>Informe y recomendaciones.</p> <p>Taller de evaluación.</p> <p>Grupos focales.</p>	Equipo de investigación.

6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.

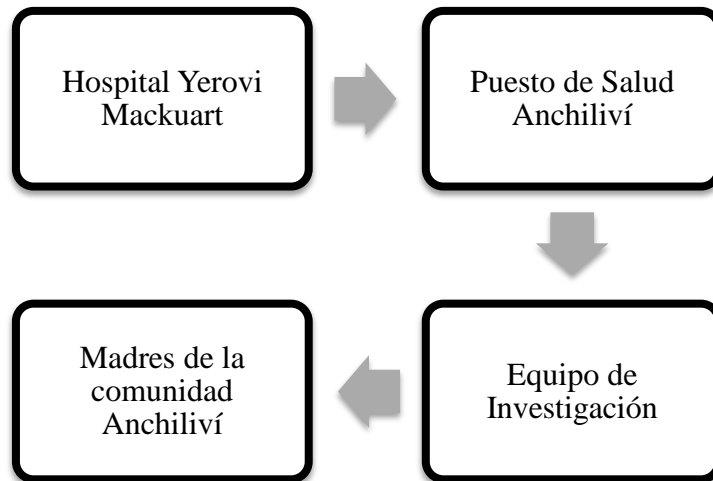


Gráfico 16. Administración de la propuesta

6.9 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.

Luego de la capacitación a las madres o cuidadores de los niños menores de cinco años, se los evaluará en grupos para corroborar que son capaces de identificar en forma temprana los diferentes factores de riesgo de enfermedad diarreica y los signos de alarma, mediante talleres, con lo cual se logrará disminuir el índice de presentación de diarreas en los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Adalid. (2002). Evaluación de la Estrategia AIEPI. *Revista Chilena de Pediatría*.
- Adalid, E. (1999). Evaluación de la Estrategia AIEPI en los servicios de Salud de Bolivia. *Scielo*.
- AIEPI. (2004). Salud de la niñez. *AIEPI*.
- Alarco, J. (2013). Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. *Scielo Rev Clin Med Fam*, 25-31.
- Alonso, R. R. (2006). Manual didáctico para personal de Salud a cargo de la educación a madres adolescentes. *La Habana*.
- Angianot. (2006). Componente EDA. *Norma Oficial Mexicana*.
- Argentina, M. d. (2011). Plan de Abordaje integral de EDA y plan de contingencia de cólera. *Guía para el Equipo de Salud*.
- Cabezas, M. (2011). Intervención educativa sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas desde el enfoque AIEPI comunitario. Riobamba, Cotopaxi.
- Cáceres, D. (2005). La enfermedad diarreica aguda, un reto para la salud pública. *Rev Panam Salud pública*, 6-14.
- Calderón, M. A.-R. (2012). Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda. *Scielo*.
- Cervantes, C. (2001). Valoración del conocimiento de las madres sobre diarrea. *Rev Cubana*.
- Cobertura Vacunal, O. (2014). La inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones. *OMS*.
- Correa, J. (2012). Ensayo Controladoaleatorizado por conglomerados sobre el uso de antisépticos para las manos para la prevención de enfermedades indesciosas en los niños en Colombia. *pediatricos col*, 2-8.

- Delgado M, S. C. (2006). Conocimientos maternos sobre signos de peligro en EDA, AIEPI. *Colombia Médica*.
- Durand, C. P. (1963). Revue diarrhéas aqueuses. *Ann Pediat*, 39.
- Ecuador, M. (2011). Normas de Atención Integral a la niñez. *Dirección de normatización del sistema nacional de salud*.
- Flores, C. (2001). *Impacto de la estrategia AIEPI sobre el uso de espasmódicos, antidiarreicos y otros medicamentos para el tratamiento de la diarrea en el centro de salud de la vicentina* . Quito: Biblioteca Virtual Naciones Unidas.
- Germán E, S. S. (2012). Importancia de la adición de Zinc a las SRO en el tratamiento de la EDA. *Medicina interna pediátrica*.
- Guevara, J. (Diciembre de 2008). Evaluación de la disponibilidad y uso de medicamentos para enfermedades de la infancia en la comunidad. *Evaluación de la disponibilidad y uso de medicamentos para enfermedades de la infancia en la comunidad*. La Libertad, Perú: Arlington, VA 22203 USA.
- Gutiérrez, L. (2008). Promoción de educación para la Salud. *Guía MSP* .
- Harris, P. (2009). Diarrea aguda con deshidratación. *NiñoHosp*.
- INEC. (2011). Banco de Información. Quito, Ecuador: INEC. Obtenido de INEC: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
- Manrique, F. G. (2006). Agentes causantes de Diarrea en Niños menores de 5 años. *Salud Pública Colombia*.
- Manuel Alvarez, J. F. (2013). Tratamiento de la diarrea. *UC Chile Gastroenterología*.
- Materán, M. (2009). Terapia de Rehidratación Oral. *Scielo*.
- MSP. (2010). Control periódico del niño hasta los 14 años. *Guía de intervenciones en el primer nivel de atención*.
- MSP. (2010). Dirección nacional de Epidemiología. Quito, Ecuador.
- Nauru. (2008). Prevención de EDA. *Rev Salud Mex*.
- OMS. (2006). Uso de medicamentos en la APS en los países en desarrollo. *International Network for the Rational Use of Drugs*.
- OMS. (2010). Un entorno sano para niños sanos. *Mensaje básicos para actuar*.

- OMS. (Abril de 2013). Enfermedades Diarreicas. *Centro de Prensa OMS*.
- OMS. (2013). Enfermedades diarreicas . *Centro de prensa* .
- OMS. (2013). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *OMS*.
- OMS Acción, e. (2008). Prevención de las enfermedades transmitidas por los alimentos. *OMS en acción*.
- OMS, L. c. (2007). Red internacional para la promoción del tratamiento y el almacenamiento seguro del agua doméstica, OMS. *Organización Mundial de la Salud, 2007*.
- OMS, O. (2012). Las manos limpias salvan vidas”. *Pan American Health Organization*.
- OMS, U. (2004). Tratamiento clínico de la diarrea aguda. *Salud de la madre, el RN, el niño*.
- OPS. (2010). Salud Infantil. *Aiepi comunitario*.
- OPS, O. (2009). Terapia de Rehidratación oral para el tratamiento de EDA en el hogar. *Programa Control EDA*.
- Pacheco, L. (2009). Rehidratación y manejo de niños menores de 5 años. *Rehidratación y manejo de niños menores de 5 años*. Barranquilla, Colombia: Universidad Simón Bolívar.
- Pedro, S. (2009). Actualización del control de la enfermedad diarreica aguda en pediatría. *Revista de Pediatría*.
- Pedro, S. R. (2009). Pediatría. *Pediatría actualizacion*, 133.
- Pública, S. (2003). Programa de control de EDA. *Monographs*.
- RAE. (2001). Diccionario. *Real Academia Española*.
- Rakel. (2010). Family as a resource for health promotion. En M. consult, *Family medicine*. Colombia: Elsevier.
- Ritvik, D. (2010). Lavado de manos : Sabiduría sin tiempo, Un hábito saludable. *Centro de Medicina Comunitaria*.
- Riverón, R. (2009). Fisiopatología de la diarrea aguda. *Revista Cubana de Pediatría*.

Sandoval, A. (2008). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco años. *Guía de Práctica clínica Consejo de Salubridad México*.

Swings, M. (Junio de 2009). Atención Integral de las Enfermedades prevalentes de la Infancia. Cuba.

Taylor EM, E. J. (2003). *Identification of children at Risk of unexpected death*. Lancet.

UNICEF, O. (2005). Epidemiología de la diarrea. *Rev. Soc. Bol. Ped.*

Vania, D. (2011). La AIEPI y el enfoque en los cuidadores. *Rev Latino - Am. Enfermagem*.

Viteri, G. (2007). Situación de la salud en el ecuador. *Observatorio de la economía latinoamericana*.

Citas Bibliográficas – Bases de datos Universidad Técnica de Ambato

SCIELO. Guillén, A. (2011). Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*. Vol 28. Lima. Marzo 2011

Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100001&lang=pt

SCIELO. Bravo, L. Fernández, A. (2011). Caracterización fenotípica y factores de virulencia en pacientes con enfermedad diarreica aguda en Cuba. *Revista Chilena de infectología*. Vol 28. Santiago. Abril 2011

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182011000200009&lang=pt

SCIELO. Manrique, M. Salazar, R. Murillo, A. Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica para la enfermedad diarreica aguda en el área de salud de Alajuela. Costa Rica. San José. *Revista Costarricense de salud pública*. 2005

Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292005000100005&lang=pt

SCIELO. Seisdedos, G. Tamayo, C. Características epidemiológicas y clinicoterapéuticas en pacientes ingresados a causa de enfermedad diarreica persistente. MEDISAN. Vol 16. Santiago de Cuba. Septiembre 2012.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900013&lang=pt

SCIELO. Pino, N. Tejada, O. Chávez, Z. Enfermedad diarreica aguda y su relación con la calidad del agua de consumo. Bejucal 2003 – 2007. Revista Habana ciencia médica. Vol 9. La Habana. 2010
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400005&lang=pt

ANNEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MEDICINA

Encuesta tipo cuestionario dirigida a madres de niños menores de 5 años de la comunidad de Anchilivi sobre Enfermedad Diarreica Aguda

Bloque 1

Edad de la madre: Procedencia: Instrucción:
Estado civil: Ocupación: Edad del niño:
Sexo de su hijo:
¿Tiene acceso a los servicios de salud?
SI NO

Bloque 2

1. ¿Cuántas veces ha presentado diarrea su niño en el último año?

2. Su niño ha recibido las vacunas completas para su edad? (Se comprobara con carnet de vacunas)
SI NO
3. Conoce Ud sobre la existencia de la vacuna anti rotavirus?
SI NO
4. Lleva a su niño a controles médicos regularmente? Marque una X
Cada mes Cada 2 meses
Solo cuando se enferma Solo acude para vacunarle

Bloque 3

Marque una X

1. Usted se lava las manos antes y después de manipular alimentos?
Siempre A veces Nunca
2. Ud lava las frutas y vegetales antes de servirlos a su niño?

- SiempreA veces Nunca
3. Usa el agua de la llave directamente para beber?
SiempreA veces Nunca
4. Con qué frecuencia le baña a su hijo?
1 vez a la semana 2 veces a la semana
Pasando un día Todos los días

Bloque 4

1. Ha recibido información sobre cómo prevenir la diarrea en los niños?
SI NO
Si su respuesta fue si, De quién?
2. Cuántas deposiciones líquidas en 1 día usted lo considera diarrea?
3v/d 5v/d
7v/d
3. Qué hace Ud cuando su niño presenta diarrea? Marque una X
Le lleva al SCS
Compra medicinas en una farmacia Cuáles?
Le da remedios caseros Cuáles?
4. Cuando su niño presenta diarrea Ud suspende algún alimento?
Seno materno Leche de vaca Huevos
Frutas..... Coladas Ninguno
5. Que tratamiento ha utilizado cuando su niño presenta diarrea
Aguas medicinales Suero oral Fármacos
Y quien le recetó?
MédicoEnfermera Familiar.....
Farmacéutico Yo misma
Otros
6. Sabe cómo preparar el suero oral?
SI NO
7. Con qué frecuencia y qué cantidad debe administrar el suero oral?
.....
.....

8. Cuando el niño vomita, ¿cuánto tiempo debe esperar para darle líquidos otra vez?

10 minutos 30 minutos 1 hora Otros No sabe

9. Cuándo debe volver al control médico en la EDA?

A los 2 días a los 5 días a los 10 días
No sabe

10. En caso de diarreas, luego de la consulta inicial, cuando considera que debe regresar al médico de manera urgente?

Cuando no puede tomar el seno o beber.....

si se ve decaído..... si le falta agua en el cuerpo.....

Si tiene sangre en las heces..... Todas Ninguna