



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
NIDO CHILDREN´S HOUSE 2015**

PRESENTADA POR
CRISTHIAN FLORES SANTILLÁN

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

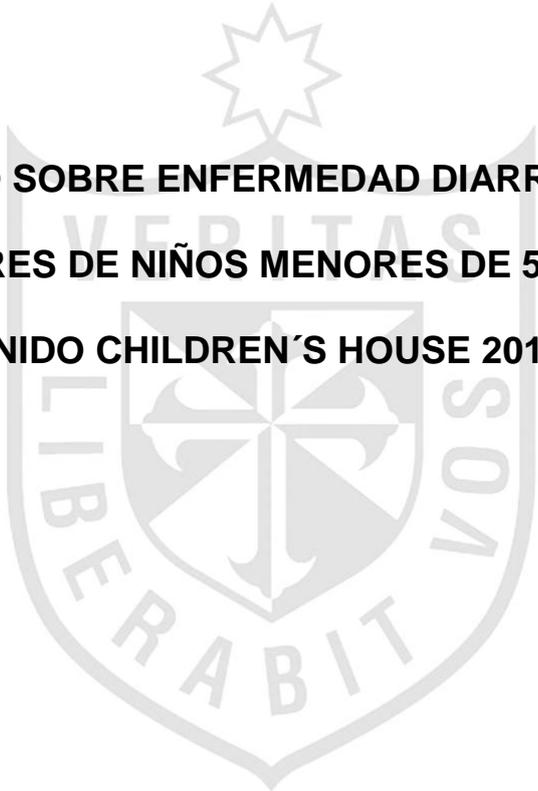
**CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
NIDO CHILDREN'S HOUSE 2015**

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

**PRESENTADA POR
CRISTHIAN FLORES SANTILLÁN**

LIMA – PERÚ

2015



**CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
NIDO CHILDREN´S HOUSE 2015**

Asesor

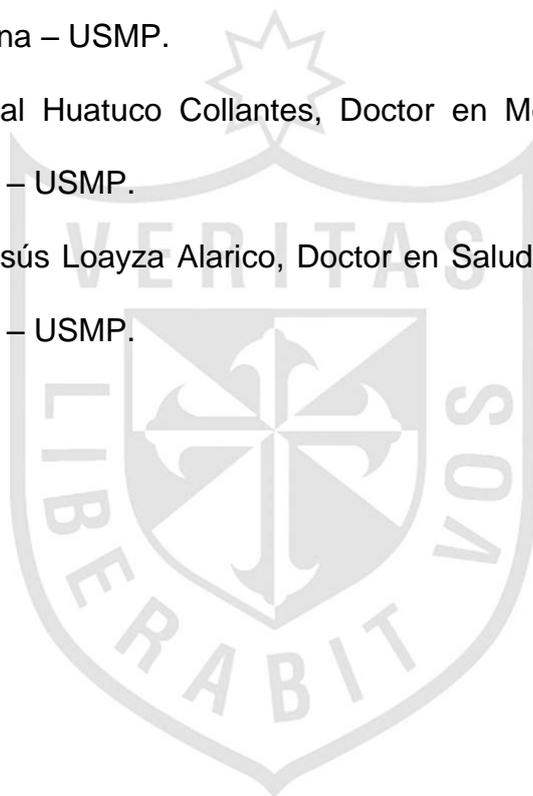
Carlos Alberto Espinoza Urcia, Médico Pediatra, Coronel Médico HC PNP “Luis N. Sáenz”.

Jurado

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina – USMP.

Miembro: Zoel Aníbal Huatuco Collantes, Doctor en Medicina, docente de la Facultad de Medicina – USMP.

Miembro: Manuel Jesús Loayza Alarico, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina – USMP.



A mi esposa, la mujer que sabe día a día comprender la ardua y sacrificada labor que representa mi carrea, y de manera constante siempre me acompaña.

A mis hijos, Sebastián y Enzo, los grandes sacrificados por el poco tiempo que puede dedicarles, ellos a su corta edad saben que el poco tiempo libre que tengo, es para poder dedicárselos.

A mis padres, que siempre confiaron en mí, desde el inicio de mi vida, y los que pudieron darme la educación necesaria para ser la persona que ahora soy.



Agradecimientos a:

Ivan Flores Santillán, Ingeniero de Sistemas, por su ayuda a superar todos los problemas técnicos que tuve que enfrentar mientras desarrollaba la tesis.

Sra. Virginia Roca Sara, directora del Nido Children's House, quien ofreció sin condiciones su apoyo para poder realizar esta tesis en la institución que dirige.



ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	01
ABSTRACT	02
INTRODUCCIÓN	03
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	06
1.1 Antecedentes de la Investigación	06
1.2 Bases Teóricas	15
1.3 Definición de Términos	36
1.4 Formulación de Hipótesis	37
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	38
2.1 Tipo de Estudio y Diseño de Investigación	38
2.2 Población y Muestra	38
2.3 Métodos de Recolección de los Datos. Instrumento	39
2.5 Procesamiento de los Datos	39
2.6 Aspectos Éticos	40
CAPÍTULO III: RESULTADOS	41
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
FUENTES DE INFORMACIÓN	69
ANEXOS	73
Anexo N°01. Consentimiento Informado	73
Anexo N°02. Instrumento de Recolección de Datos	75
Anexo N°03. Análisis Estadísticos Adicionales	79

ÍNDICE DE TABLAS

N° de Tabla		Página
01	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	44
02	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	47
03	VALOR PROMEDIO OBTENIDO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	49
04	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREAS SEGÚN EL TIPO DE OCUPACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	53
05	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREAS SEGÚN EL HABER RECIBIDO INFORMACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	54
06	RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL RANGO DE EDAD ENTRE MADRES QUE RECIBIERON VERSUS LAS QUE NO RECIBIERON INFORMACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	80
07	CAUSA QUE TIENE LA DIARREA SEGÚN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	83
08	CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	83

09	ACCIONES QUE TOMARÍAN EN UN CUADRO DE DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	85
10	CONOCIMIENTO DE LA PREPARACIÓN DE LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	89
11	MOMENTO EN EL QUE USARÍA LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL DURANTE UN CUADRO DE DIARREA – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	89
12	FRECUENCIA EN QUE OFRECERÍAN LOS ALIMENTOS LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	92
13	TIPOS DE ALIMENTOS QUE OFRECERÍAN LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	92
14	CONCENTRACIÓN A LA QUE DEBE PREPARAR LA FÓRMULA LÁCTEA DURANTE UN CUADRO DE DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	94
15	RESPUESTA A LA PREGUNTA DE HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	94
16	LUGAR DONDE RECIERON INFORMACIÓN ACERCA DE LA DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N° de Gráfico		Página
01	EDAD DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	42
02	DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETÁREO DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	43
03	NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	44
04	OCUPACIÓN DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	45
05	NOTAS OBTENIDAS EN LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	46
06	VALOR MEDIO OBTENIDO SEGÚN GRUPO ETÁREO EN LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	47
07	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA SEGÚN GRUPO ETÁREO EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	48
08	NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	50
09	NOTA PROMEDIO SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	51

10	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015.	52
11	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA SEGÚN EL LUGAR DONDE RECIBIERON INFORMACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015.	55
12	SIGNIFICADO DE LA DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015.	82
13	RECONOCIMIENTO DEL PRINCIPAL SIGNO DE ALARMA DURANTE LA DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015.	84
14	DECISIÓN DE EVITAR LA LACTANCIA MATERNA DURANTE UN CUADRO DE DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015.	86
15	ALIMENTOS QUE EVITARÍA DURANTE UN CUADRO DE DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015.	87
16	TIPO DE TRATAMIENTO QUE CONSIDERA EL MÁS ADECUADO DURANTE UN CUADRO DE DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015.	88
17	MOMENTO ADECUADO DEL USO DE LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL SEGÚN SEPAN O NO PREPARARLA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015.	90

18	TIPOS DE LÍQUIDOS QUE OFRECERÍAN LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	91
19	DECISIÓN DE CAMBIAR LA LECHE A UNA FÓRMULA SIN LACTOSA O DE SOYA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	93
20	RECONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS PREVENTIVAS DE CUADROS DE DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015.	96



RESUMEN

Objetivo. Identificar el Nivel de conocimiento en diarrea aguda en madres de niños menores de 5 años en un nido en Miraflores.

Metodología. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Se hizo una encuesta a 54 madres durante el período de enero a abril del 2015, los datos se ingresaron a una base de Microsoft Excel 2015 y luego llevados al paquete estadístico SPSS v.22 para su análisis.

Resultados. La edad media de las madres fue de 36 años y la mayoría tenía entre 1 a 2 hijos. Predominó el grado Superior Universitario (81.5%). La mayoría realiza un trabajo dependiente (53.7%). En la mayoría de casos (92,6%), el nivel de conocimiento fue regular. En el grado Superior Universitario se encontró diferencia estadística significativa, obteniendo mejores resultados que los otros grupos ($p < 0.001$). El grupo de madres de menor edad obtuvieron mejores resultados las que no había recibido información previa sobre diarrea ($p = 0.025$).

Conclusiones. El nivel de conocimiento en EDA de nuestra población es Regular. Considerando las diversas características sociodemográficas no se encontró diferencia estadísticamente significativa, salvo el grupo con grado Superior Universitario ($p < 0,001$). El recibir informe por parte de algún familiar representó un factor en contra de las madres que habían recibido información acerca de la EDA en el grupo de menor edad.

Palabras Clave: Diarrea Aguda, Conocimiento Materno, Sales de Rehidratación Oral.

ABSTRACT

Objective. Identify the level of knowledge in acute diarrhea in mothers of children under five years in a kindergarden in Miraflores.

Methodology. An observational, descriptive, prospective, cross-sectional study was performed. A survey was made 54 mothers during the period from January to April 2015, data were entered into a Microsoft Excel 2015 and then taken to SPSS v.22 for analysis.

Results. The average age of the mothers was 36 years and most were between 1-2 children. He dominated the Higher University degree (81.5%). Most hits a dependent (53.7%) work. In most cases (92.6%), the level of knowledge was fair. Advanced university degree in statistically significant difference was found to outperform the other groups ($p < 0.001$). The group of mothers younger outperformed those that had not received prior information on diarrhea ($p = 0.025$).

Conclusions. The level of knowledge of our population EDA is Regular. Considering the various sociodemographic characteristics no statistically significant difference except the group Higher University degree ($p < 0.001$). The receiving report from a family represented a factor against mothers who had received information about the EDA in the younger age group.

Keywords: Acute diarrhea, maternal knowledge, Oral Rehydration Salts.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, la enfermedad diarreica aguda (EDA), tiene una alta morbimortalidad, representando la segunda causa de muerte; afectando a todos los grupos etáreos, principalmente los niños menores de cinco (05) años y en países pobres donde la desnutrición constituye un componente predisponente y la dificultad a los accesos de salud un determinante.^{1,2}

En países de Latinoamérica y El Caribe, las EDAs representan una de las tres causas más comunes de enfermedad, promoviendo gran demanda en servicios de salud.¹ Algunos llegan incluso a sufrir hasta tres episodios de diarrea al año, y cada uno priva al niño de los nutrientes que necesita para su crecimiento.³

La Diarrea es la tercera causa de morbi-mortalidad en el Perú, sobretodo en niños que viven de zonas rurales y en los barrios periféricos de Lima en niños menores de cinco (05) años. Por cada 1000 nacidos vivos, 55 mueren durante el primer año, contribuyendo la Enfermedad Diarreica Aguda con 6.0 de esas muertes. De este grupo etáreo, cada niño se enferma en promedio 4 a 5 veces al año, promoviendo el ausentismo escolar, y ausentismo laboral del responsable del niño.⁴

Dentro de los principales problemas que promueve la mayor gravedad de la diarrea en niños, está el poco conocimiento de los padres y otros responsables de su cuidado con respecto a su manejo, lo que determina la necesidad de ser evaluado por un personal de salud. En muchos sectores, a pesar de tener

servicios y personal de salud accesibles, los niños no son llevados a una atención oportuna por el especialista, siendo tratados en forma casera. En ocasiones, los niños son vistos por curanderos y otros personajes que practican la medicina tradicional. El poder manejar la enfermedad de un niño en casa, se aconseja siempre que las medidas utilizadas no sean potencialmente nocivas, y que tanto padres o cuidadores reconozcan los signos de alarma para decidir cuándo deben ser llevados a un centro asistencial.⁵

Retardar la atención de estos niños, puede provocar el deterioro en su salud, e incluso su muerte. Con frecuencia los niños con EDA grave y deshidratación son tratados en casa dándoles líquidos caseros y ocasionalmente antiespasmódicos, antidiarreicos o antibióticos. Todo esto puede prevenirse si se tiene el adecuado conocimiento de la diarrea, sus signos de alarma y manejo, especialmente la terapia de rehidratación oral (TRO).⁶

El nivel de conocimientos que tiene madres y cuidadores primarios de niños, sobre los signos de alarma en la EDA, es poco conocido; encontrándose una asociación entre falta de identificación de los signos de alarma y muerte por EDA. Por lo tanto, se acepta que tratar la EDA en niños desde el inicio con Terapia de Rehidratación Oral (TRO) depende de las madres y otros cuidadores, lo que significa una necesidad de intervención en este aspecto, que ha resultado efectivo en muchas partes del mundo, disminuyendo sus complicaciones, para lo cual se necesita explorar el nivel de conocimientos que tienen estas personas sobre el tema.⁶

Motivado por este hecho, decidí realizar esta investigación para determinar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad diarreica que poseen las madres de niños menores de 5 años, en el Nido Children´s House, en el distrito de Miraflores, en Lima-Perú, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, educativas y culturales de la madre.

La Diarrea Aguda en niños, es una enfermedad muy frecuente en nuestra población, sobre todo en ciertas épocas del año, en ciertas zonas de nuestro país de difícil acceso a servicios de salud, y también en circunstancias difíciles con las que nos toca atravesar en diversas ciudades, azotadas por desastres naturales y otros que favorecen que esta enfermedad aumente en su incidencia.

Todos estos factores además, están potenciados por la falta de conocimientos que tienen las personas a cargo de los niños, sobre los cuales es muy importante intervenir, para poder corregir sus deficiencias y asegurar el adecuado manejo que tienen estos niños en su hogar, para disminuir con ello los altos gastos en salud que represente las múltiples atenciones que puedan necesitar cada niño, y la baja producción laboral que puedan presentar sus cuidadores al quedarse con ellos.

Es por todo ello, que realizar este estudio es muy importante, y será un gran apoyo para poder ayudar a una población expuesta, conociendo cuáles son los puntos débiles que tienen diversos sectores de la población y así poder hacer las correcciones necesarias para que puedan llevar adecuadamente su manejo, evitando complicaciones en los niños, y principalmente, la muerte.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Vásquez et al realizó un estudio observacional, descriptivo recolectando datos en forma prospectiva y con corte transversal, usando un cuestionario cerrado para medir el conocimiento de la madre en relación a la rehidratación oral durante el episodio de diarrea, en una población de 41 pacientes. Se encontró que la mayoría de ellas (61%) conocía lo importante de mantener una buena hidratación durante el proceso; evidenciándose que un alto porcentaje de la población (75.6%) sabían cómo preparar las sales de rehidratación oral (SRO), pero que solo el 51.2% lo usaron, mientras que un 48.7% usaba agua, y en algunos casos, bebidas hidratantes comerciales. El 95% conocía las complicaciones de las diarreas, lo que no se reflejó en las medidas realizadas durante el cuadro diarreico, evidenciándose la necesidad de reforzar a las madres que ya tienen el conocimiento y apoyar a su adquisición a las que no lo tienen.⁷

García et al realizó un estudio en el que se empleó la trayectoria etnográfica, participaron nueve madres que fueron determinadas por la técnica de saturación. Se aplicó una entrevista semiestructurada para poder recolectar los datos, y se usó el análisis de contenido para procesar la información. Se mantuvieron los principios éticos y de rigor científico. Se obtuvieron dos categorías principales: “El poder de la transmisión de las creencias para el cuidado del niño con diarrea” e “Identificando las principales causas de las diarreas: higiene inadecuada”. Se concluyó que las madres dan prioridad a las creencias culturales transmitidas por

otras generaciones, tal como: pasar huevo, el uso de hierbas (llantén y flor de overo), sentarlo en un ladrillo caliente y santiguarlo. También se educó a las madres a reconocer que la primera causa de la diarrea es la falta de higiene.⁸

Loza et al realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, que usó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario de opción múltiple para la primera variable y observación para la segunda variable que tuvo como instrumento una guía de observación, previamente validada. Se encontró que el conocimiento sobre higiene alimentaria antes de la intervención educativa fue deficiente, y luego de realizar la intervención, óptimo en el 100% de las madres encuestadas. Hubo una mala práctica de higiene alimentaria antes de la intervención educativa en el 100% de los casos, y al terminar, adecuada en un 53%.⁹

Alarco realizó un estudio tipo observacional, descriptivo y con corte transversal, realizado en el AA. HH. El Huarango, Ica, Perú. Se evaluó el conocimiento sobre diarrea y su prevención en 82 madres de niños menores de 5 años, usando un cuestionario elaborado por expertos en dicho tema y validado en esta población. La edad promedio fue de 29 años (rango de 15 a 49). El 58.5% eran convivientes, el 73.1% amas de casa; aproximadamente 7% contaban con estudios superiores y 6% de las casas contaban con desagüe. También se encontró que el 76% sabía el significado de la palabra diarrea, el 53% creyó que los parásitos era la primera causa, el 53% usaba SRO, 23% usaría antibióticos, el 67% fueron al centro de salud y 24% a un curandero. Se concluyó que las madres tienen un nivel de conocimiento regular en el manejo de las diarreas; aunque persisten las creencias

de prohibir la lactancia materna, que la principal causa son los parásitos y que los antibióticos son el tratamiento de elección.¹⁰

Tácunan realizó un estudio de tipo descriptivo transversal comparativo, con el fin de comparar el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes sobre diarrea aguda en madres de niños menores de 5 años que acuden al C.S. Ciudad Nueva y San Francisco. Se usó una población de 98 madres del C.S. Ciudad Nueva y 145 del C.S. San Francisco. Se recolectó la información usando un cuestionario, comprobándose diferencia estadística significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas en diarrea aguda entre madres que acuden a ambos centros. No hubo diferencias significativas para los grupos comparativos.¹¹

Matta et al realizó un estudio en el Centro Materno Infantil Zapallal, de tipo descriptivo, correlacional con enfoque cuantitativo. Usó una muestra de 169 madres de niños de un año que cumplieron con los criterios de selección. La recolección de datos fue mediante una encuesta, encontrándose que la mayoría de madres (66,3%) cuentan con un nivel de conocimiento medio, y en el 16% es bajo. Separando el nivel de conocimiento según las dimensiones, se obtuvo que en la dimensión enfermedad diarreica aguda el nivel de conocimiento fue alto (48,5%); y en las otras dos dimensiones, medidas preventivas (65,1%) y prácticas en el hogar (63,3%), respectivamente. Si tenemos en cuenta la edad, el grado de instrucción y ocupación de las madres, no hubo asociación significativa. La conclusión final fue que el nivel de conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda fue medio.¹²

La Cruz et al realizó un estudio observacional con corte transversal, a través de encuestas a madres que acuden al servicio de pediatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, en el período de noviembre 2011 a marzo 2012. Siendo la mayoría de la población menores de 35 años. Del total de 111 madres, un tercio había acabado la secundaria. Sin embargo, solo 14,4% tuvo adecuado conocimiento sobre estrategias primarias de prevención en diarrea. Se encontró asociación significativa entre bajo nivel de instrucción materna y nivel socioeconómico, con pobre conocimiento en prevención en EDA. Por ello es importante que las campañas educativas deben ser dirigidas a estos grupos.¹³

Nivín en su estudio, el cual fue analítico y transversal con pediatras de dos hospitales en Lima (MINSA y EsSalud) que fueron voluntarios, usando un cuestionario autoadministrado, validado previamente, que fue anónimo, con preguntas que tuvieron como fin evaluar los conocimientos sobre el uso de SRO. El análisis fue de dos tipos, uno descriptivo y otro bivariado entre edad, tiempo de ejercicio como pediatra, y puntaje de conocimientos mediante el coeficiente de correlación de Pearson y comparación de medias para el nivel de percepción de conocimientos y puntaje de conocimientos, que tuvo un promedio general de 40 puntos (máximo posible 80). En el 100% de los pediatras, el nivel de conocimientos fue inadecuado (puntaje \leq 63). La edad ($r= -0.223$, $p= 0.212$) y el tiempo que ejercen como pediatra ($r= -0.095$, $p= 0.597$) no tuvieron correlación con el puntaje de conocimientos. No hubo diferencia en el puntaje obtenido en conocimientos entre quienes afirmaron tener un conocimiento regular (38.89.7) y los que dijeron que era bueno (42.49.4) ($p=0.305$). Se concluyó que hay gran falencia en el manejo de un niño con deshidratación por diarrea aguda infecciosa,

necesitándose en forma urgente renovar y afianzar los conocimientos que contribuyan al manejo adecuado de estos.¹⁴

Herrera et al realizó un estudio pre-experimental de intervención tipo antes y después en madres que tienen niños menores de un año que acuden a los consultorios de medicina familiar 22 y 23 del Policlínico Universitario Diego del Rosario del Área Norte del municipio Morón, entre agosto del 2007 y agosto del 2008, que tiene como objetivo elevar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna y hábitos higiénicos dietéticos en la prevención de las EDAs, la cual se realizó a través de una capacitación según las necesidades de aprendizaje previamente identificadas. Se contó con un universo de 51 madres, y una muestra de 31, según cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. La encuesta que se aplicó al inicio, hizo un diagnóstico previo, detectando las necesidades de aprendizaje, con lo cual se confeccionó la estrategia de intervención. Al finalizar, se aplicó la misma encuesta para medir el impacto de la estrategia empleada. Los principales resultados fueron nivel de conocimiento evaluado fue inadecuado, así como las condiciones de higiene personal y ambiental antes de la intervención. Se concluyó que la intervención logró cambios favorables de conducta en madres de niños menores de un año.¹⁵

Gamarra et al realizó un estudio observacional descriptivo, cuantitativo en zonas rurales del distrito de Villa María del Triunfo - Lima. En la fase cuantitativa se usó un cuestionario de 10 preguntas cerradas con respuestas dicotómicas sobre conocimientos y 10 preguntas con categorías de respuesta en escala de Likert sobre actitudes en 161 madres. Para la fase cualitativa se realizó 28

entrevistas y 4 grupos focales para identificar la percepción en 68 madres. Las Principales medidas de resultados son: tipo de actitudes, nivel de conocimientos y percepciones sobre lactancia materna (LM), alimentación complementaria (AC) y alimentación durante una enfermedad. Se encontró que el 81% de mostró un nivel de conocimientos alto, 65% estuvo de acuerdo con la LM exclusiva durante el primer semestre de vida, 63% tenía buenas prácticas en alimentación complementaria. La mayoría sabía que la LM debía ser hasta dos años; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a madurar el estómago, la LM ya no es suficiente y el niño tiene más apetito; el consumo de alimentos debería ser regular, con volúmenes pequeños y mayor número de tomas. Se concluyó que el nivel de conocimiento en las madres fue alto, comprobándose en las buenas actitudes observadas.¹⁶

Valerio en su tesis, que fue tipo cuantitativo, descriptivo comparativo, transversal observacional y prospectivo, en los meses de febrero a marzo del 2010. Aquí entrevistó a 125 madres de niños que acudieron a la URO del Instituto Nacional de Salud del Niño, encontrándose que las madres poseen en su mayoría conocimientos deficientes (83,2%) y prácticas inadecuadas (96,8%) sobre la alimentación del niño durante la EDA, no encontrándose diferenciados con la edad y el nivel de educación de la madre.¹⁷

Reyes et al realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, durante diciembre del 2006. Se confeccionó un cuestionario tomando en cuenta los objetivos que fueron propuestos; se trabajó con 453 madres de un universo de 499, incluyendo las que quisieron participar. Predominó el grupo etáreo dentro del

intervalo de 18 a 23 años (183 = 40.04%), de éstas, 232 madres (51.21%) tienen nivel primario y 168 (37.08%) con nivel secundario. Los alimentos que las madres restringieron son: El huevo 429 (94.70%), el pescado 415 (91.61%) y la fórmula láctea 304 (67.10%). Se concluyó que el conocimiento en EDAs es inadecuado.¹⁸

López realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en 75 madres de niños menores de 5 años que ingresaron al servicio de gastroenterología del HFVP durante noviembre del 2008. Se diseñó una encuesta teniendo como piloto a informantes claves, y a partir de la misma se elaboró el instrumento de recolección final. Los principales fueron: aproximadamente 75% del grupo estaban entre 20 y 30 años, el 47.7% solo contaba con educación primaria, el 52.3% vivían en unión libre, 62% eran procedentes del casco urbano, 75.4% de madres eran amas de casa. La edad más prevalente en los niños fue de 1 a 3 años (47.7%), seguido de los menores de 1 año. En la mayoría de las madres el conocimiento y la actitud sobre el tratamiento de la diarrea eran buenos, pero deficiente en el tema de la alimentación del niño durante la misma. El personal de salud fue la principal fuente de información de la mayoría de madres. Se encontró la gran necesidad de educar a la población sobre los alimentos que se deben y no administrar durante los episodios de diarrea, punto débil en el manejo que tenían la mayoría de madres.¹⁹

Valenzuela et al realizó un estudio seleccionando mediante muestreo no probabilístico a 209 madres de familia de la población yaqui, México; teniendo como requisito de inclusión que al menos tuvieran un hijo menor de seis años pertenecientes a esta etnia, y que en las últimas 72 horas, durante la entrevista,

cursaran al menos con un episodio de diarrea. Se usó un diseño no experimental de tipo transversal correlacional; encontrándose que el nivel de conocimiento que tenían este grupo de madres con respecto a causas, síntomas y cuidados durante los episodios diarreicos es medio. Existiendo además, una baja a moderada correlación entre los factores del modelo de acción razonada, la misma que para el caso específico de esta cultura, no resultó del todo adecuada, debido a que el modelo propuesto no fue hecho para comunidades indígenas, sino para poblaciones escolarizadas y urbanas. Por tanto, se recomienda que para futuras investigaciones se usen técnicas cuantitativas asociado a otras cualitativas para poder obtener datos más confiables, y poder incluir en la evaluación aspectos referentes a la idiosincrasia y cultura.²⁰

Delgado et al realizó un estudio descriptivo a través de una encuesta, aplicando un instrumento de investigaciones operativas de AIEPI, a 204 cuidadoras que asistieron consecutivamente por primera vez a la consulta de crecimiento y desarrollo en un hospital de nivel I en Popayán, Colombia. Se midieron las siguientes variables: edad de la madre, edad y sexo del niño, área (rural-urbana), estrato socioeconómico, vínculo con el Sistema Nacional de Seguridad Social en Colombia, número de hijos, escolaridad, convivencia con abuela del menor, convivencia con compañero,. La variable conocimientos se determinó a través de una pregunta dicotómica: la madre conocía si sabía al menos dos signos de alarma en EDA. Se establecieron proporciones y medias para poder caracterizar a toda la población. Se evidenció que la mitad de las madres no conocen signos de alarma, lo que hace necesario poner en práctica intervenciones educativas en

EDA difundiendo la estrategia AIEPI; para lo cual hay que incluir en la difusión a las abuelas y a las madres que no conviven con ellas.⁶

Gutiérrez et al en su estudio, realizó una evaluación de conocimientos antes y después de la intervención a 150 madres de niños con diarrea. La mediana de calificación para conocimientos correctos del manejo efectivo en casos de diarrea fue de 5 puntos antes de realizar la intervención educativa y alcanzó el máximo puntaje después de la misma (10 puntos después) ($P < 0.001$). La sed fue el signo de deshidratación y de alarma que menos se llegaron a identificar. El aumento en la frecuencia de la alimentación fue el componente que menos se aplicó. La conclusión final del estudio fue que después de una intervención educativa por el personal de salud, se consiguió la mejoría del conocimiento de las madres sobre el manejo de la diarrea en el hogar.²¹

Bachrach et al realizó un estudio en Kingston, Jamaica, de tipo observacional de casos y controles entre febrero y mayo de 1997. La muestra se escogió por conveniencia en niños de menos de 5 años, recogiendo los datos mediante entrevistas personales. El primer grupo estaba formado por 117 niños con gastroenteritis aguda, y el otro por 98 niños con problemas agudos diferentes. Se entrevistó a 215 cuidadores, de los cuales 197 eran las madres, 5 eran los padres, 9 eran tutores y 4 eran las abuelas. La media en la edad de los cuidadores, su nivel de educación y estatus socioeconómico eran similares en ambos grupos. Los cuidadores del primer grupo tenían niños más pequeños y menos acceso al agua potable y a frigoríficos. Los niños cuyos cuidadores nunca habían oído hablar de la rehidratación oral presentaban riesgo más alto de sufrir

gastroenteritis y deshidratación (odds ratio: OR): 4,6; intervalo de confianza del 95% (IC95): 1,8-11,7], al igual que los niños que tenían cuidadores con escasos conocimientos sobre prevención y tratamiento de la diarrea y la deshidratación (OR: 3,7; IC95: 1,6-8,8). Otro factor importante que se identificó, fue que los cuidadores tenían poca confianza en su propia capacidad para tratar la diarrea del niño (OR: 2,3; IC95: 1,1-4,9). Todo esto destaca la necesidad de aumentar esfuerzos informativos para que los cuidadores puedan proteger adecuadamente a sus hijos de la morbi-mortalidad asociada a diarrea.²²

Cervantes et al realizó un estudio descriptivo y transversal en 260 madres de niños que tenía menos de 1 año, que acudían al Policlínico Docente "Victoria de Girón" de Palma Soriano, en el período de enero de 1998 a enero de 1999. A estas madres se les aplicó una encuesta elaborada previamente al efecto. Dentro de los resultados sobresalientes, se obtuvo que la mayor parte de ellas consideraban que los parásitos eran la principal causa de las diarreas y que menos del 25% la relacionó con la falta de higiene, ninguna de ellas restringió la lactancia materna y que casi todas conocían la forma adecuada de manejar las sales de rehidratación oral. La información que recibieron al respecto siempre les fue brindada en el nivel primario de atención.²³

1.2. BASES TEÓRICAS

La Diarrea Aguda es muy frecuente en niños menores de 5 años y contribuye de forma importante a un aumento de la mortalidad y morbilidad. Gracias a un programa para el control de la Diarrea Aguda, promovido en especial por la

Organización Mundial de la Salud (OMS) y centrado fundamentalmente en implementar las SRO a nivel comunitario y en el entrenamiento de profesionales de la salud, los índices de mortalidad asociados a la diarrea aguda descendieron en todo el mundo el 75% entre 1980 y 2008, pero siguen siendo muy elevados y se han mantenido en los últimos años.²⁴

DEFINICIÓN.

La diarrea aguda se define como el aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, que se instaura rápidamente y puede ser acompañada de signos y síntomas tales como dolor abdominal, fiebre, náuseas y vómitos. Su causa más frecuente es la infección, y por tanto, la inflamación de la mucosa gástrica y del intestino. Es por ello que el término diarrea aguda es casi sinónimo de gastroenteritis aguda de causa infecciosa.²⁵

La diarrea expresa un aumento en la pérdida de agua y electrolitos a través de las heces. El término agudo se refiere a ser un proceso que puede ser de carácter autolimitado, durando por lo general menos de 2 semanas. Por lo general, se considera diarrea cuando hay más de dos deposiciones que tengan menor consistencia de lo habitual, o una deposición de menor consistencia con presencia de sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas. Esta definición no es precisa, por la múltiple variabilidad en la frecuencia, volumen y consistencia de las deposiciones en el infante. Teniendo en cuenta la edad del niño, se ve por ejemplo que en niños menores de tres meses la frecuencia es más alta, y que el

ritmo intestinal también puede cambiar con el tipo de alimentación. No hay muchos datos de referencia con respecto al volumen fecal a distintas edades.²⁵

EPIDEMIOLOGÍA

La diarrea aguda es parte de las enfermedades más comunes en niños y también es la segunda causa de morbilidad y de mortalidad en el mundo. Siendo la mortalidad en su mayor parte en países en desarrollo. En países industrializados, a pesar de tener mejor condición sanitaria, la diarrea aguda aún sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria. En Europa es la patología que se presenta con mayor frecuencia en niños sanos, calculándose una incidencia anual de 0,5 a 2 episodios en niños menores de 3 años. A pesar de tener múltiples causas (Cuadro I), la principal causa de diarrea aguda es la infección entérica (Cuadro II).²⁵

CUADRO I. Causas de Diarrea Aguda

Infecciones: Entéricas, Extraintestinales.

Alergia Alimentaria: Proteínas de la soya, proteínas de la leche de vaca.

Trastornos absorción/digestión: Déficit de lactasa. Déficit de sacarasa-isomaltasa.

Patologías Quirúrgicas: Apendicitis aguda. Invaginación intestinal.

Ingesta de Fármacos: Antibióticos. Laxantes.

Intoxicación por metales pesados: Zinc, cobre.

Fuente: Protocolos Diagnóstico-Terapéutico de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP

Desde que se descubrió el virus Norwalk en 1972 (primer virus que se identificó como agente etiológico de diarrea aguda en los humanos, se han definido cuatro categorías de estos virus: rotavirus, astrovirus, adenovirus entéricos y calicivirus humanos. El rotavirus es el principal agente etiológico de diarrea aguda en la infancia, asociándose a un cuadro de enfermedad más grave, infectando a casi todos los niños en los primeros 4 años de vida, principalmente entre los 6 y 24 meses de edad. Son los más frecuentes en aquellos casos que precisan hospitalización y, en países de clima templado, tienen alto predominio en los meses más fríos. Y además, son el principal agente etiológico de diarrea nosocomial en los servicios de hospitalización infantil. Los otros tres virus restantes, producen un cuadro clínico más leve.²⁵

CUADRO II. Causas infecciosas de diarrea aguda

<p>VIRAL: Rotavirus grupo A. Adenovirus entérico. Astrovirus. Calicivirus (Norovirus, Sapovirus).</p>
--

<p>PARASITARIA: <i>Giardia lamblia</i>. <i>Cryptosporidium parvum</i>.</p>

<p>BACTERIANA: <i>Salmonella (typhi y paratyphi)</i>. <i>Salmonella</i> no tifoidea (<i>S. enteritidis</i>, <i>S. typhimurium</i>). <i>Escherichia coli</i> (enteropatógena, enterotoxigénica, enteroinvasiva, enterohemorrágica, enteroadherente, enteroagregante) <i>Shigella sonnei</i>, <i>Yersinia enterocolitica</i>, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Aeromonas</i>.</p>

Fuente: Protocolos Diagnóstico-Terapéutico de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
Pediátrica SEGHNP-AEP

En la mayor parte de los estudios de epidemiología infantil, estos agentes se detectan con más frecuencia en pacientes con gastroenteritis que son tratados en

forma ambulatoria. La dificultad que se tiene en el estudio en heces de las distintas variedades de *E. coli* hace que no se disponga de datos sobre suficiente sobre su incidencia en nuestro medio.²⁵

FISIOPATOLOGÍA

La diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos que se presenta en el colon excede su capacidad de absorción, por lo que se elimina en forma aumentada por las heces. Esto se puede deber a un aumento en la secreción y/o a una disminución de la absorción a nivel de intestino delgado, o, con menor frecuencia, a un proceso similar a nivel de colon. Estas alteraciones son secundarias a una afección intestinal como resultado de la interacción entre el agente infeccioso y la mucosa del intestino.²⁵

En algunos casos se produce la penetración de la mucosa por antígenos extraños (microorganismos o toxinas). Las toxinas microbianas se pueden ligarse a los receptores del enterocito, estimulando mayor secreción epitelial de agua e iones. Además, los microorganismos pueden producir daño en el enterocito, favoreciendo disminución en la absorción de electrolitos, pérdida de las hidrolasas del borde en cepillo y escape de fluido a por el epitelio.²⁵

Los virus, en especial el Rotavirus, producen daño directo de la célula epitelial, además, cuenta con una proteína que actuaría como enterotoxina. Los Protozoos pueden producir lesión vellositaria en infecciones agudas, teniendo entre ellos a la *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum* y *Microsporidium*. Todos estos

processos, conducen a un aumento en la pérdida de agua y electrolitos en las heces.²⁵

La pérdida excesiva de líquidos y electrólitos puede derivar en un cuadro de deshidratación, siendo más frecuente en niños pequeños, por tener mayor área de superficie corporal en relación al peso que el adulto y, por lo tanto, presente mayor volumen de pérdidas insensibles. Además, los mismos, presentan un flujo intestinal de agua y electrólitos más elevado. En estas edades, los niños presentan mayor riesgo nutricional, por una gran respuesta catabólica frente a las infecciones y una depleción de las reservas nutricionales más rápida que el adulto. Otros factores influyentes, son la disminución de la ingesta calórica, por la hiporexia concomitante y la restricción alimentaria habitualmente indicada, y la posible existencia de malabsorción de nutrientes secundaria a una lesión intestinal. Aunque se trata por lo general de un proceso leve y autolimitado, siendo la complicación más importante la deshidratación, en ocasiones se puede desarrollar una diarrea prolongada, que surge como consecuencia de:

- **Intolerancia a la lactosa**, se relaciona con un déficit transitorio de lactasa, ocasionado por daño de las enzimas del borde en cepillo intestinal. Es relativamente frecuente, sobre todo en diarreas por rotavirus. En Europa no se le da una relevancia clínica, pero en países con un alto porcentaje de malnutrición aún es un problema importante.
- **Sensibilización a proteínas de la leche de vaca**, al existir en la diarrea aguda un aumento en la absorción de antígenos de la leche de vaca que puede desencadenar una respuesta inmune, local o sistémica.

- **Sobrecrecimiento bacteriano**, por contaminación bacteriana en tramos altos del intestino delgado. Contribuye al mantenimiento de la diarrea por acción directa de las bacterias sobre la mucosa intestinal y/o por deconjugación que sufren las sales biliares.²⁵

DIAGNÓSTICO

La diarrea aguda es un proceso autolimitado, por lo que solo necesita en la mayoría de los casos una adecuada valoración del paciente (historia clínica y examen físico), para establecer las indicaciones necesarias. La gravedad de la diarrea está en relación directa con el grado de deshidratación, siendo fundamental su valoración exacta, para evitar intervenciones innecesarias y como consecuencia de ello, un retraso en el tratamiento.²⁵

Valoración del estado de hidratación

El dato clínico más exacto para considerar el grado de deshidratación es el porcentaje de pérdida ponderal, lo que representa el déficit de líquidos existente. La deshidratación se considera según esta pérdida como:

- Leve o no deshidratado: pérdida menor del 3% del peso corporal.
- Moderada: pérdida del 3 al 9% del peso corporal.
- Grave: pérdida mayor del 9% del peso corporal.²⁵

Por lo general, se debería disponer de un peso previo, pero al no tenerlo en la mayoría de los casos, se realiza una aproximación a través de escalas clínicas (conjunto de signos y síntomas), aunque las mismas no están validadas para el manejo de pacientes a nivel individual (Cuadro III). En la historia clínica el principal dato respecto a la ausencia de deshidratación es que el paciente cuente

una diuresis normal. Respecto a los signos clínicos independientemente asociados a deshidratación, los más significativos son: pérdida de turgencia cutánea, respiración anormal, relleno capilar lento, mucosa oral seca, ausencia de lágrimas y alteración neurológica. Cuando se toman en conjunto, la presencia de 2 de los 4 últimos predice un déficit del 5% con una sensibilidad y especificidad del 79% y 87% respectivamente.²⁵

CUADRO III. Estimación del grado de deshidratación			
	Deshidratación Leve	Deshidratación Moderada	Deshidratación Severa
Pérdida de Peso (%)			
Lactante	< 5%	5 – 10%	>10%
Niño Mayor	> 3%	3 – 9%	>9%
Mucosas	+/-	+	+
Disminución de la turgencia cutánea	-	+/-	+
Depresión de la fontanela anterior	-	+	+ / ++
Hundimiento del globo ocular	-	+	+
Respiración	Normal	Profunda, posiblemente rápida	Profunda y rápida
Hipotensión	-	+	+
Pulso Radial	Frecuencia y fuerza normal	Rápido y débil	Rápido, débil, a veces impalpable
Perfusión	Normal	Fría	Acrocianosis
Flujo de orina	Escaso	Oliguria	Oliguria/anuria

Fuente: Protocolos Diagnóstico-Terapéutico de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP

Se suele encontrar alteración de electrolitos (Cuadro IV) principalmente asociado a edad menor de 6 meses, junto con mucosas secas, vómitos, llenado capilar lento, ausencia de diabetes y taquicardia.²⁵

Parámetros bioquímicos

En la mayoría de los niños que presentan deshidratación leve no se necesitan estudios de laboratorio, necesiándose para su diagnóstico y la monitorización de su tratamiento únicamente la valoración clínica. Además, ya que las SRO ofrecidas en cantidades adecuadas son suficientes para corregir las alteraciones electrolíticas, no es necesario medir electrolitos en niños que son rehidratados con éstas. Este estudio se realizará solo en los casos de deshidratación grave, en casos cuya historia clínica o examen físico no concuerdan con un episodio habitual de diarrea y en todos los casos en que se va a administrar rehidratación intravenosa, recomendándose determinar glucosa y bicarbonato, siendo el bicarbonato el parámetro más útil respecto al estado de hidratación.²⁵

Se ha estimado una prevalencia de hipoglucemia de entre el 2 y el 9% de niños con diarrea y del 14% en menores de 6 meses. La escasa cantidad de datos clínicos que puedan predecir esta situación y las consecuencias de una hipoglucemia no tratada propone la importancia de determinar la glucemia en niños menores de 5 años con diarrea aguda y deshidratación.²⁵

CUADRO IV. Estimación de la alteración de electrolitos			
	Isotónica	Hipotónica	Hipertónica
Nivel sérico de sodio (mEq/L)	130 – 150	<130	<150
Frecuencia	80%	5%	15%
Líquido extracelular	Marcadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Disminuido
Líquido intracelular	Mantenido	Aumentado	Disminuido
Clínica	Hipovolémica: ojos hundidos, pliegue, hipotonía, shock	Hipovolémica	Más neurológica: fiebre, sed intensa, irritabilidad, convulsiones, oliguria

Fuente: Protocolos Diagnóstico-Terapéutico de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP

Diagnóstico Etiológico.

Para definir la etiología bacteriana o viral, no hay datos en la historia clínica, examen físico o exámenes auxiliares que nos ayuden. Algunos parámetros como son: fiebre alta, presencia de sangre en heces, dolor abdominal o afectación neurológica, podrían guiarnos hacia una etiología bacteriana. Otros datos, como inicio brusco de la diarrea, ausencia de vómitos, presencia de leucocitos en heces, proteína C reactiva aumentada o edad mayor de 3 años, tienen un menor valor predictivo. Sin embargo, ya que el conocimiento del agente causal no es primordial para el abordaje terapéutico de la diarrea, el estudio microbiológico no suele ser rutinario, siendo necesario solo en los casos de:

- Diarrea mucosanguinolenta.
- Inmunodeficiencias.
- Diarrea prolongada.
- Ingreso hospitalario.
- Sospecha de toxiinfección alimentaria.
- Diagnóstico dudoso.
- Viaje reciente fuera del país.²⁵

El estudio microbiológico habitual incluye coprocultivo (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Aeromona*) y detección de antígeno de rotavirus del grupo A, adenovirus y astrovirus.²⁵

CRITERIOS DE SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA.

El manejo de la Diarrea Aguda debe iniciarse en casa, por ello se recomienda que las familias dispongan de SRO e inicien la rehidratación del niño en cuanto se

inicie la diarrea, independientemente del agente causante, esto reduce las complicaciones y el número de visitas a centro de atención en salud. También es importante estar atentos a las posibles complicaciones y se deben identificar y considerar las condiciones socioeconómicas de la comunidad y de los pacientes debido a su impacto en la Diarrea Aguda.²⁴

La ESPGHAN/ESPID recomienda solicitar atención médica para lactantes y niños pequeños con Diarrea Aguda en caso de:

- Vómito persistente (> 2 vómitos).
- Número alto de evacuaciones (> 8 episodios en 24 h).
- Enfermedad de base relevante (malnutrición, diabetes, enfermedad renal, estados de inmunosupresión).
- Edad menor de 2 meses.²⁴

Dadas las características de nuestro medio, donde puede haber difícil acceso a sitios de atención médica, se sugiere recomendar la búsqueda de atención médica cuando los padres sospechen deshidratación o cuando no se pueda reponer por la vía oral el alto número de evacuaciones o vómitos que presente, previniendo de esta forma una atención tardía. Además, es importante informar a los padres y cuidadores de cómo reconocer los posibles signos de alarma y explicar cómo obtener ayuda inmediata de un profesional de la salud si se producen.²⁴

CRITERIOS DE GRAVEDAD Y NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

Las recomendaciones para iniciar tratamiento hospitalario son derivadas del consenso ESPGHAN/ESPID2 y comprenden:

- Deshidratación grave (> 9% del peso corporal).
- Choque.
- Vómitos persistentes o biliares.
- Alteraciones neurológicas (letargo, crisis convulsivas, etc.).
- Fracaso del tratamiento con SRO.
- Problemas sociales que impidan el manejo adecuado en el domicilio.
- Sospecha de proceso quirúrgico.²⁴

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico. El principal objetivo del manejo terapéutico es la corrección de la deshidratación y, una vez realizada, la recuperación nutricional.

Rehidratación:

La evidencia de un transporte de sodio acoplado al transporte activo de glucosa u otras pequeñas moléculas orgánicas en el intestino delgado ha facilitado el desarrollo de soluciones de rehidratación oral. La solución inicialmente utilizada, recomendada por la OMS en 1977, fue evaluada inicialmente en pacientes con diarrea colérica, con grandes pérdida de sodio por las heces, por ello su contenido de sodio era relativamente elevado (90 mEq/litro). El uso de esta solución en niños con otro tipo de diarrea, principalmente viral y con menores pérdidas fecales

de sodio, se asoció a riesgo de hipernatremia. En 1988 la Academia Americana de Pediatría recomendó la utilización de una solución de rehidratación oral con una concentración de sodio de 75 mEq/litro para la fase de rehidratación, y de 40 mEq/litro para la fase de mantenimiento. A su vez, la ESPGHAN en 1992 sentó las recomendaciones para una solución de rehidratación oral en niños europeos con menor contenido en sodio (60 mEq/litro).²⁵

Actualmente, hay suficiente evidencia de las ventajas de la rehidratación oral frente a la intravenosa, principal forma de rehidratación antes de la década de los setenta. Un reciente metaanálisis de los estudios publicados sobre la eficacia y seguridad de la rehidratación oral frente a la intravenosa en niños con diarrea aguda, muestra un porcentaje muy bajo de fracasos (solo un 4% de los casos precisó pasar a rehidratación intravenosa), reduciendo significativamente la estancia hospitalaria con la rehidratación oral, así como una menor incidencia de efectos adversos graves.²⁵

La disponer actualmente de soluciones de rehidratación oral adecuadas hace que su administración sea el método de elección en el tratamiento de la deshidratación. La presentación de la mayoría son sobres con polvo para reconstituir, lo que puede llevar a errores, por ello, son más ventajosas, por no necesitar manipulación, las soluciones de presentación líquida, aunque su precio es más elevado.²⁵

Es necesario que la solución de rehidratación oral no debe ser sustituida por algunas bebidas de uso común con un mejor sabor pero que no reúnen en su composición las condiciones adecuadas. De las más utilizadas son las llamadas bebidas isotónicas, diseñadas para reponer las pérdidas de agua y sales durante el ejercicio y que contienen solo entre 10 y 20 mEq/litro de sodio y 15 mEq/litro de

potasio; las bebidas gaseosas, que contienen menos de 4 mEq/litro de sodio, mínimas cantidades de potasio y osmolaridades por encima de 450 mOsm/litro por un alto contenido en carbohidratos; y los zumos de frutas que, aunque tienen una mayor concentración de potasio (>20 mEq/litro), aportan mínimas cantidades de sodio y osmolaridades entre 600 y 700 mOsm/litro.²⁵

Son contadas las **situaciones que contraindican la rehidratación oral:**

- Shock hipovolémico.
- Deshidratación grave.
- Alteración en el nivel de conciencia.
- Íleo paralítico.
- Pérdidas fecales intensas mantenidas (> 10 ml/kg/h).
- Cuadro clínico potencialmente quirúrgico.²⁵

El ritmo de administración oral de la solución de rehidratación sería:

- Si no hay signos de deshidratación: 10 ml/kg por deposición líquida y 2 ml/kg por vómito para reponer las pérdidas mantenidas, añadido a la dieta habitual del paciente.
- Si la deshidratación es leve: 30-50 ml/kg (déficit) durante 4 horas + pérdidas mantenidas (10 ml/kg por deposición líquida).
- Si la deshidratación es moderada: 50-100 ml/kg durante 4 h + pérdidas (reposición déficit + pérdidas mantenidas).²⁵

La rehidratación se realiza durante 4 horas y luego hay que reevaluar. Mediante técnica de administración en pequeñas cantidades cada 2-3 minutos, para una mejor tolerancia. Se contempla también la rehidratación enteral por sonda nasogástrica, tan efectiva como la oral cuando esta fracasa por intolerancia.²⁵

Todavía hay un cierto porcentaje de fracasos de la rehidratación oral atribuible, entre otras causas, a la necesidad de tiempo y personal que supone su utilización y, principalmente, a la falta de efecto en los síntomas. Esto conduce a los padres y cuidadores a la idea de un fallo del tratamiento, por lo cual hay que reforzar la información aportada por el personal sanitario. En los últimos años se han investigado **nuevas soluciones de rehidratación oral** que incidan en los síntomas de la diarrea. Los aspectos que se han considerando son:

- Disminución de la osmolaridad de la solución, asociada a una menor necesidad de rehidratación intravenosa y a una disminución en el volumen de heces y el número de vómitos, sin riesgo adicional de hiponatremia. Esto ha llevado a que desde el año 2002 la OMS, buscando una mayor eficacia clínica, recomiende una única solución de rehidratación con 75 mmol/l de sodio y una osmolaridad de 245 mosmol/l para la diarrea de cualquier etiología y en todas las edades, siendo efectiva incluso en diarreas del tipo coléricas a pesar de su bajo contenido de sodio.
- Sustitución de la glucosa por hidratos de carbono complejos, procedentes sobre todo del arroz, que aportan mayor número de moléculas de glucosa para el cotransporte de sodio sin sobrecarga osmótica. Se demostró disminución del volumen de las heces en los casos de cólera, pero no en niños con diarrea no colérica.
- Sustitución de la glucosa por otros sustratos, como aminoácidos (glicina, alanina o glutamina), sin evidencia de ventajas terapéuticas.
- Adición de probióticos a la solución, sin encontrar un mejor efecto que cuando la administración de probióticos es posterior a la rehidratación.

- Adición de hidratos de carbono complejos no digeribles, que se fermentan en el colon y producen ácidos grasos de cadena corta que estimulan la absorción de sodio y agua en el colon. Hay una gran variabilidad en los resultados de los estudios, por lo que tampoco hay evidencia para recomendarlos.
- Adición de zinc, no hay suficiente evidencia para su recomendación universal, a pesar de los buenos resultados en los niños malnutridos.
- Adición de proteínas de la leche humana: lactoferrina y lisozima humanas recombinantes, por su papel protector en la leche materna, pero aún hay escasa información disponible sobre su efecto beneficioso.²⁵

Alimentación

Las dos cuestiones fundamentales son: ¿cuándo iniciar la alimentación? y ¿con qué tipo de alimentos ha de reiniciarse?

Realimentación precoz

Se ha observado que la instauración de la alimentación completa habitual del niño tras 4 horas de rehidratación oral favorece mayor ganancia de peso y disminuye la duración de la diarrea o más incidencia de intolerancia a la lactosa. Además aumenta el bienestar del niño al poder comer libremente, sin dietas restrictivas, hipocalóricas y poco apetecibles.²⁵

Tipo de alimentación. Los alimentos ofrecidos deben ser nutritivos, fáciles de digerir y de rápida absorción, económicos, de sabor agradable y, sobre todo, carentes de efectos nocivos sobre el curso de la enfermedad.²⁵

Lactancia materna. La evidencia científica apoya la necesidad de mantenerla, sin restricción. Su buena tolerancia es debida a: menor osmolaridad y mayor contenido en enzimas que la leche de vaca y el aportar factores hormonales y antimicrobianos.²⁵

Fórmula/leche para lactantes. Se ha demostrado que la realimentación de los niños con diarrea aguda pueden ser con una fórmula o leche sin diluir, benéfica sobre todo cuando se añade el uso de una solución de rehidratación oral y el reinicio de una alimentación precoz.²⁵

Lactosa y leches especiales. Actualmente no está indicado una fórmula sin lactosa, hipoalergénica o hidrolizada. Par su uso, habría que esperar la aparición de signos o síntomas de malabsorción para detectar los contados casos en los que pudiera aparecer, siendo indicada en los casos de diarrea prolongada o recidivante, en los que se encuentra un pH menor de 5,5 y/o la presencia de más de un 0,5% de sustancias reductoras en el examen de las heces.²⁵

Dietas mixtas. Hay que mantener una alimentación variada, lo que mantiene una adecuada absorción de macronutrientes, evitar alimentos con alto contenido en azúcares elementales, los que empeoran la diarrea por su efecto osmótico. Son mejor tolerados aquellos alimentos como hidratos de carbono complejos (trigo, arroz, papas, pan y cereales), yogurt, carnes magras, vegetales y frutas.²⁵

Micronutrientes. El zinc es el principal micronutriente implicado en estos cuadros, demostrándose que la suplementación con zinc reduce

significativamente la gravedad de la diarrea en niños en países en vías de desarrollo y disminuye los episodios posteriores. No es claro su mecanismo de acción, aunque se cree que favorece el efecto inmunológico y la recuperación epitelial. La evidencia disponible ha llevado a la OMS y UNICEF a recomendar en países en desarrollo el tratamiento con zinc de todos los niños con diarrea.²⁵

Probióticos. En los últimos años los probióticos han surgido como un nuevo elemento en la prevención y tratamiento de la diarrea infecciosa. La base racional para su uso es su buen papel al modificar la composición de la flora colónica y actuando en contra de los agentes enteropatógenos, demostrando un beneficio clínico moderado de algunos probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda acuosa, principalmente por rotavirus y en lactantes y niños pequeños. Esto, dependiendo de la cepa (siendo los más efectivos *Lactobacillus* GG y *Saccharomyces boulardii*), de la dosis (mayor para dosis > 10¹⁰ UFCs) y no es útil en la diarrea invasiva bacteriana. Es más efectivo cuando se administra de forma precoz y en niños de países desarrollados.²⁵

Tratamiento farmacológico:

Los fármacos de uso habitual en estos procesos son inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida y otros opiáceos y anticolinérgicos), sustancias adsorbentes (colesteraquina, sales de aluminio) y modificadores de la secreción intestinal (sales de bismuto). Estos no están indicados en la población infantil, por no demostrarse su eficacia y/o por la existencia de importantes efectos secundarios.²⁵

Racecadotriilo: Es un inhibidor específico de la encefalinasa, cuya función es impedir la degradación de los opioides endógenos (encefalinas). Estos opioides estimulan el receptor delta antisecretor y reducen así la excesiva secreción de agua y electrolitos en la luz intestinal. Esto no se acompaña de un aumento en el tiempo de tránsito intestinal. Los estudios encontrados concluyen que, añadido a la rehidratación oral, es eficaz en el tratamiento sintomático de la diarrea, disminuyendo su intensidad y duración, con escasos efectos adversos.²⁵

Antieméticos: El vómito es común en estos cuadros, pero su tratamiento aún es controvertido, siendo fundamental el buscar evitar la deshidratación. En los últimos años, países como Canadá y EE.UU. parecen tender a una mayor prescripción de antieméticos, encontrándose en Canadá (mediante un estudio de cohortes) los beneficios del Ondansetrón.²³ A pesar de esto, la ESPGHAN considera que no hay evidencia suficiente para recomendar su uso, pudiendo producir un aumento en el número de deposiciones, aunque habría que valorar su empleo en casos seleccionados.²⁵

Antibióticos: Ya que la diarrea aguda infantil es en la mayoría de los casos un proceso infeccioso autolimitado, sólo se justifican en:

- Pacientes inmunodeprimidos que tengan una enfermedad grave de base.
- Todos los casos de diarrea aguda por *Shigella* y la mayoría de los producidos por *E. coli* enteroinvasiva y enteropatógena, *Clostridium difficile*, *E. histolytica*, *Giardia lamblia* o *Vibrio cholerae*.

- Algunos casos de infección por *Campylobacter*, sobre todo si el tratamiento es precoz; por *Yersinia*, en casos de enfermedad grave y por *Salmonella* en lactantes con bacteriemia y en todo paciente menor de 3 meses.²⁵

PREVENCIÓN:

Ya que la principal vía de contagio es la fécalo-oral, es importante reforzar la higiene ambiental en el medio familiar, con una limpieza adecuada de las manos y los objetos empleados en la manipulación de niños con diarrea. En los últimos años se han desarrollado vacunas frente a algunos de los agentes productores de Diarrea Aguda, sobre todo frente a rotavirus, principal causa de diarrea grave infantil. Actualmente están disponibles dos vacunas seguras y eficaces contra la enfermedad grave por rotavirus. Ambas son de administración por vía oral en tres dosis (pentavalente bovina-humana Rotateq®) y dos (monovalente humana, Rotarix®), pudiendo administrarse con las vacunas de uso habitual. En Europa la ESPGHAN y la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (ESPID) en sus recomendaciones incorporan la vacuna anti-rotavirus en todos los calendarios europeos.²⁵

RECOMENDACIONES ACTUALES Y CONCLUSIONES:

La ESPGHAN estableció para el manejo de los niños europeos con diarrea aguda las guías para la composición óptima de las soluciones de rehidratación oral y posteriormente las recomendaciones para la alimentación en la gastroenteritis aguda infantil. Estas recomendaciones fueron sintetizadas en el 2001 y luego, en

el 2008 se dieron a conocer unas nuevas guías para el manejo de la diarrea aguda, basadas en la evidencia y elaboradas de forma conjunta con la ESPID. Estas guías refrendan las anteriores recomendaciones sobre la rehidratación como base del tratamiento e incorporan la recomendación de vacunación anti rotavirus para todos los niños europeos.²⁵

La Academia Americana de Pediatría adoptó las guías nacionales de manejo de la diarrea infantil establecidas por un panel de especialistas de los CDC (Centers for Diseases Control), actualizadas en el 2003. En el año 2004 la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) realizaron una declaración conjunta sobre el tratamiento clínico de la diarrea aguda, recomendando la utilización de sales de rehidratación oral con baja osmolaridad y la administración sistemática de suplementos de zinc a los niños con diarrea aguda en países en desarrollo.²⁵

Teniendo todo esto como base, se dieron las siguientes recomendaciones en cuadros de diarreas en niños menores de 5 años sin enfermedad de base:

- Rehidratación oral por 3 a 4 horas en niños con deshidratación leve a moderada, seguida de una reintroducción rápida de la alimentación habitual asociada a suplementos de solución rehidratante para compensar las pérdidas constantes.
- En niños con diarrea sin deshidratación, mantener la alimentación habitual, asegurando suplementos de solución rehidratante para compensar pérdidas mantenidas.
- Mantener la lactancia materna en todos los casos.

- En la mayoría de los niños no se debería usar una leche sin lactosa o de un hidrolizado de proteínas de leche de vaca.
- Por lo general, no se necesitan agentes farmacológicos para el manejo de la diarrea aguda.
- El racecadotril se considera eficaz en el tratamiento sintomático, siempre asociado a la rehidratación oral, y según evaluación previa, el uso del ondansetron.
- El uso de antibióticos sería solo en casos muy concretos.²⁵

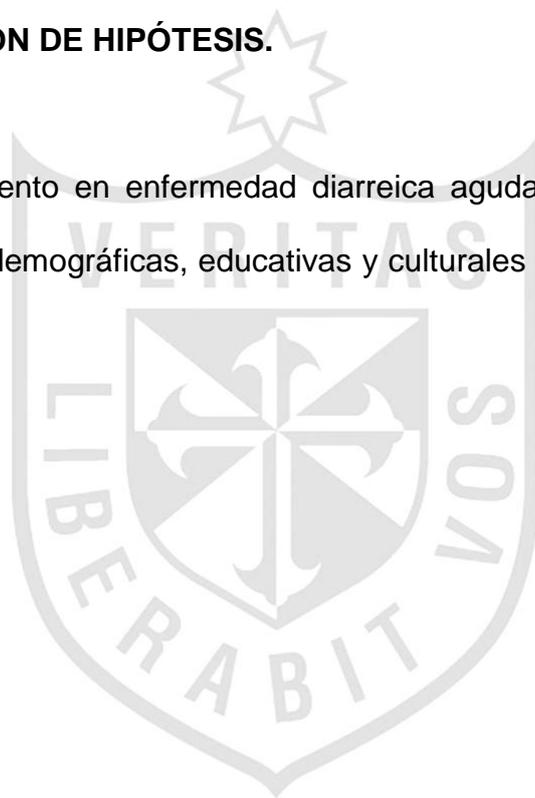
1.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.

- **DIARREA:** Deposición, en número de tres o más veces al día (o una frecuencia mayor que la habitual para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (con consistencia sólida) no se considera diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés con lactancia materna exclusiva. (OMS 2013).³
- **ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA):** Es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, que se caracteriza por evacuaciones líquidas o de menor consistencia y más frecuentes, por lo general en número mayor a tres en 24 horas con un tiempo de evolución menor de dos semanas (OMS, 2013).³
- **DESHIDRATACIÓN:** Es el estado clínico que se produce por la pérdida de agua y solutos. La causa más común en niños es la diarrea.²⁶

- **MICRONUTRIENTES:** Vitaminas y minerales que tienen un requerimiento diario relativamente pequeño pero que es indispensable para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo y en consecuencia para el buen funcionamiento del cuerpo humano.²⁷
- **PROBIÓTICOS:** Microorganismos vivos que, en cantidades adecuadas, confieren un efecto benéfico a la salud del huésped.²⁸

1.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

El nivel de conocimiento en enfermedad diarreica aguda está determinado por características sociodemográficas, educativas y culturales de las madres de niños menores de 5 años.



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO UTILIZADO.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. El cual cuenta con un Diseño No Experimental.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

2.2.1. Población.

Madres de niños menores de 5 años del Nido Children´s House, en Miraflores.

Criterios de Inclusión:

- Madres que aceptaron realizar el estudio.
- Madres que firmaron el consentimiento informado.
- Madres que completaron el llenado del instrumento de recolección de datos.

Criterios de Exclusión:

- Todas las madres que son trabajadoras de salud.
- Personas que no son las madres de los niños (abuelas, cuidadoras, empleadas del hogar, etc.).

2.2.2. Muestra.

La investigación trabajará con todas las madres que reúna los criterios de inclusión y exclusión.

2.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se utilizó el método prospectivo de recolección, durante el período de enero a abril del 2015, teniendo de esa manera información de fuente primaria.

Los datos se ingresaron a una base de datos de Microsoft Excel 2015 y luego se trasladaron al paquete estadístico SPSS v.22. Los resultados fueron agrupados en función a los objetivos específicos y de esta manera fueron expresados por distribución de frecuencia y porcentaje. Todos los datos finalmente fueron analizados y discutidos, para así lograr el objetivo general de este estudio. Se utilizó χ^2 y regresión logística para la determinación de factores.

2.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN UTILIZADO.

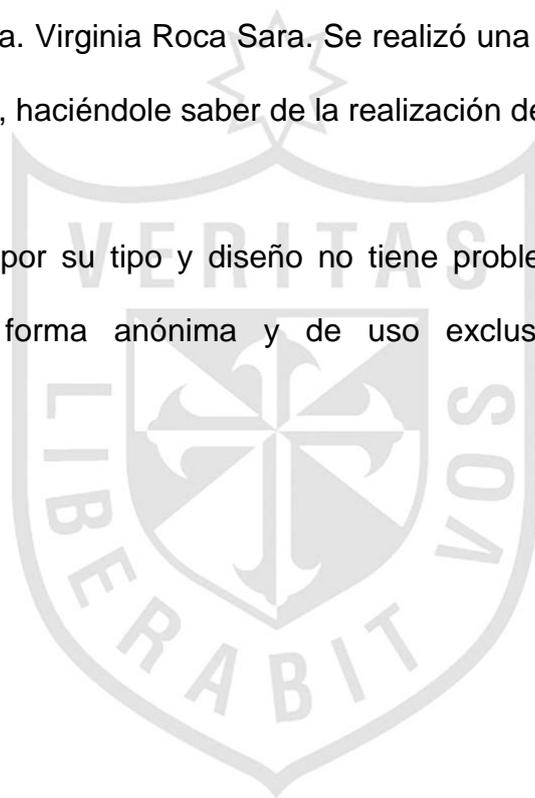
Se usó como instrumento un Cuestionario (Anexo N°02) de opción múltiple, que consta de dos partes: La primera (4 preguntas), corresponde a la madre del niño, que recogerá información de datos como edad, constitución familiar, grado de instrucción y ocupación. La segunda parte, nos informa básicamente sobre el conocimiento que tienen las madres acerca de la diarrea y su manejo; consta de 18 preguntas, dos de las cuales no tienen calificación ya que se trata de saber si es que recibieron información o no acerca de la diarrea y donde la recibieron, 14 preguntas tuvieron calificación de 01 punto cada una y dos preguntas tenían calificación de 03 puntos cada una (más de una alternativa correcta), dando como puntaje máximo 20 puntos.

La información se tomó en base al cuestionario realizado a las madres en las instalaciones del nido. El instrumento ha sido validado por Médicos Pediatras. Confiabilidad del instrumento alfa de cronbach: 0.89

2.5. ASPECTOS ÉTICOS.

Para la realización del presente trabajo, se obtuvo la autorización verbal de la directora del Nido, Sra. Virginia Roca Sara. Se realizó una hoja de consentimiento informado a la madre, haciéndole saber de la realización del estudio.

El presente trabajo, por su tipo y diseño no tiene problemas éticos. Los datos serán tratados en forma anónima y de uso exclusivo para la presente investigación.

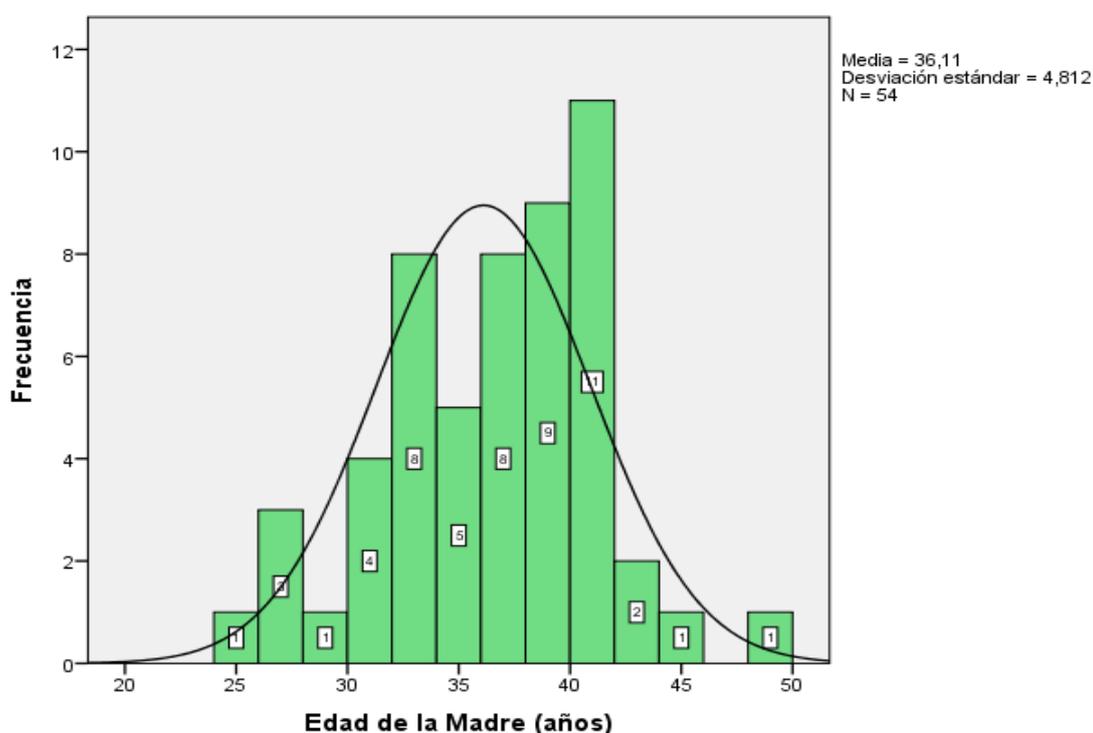


CAPÍTULO III

RESULTADOS

De un aproximado de 83 madres de familia con las que cuenta el Nido Children's House, 57 madres aceptaron participar voluntariamente en una encuesta que fue previamente calificada por un grupo de expertos. Tres encuestas fueron descartadas ya que no fueron llenadas en su totalidad, quedando finalmente con una muestra de 54 madres para el desarrollo del presente trabajo.

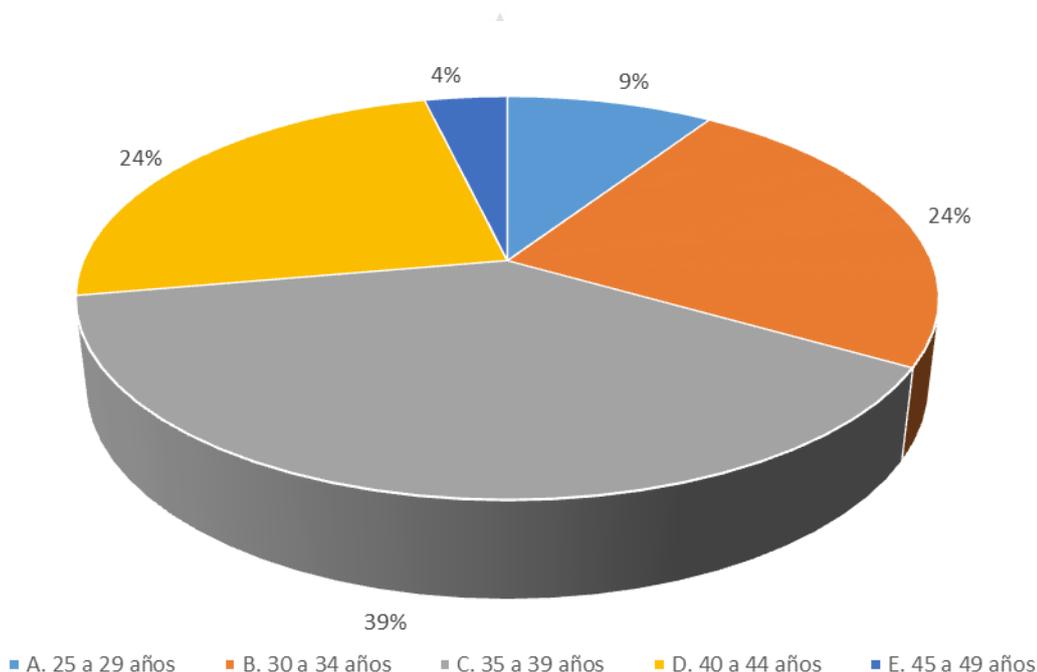
GRÁFICO N°01. EDAD DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN'S HOUSE - 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children's House - 2015

En la Gráfico N°01, se aprecia que del total de las madres, se obtuvo un rango de edad de 24 años entre las participantes, con un mínimo de 25 y un máximo de 49 años, teniendo como edad media los 36 años, siendo la edad más frecuente los 40 años, lo que representa un 18.5% (10/54 madres).

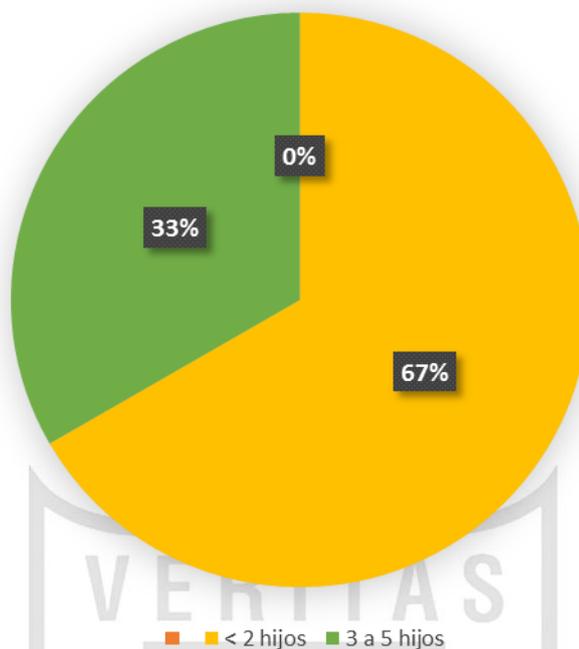
GRÁFICO N°02. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETÁREO DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE - 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En el Gráfico N°02 se clasificó a las madres en grupos según edad, agrupándolas cada cinco años iniciando desde la menor de ellas (25 años) hasta la mayor (49 años) obteniéndose 5 grupos nombrados en forma ascendente desde la “A” a la “E”, encontrándose que el grupo C fue el más grande con 38.9% de las madres (21/54), y el más pequeño el grupo E con 3.7% de las madres (2/54).

**GRÁFICO N°03. NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES ENCUESTADAS –
NIDO CHILDREN’S HOUSE - 2015**



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En el Gráfico N°03, se aprecia que la mayoría de las madres (66.7%) tenía en promedio entre 1 a 2 hijos y el 33.3% restante, entre 3 a 5 hijos.

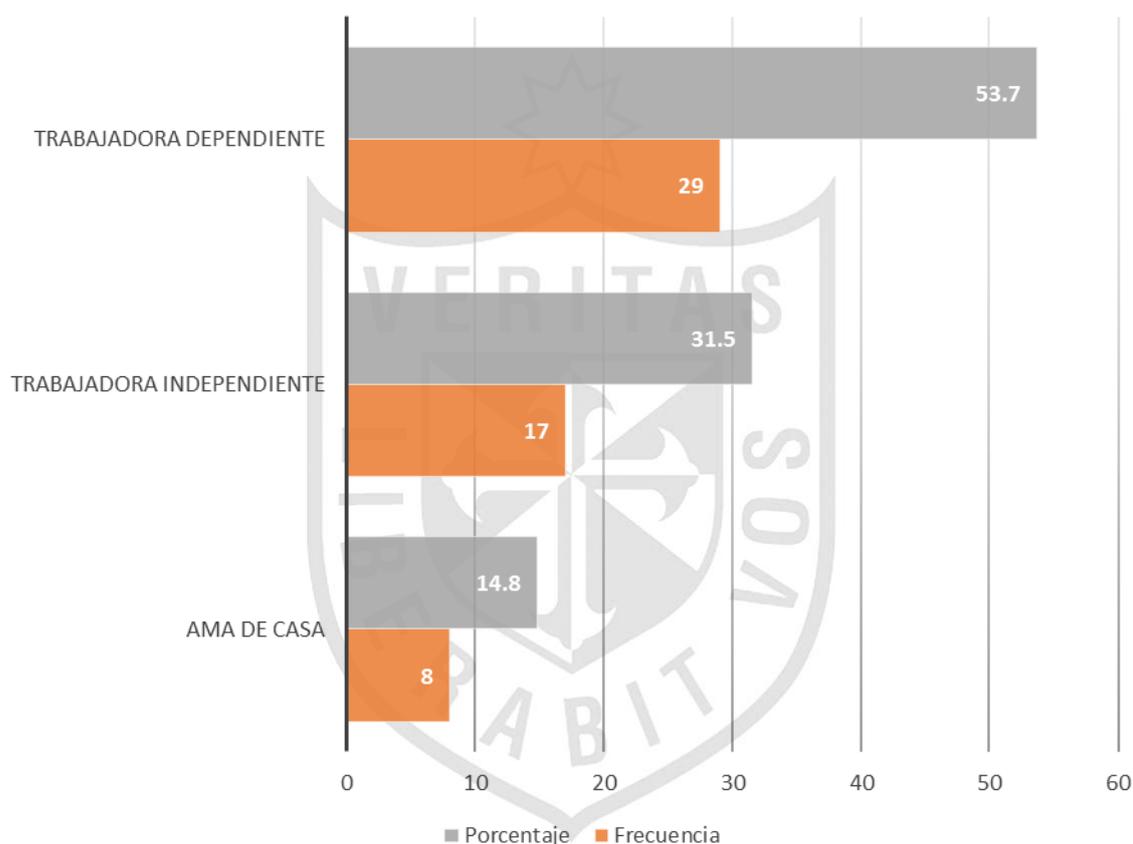
**TABLA N°01. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ENCUESTADAS –
NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015**

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria completa o menos	1	1.9%
Superior Técnico (Instituto)	9	16.6%
Superior Universitario	44	81.5%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En la Tabla N°01, se puede apreciar que predominó el grado de instrucción Superior Universitario, con un 81.5% del total (44/54), seguido por el Técnico con 16.6% (9/54) y el resto de secundaria completa o menos, 1.9% (1/54).

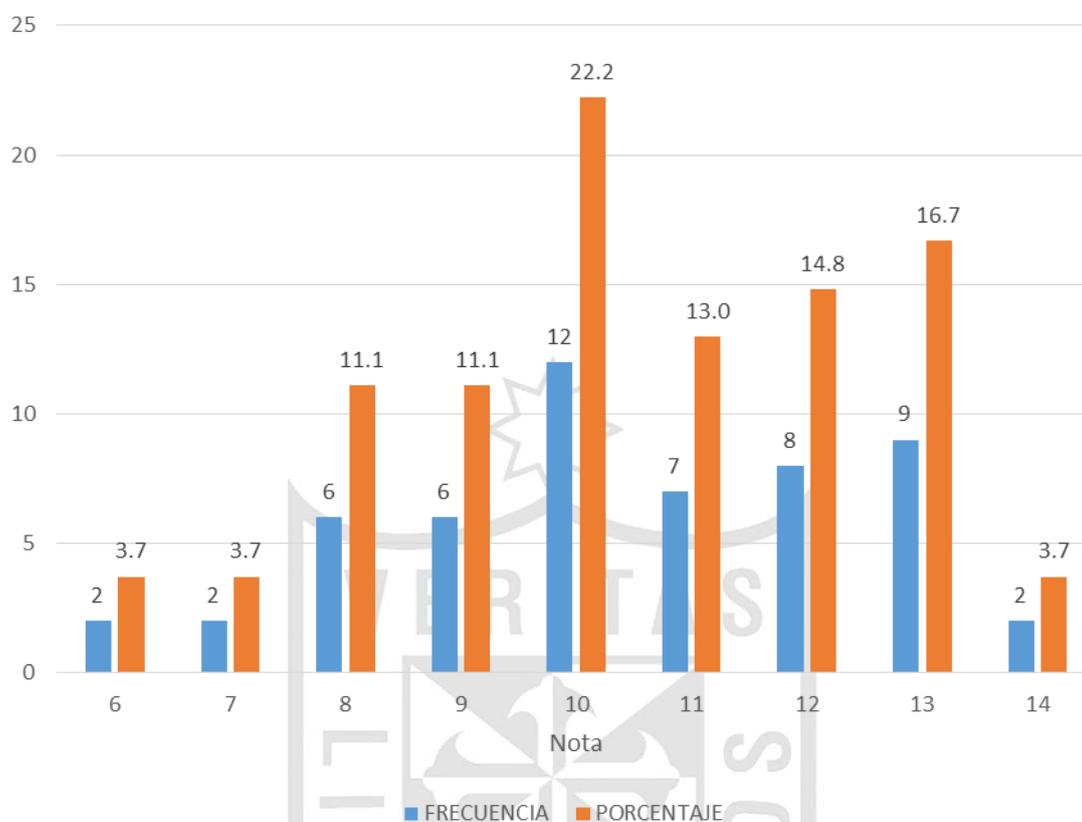
GRÁFICO N°04. OCUPACIÓN DE LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE - 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Con respecto a la ocupación, en el Gráfico N°04, el grupo más grande fue encontrado en las madres que cuentan con un trabajo del tipo dependiente con 53.7% (29/54), seguidas por las que trabajan de forma independiente con 31.5% (17/54) y finalmente, las que son Amas de Casa, con un 14.8% (8/54) de frecuencia.

**GRÁFICO N°05. NOTAS OBTENIDAS EN LAS MADRES ENCUESTADAS –
NIDO CHILDREN’S HOUSE - 2015**



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Se realizó una encuesta sobre conocimientos en diarrea aguda, la cual tenía como puntaje máximo 20 puntos, cuyos resultados se muestran en el Gráfico N°05, encontrándose que la nota mínima obtenida por ellas fue 6 y la máxima 14, con una media de 10.48, siendo la nota más frecuente 10 con un 22.2% (12/54) y las notas mínima y máxima obtenida (6 y 14 respectivamente), fueron las que en menor frecuencia se presentaron con 3.7% en ambos casos (2/54 madres en cada uno ellos).

TABLA N°02. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA DE LAS MADRES

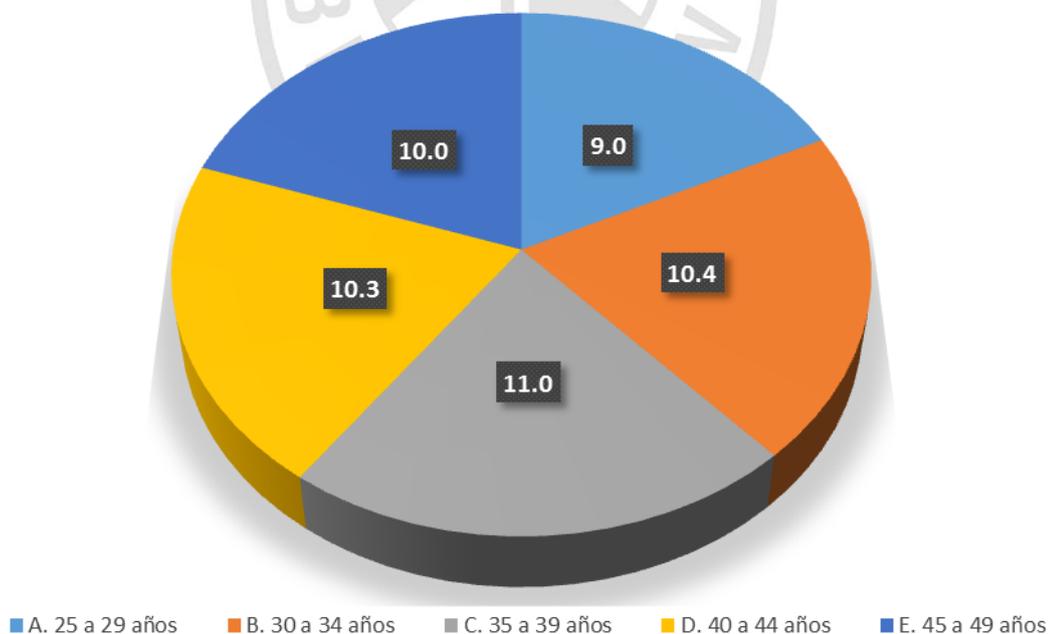
ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Malo (0 a 6 puntos)	2	3.7
Regular (7 a 13 puntos)	50	92.6
Bueno (14 a 20 puntos)	2	3.7
Total	54	100.0

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

El nivel de conocimiento encontrado con más frecuencia fue el regular, con 92.6% del total (50/54), y los dos extremos, bueno y malo, obtuvieron en ambos casos 3.7% del total de las madres encuestadas (2/54 en cada uno).

GRÁFICO N°06. VALOR MEDIO OBTENIDO SEGÚN GRUPO ETÁREO EN LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE - 2015

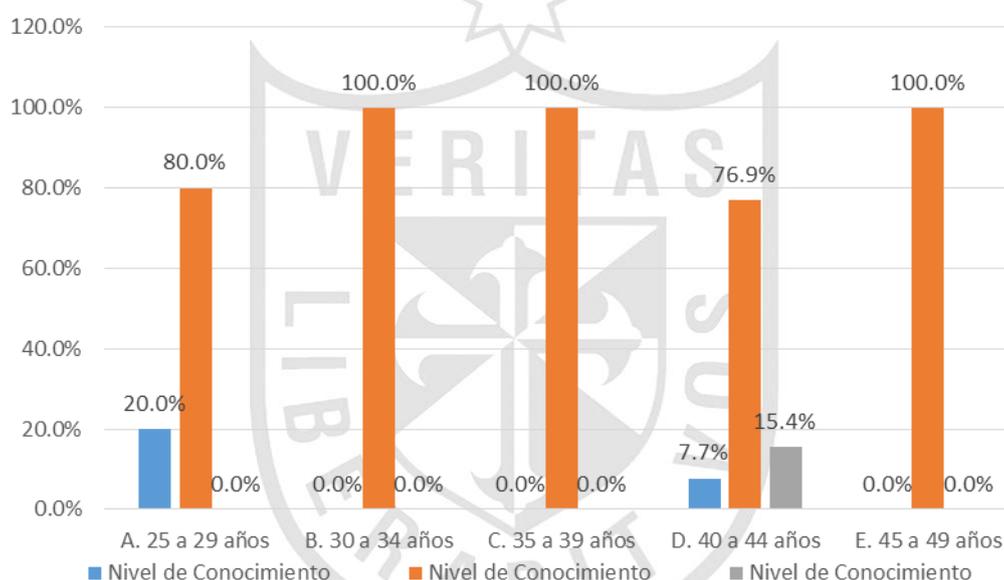


Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

El promedio más alto fue para el grupo C (11.0 puntos), en segundo lugar se encuentra el grupo B (10.4 puntos), tercero está el grupo D (10.3 puntos), cuarto el grupo E (10.0 puntos) y en quinto lugar el grupo A (9.0 puntos).

No encontrándose relación estadísticamente significativa entre los grupos según edad y la nota promedio obtenida.

GRÁFICO N°07 – NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA SEGÚN GRUPO ETÁREO EN MADRES ENCUENTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE - 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Se encontró que en el grupo A, el 20% (1/5) tiene nivel de conocimiento malo y el 80% (4/5) regular. En el B, todas las madres (13/13) tienen un nivel de conocimiento regular, igual que en el grupo C (21/21). En el grupo D, el 7.7% del grupo tiene nivel de conocimiento malo (1/13), 76.9% (10/13) tienen nivel de conocimiento regular y 15.4% (2/13) nivel de conocimiento bueno. En el grupo E, representado por dos madres, ambas tienen nivel de conocimiento regular.

En estos casos no se encontró relación estadísticamente significativa entre en nivel de conocimiento y el grupo según edad. ($p=0.133$)

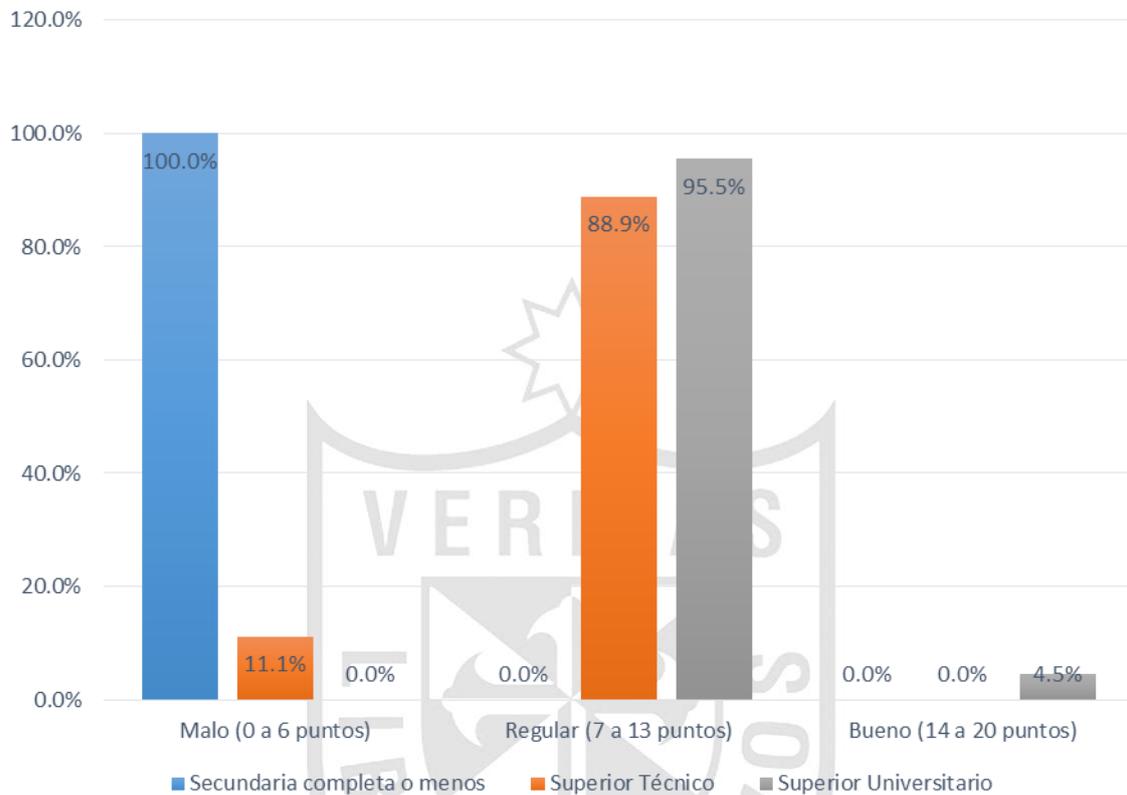
TABLA N°03. VALOR PROMEDIO OBTENIDO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE - 2015

	Frecuencia	Nota Promedio
Secundaria o Menos	1	6.0
Superior Técnico	9	10.1
Superior Universitario	44	10.7
TOTAL	54	

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En la Tabla N°03, se aprecia que la mejor nota promedio fue obtenida por el grupo que cuenta con grado de instrucción superior universitario (10.7 puntos), seguida por el grupo que cuenta con grado superior técnico (10.1 puntos), y por último el grupo que cuenta con grado de instrucción secundaria o menos (6.0 puntos). Se encontró que en este caso si hay relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la nota promedio alcanzada.

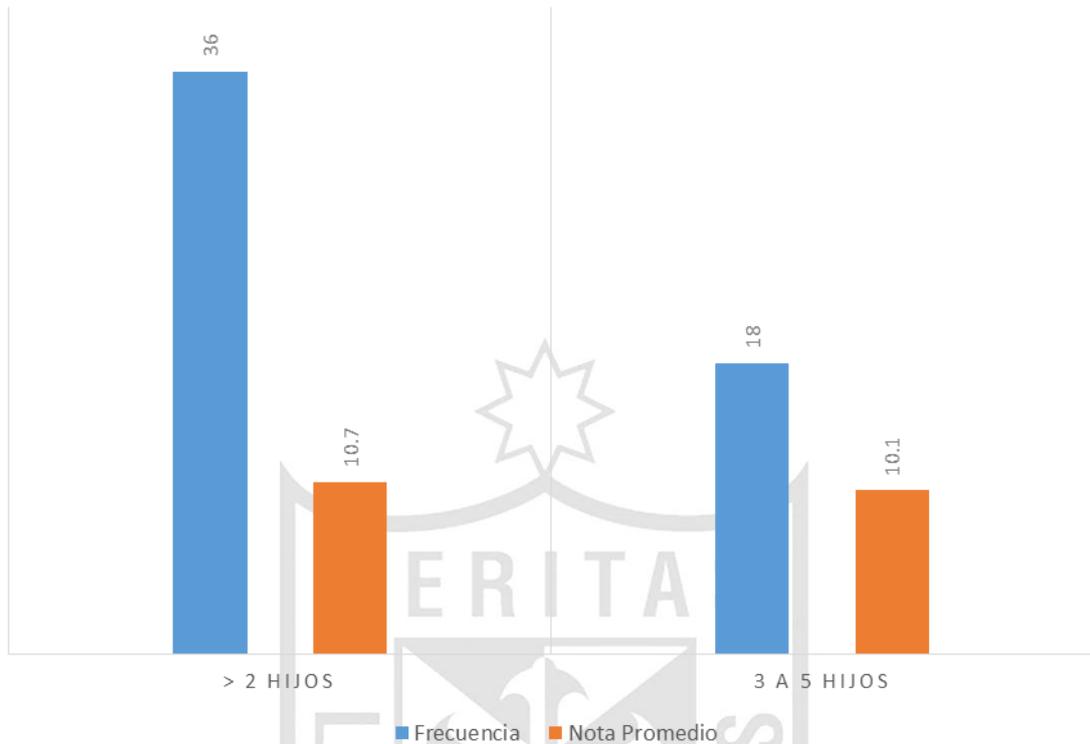
GRÁFICO N°08. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE - 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Cuando se evaluó el nivel de conocimiento con respecto al grado de instrucción, se encontró que de la única madre con Nivel Secundario o menos, tuvo un nivel de conocimiento malo. Del grupo con grado de Instrucción Técnico, el 11.1% (1/9) tuvo nivel de conocimiento malo y el 88.9% (8/9) regular. Del grupo con grado de Instrucción Superior Universitario, el 95.5% (42/44) tuvieron un nivel de conocimiento regular y 4.5% (2/44), bueno. Se obtuvo en este caso, que sí hay correlación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre diarrea. ($p < 0.0001$)

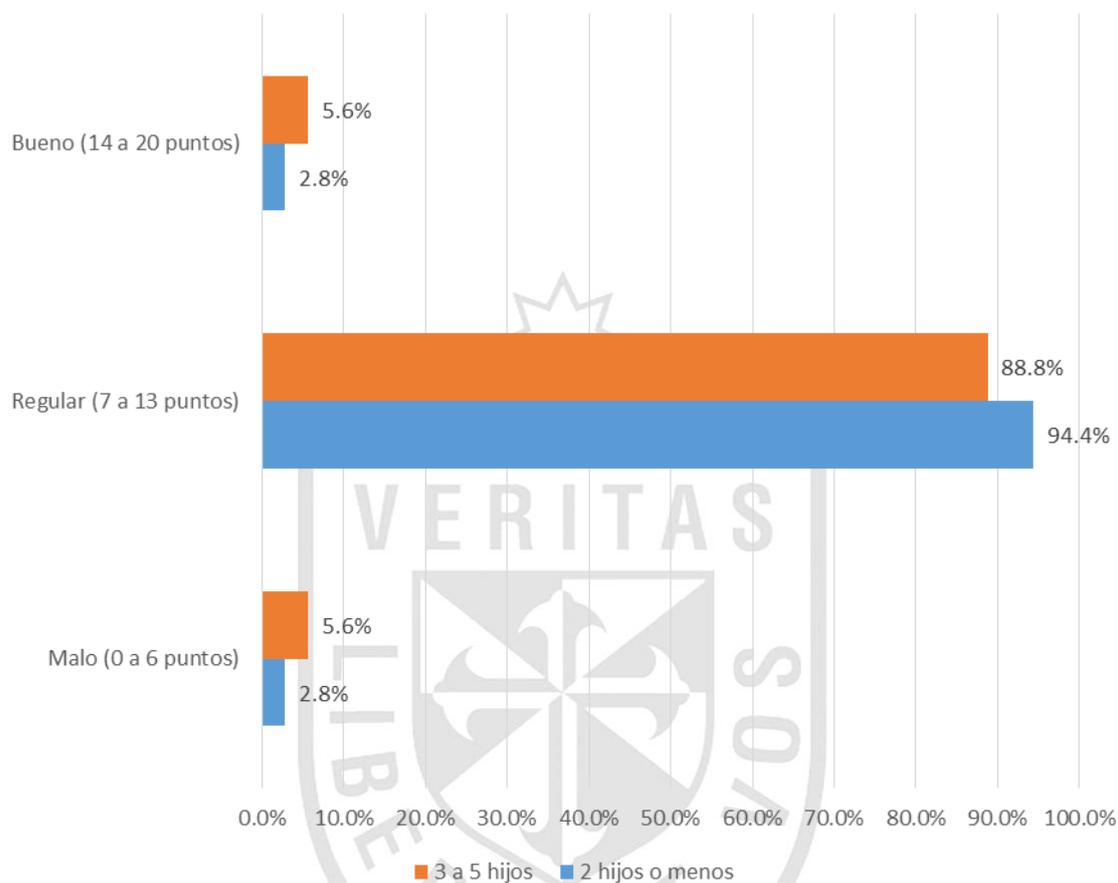
GRÁFICO N°09. NOTA PROMEDIO SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

En el gráfico N°09, se aprecia que el grupo que tiene 2 ó menos hijos (36 madres), tuvo mejor promedio de nota, con 10.7 puntos, mientras que las que tiene entre 3 a 5 hijos, tuvieron un promedio de 10.1 puntos en la calificación de la encuesta. A pesar de este resultado, no se encontró una correlación estadísticamente significativa.

**GRÁFICO N°10. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA SEGÚN EL
NÚMERO DE HIJOS EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S
HOUSE - 2015**



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En la distribución del nivel de conocimiento según el número de hijos, se encuentra que 94.4% (34/36) de madres que tienen 2 hijos o menos, tuvieron un nivel de conocimiento regular, 2.8% nivel malo y 2.8% bueno (1/36 para cada caso); y del grupo que tienen entre 3 a 5 hijos, 5.6% (1/18) obtuvo un nivel de conocimiento bueno, el mismo valor fue para el nivel malo, y 88.8% (16/18) regular. No hay correlación estadísticamente significativa en esta relación. ($p=0.763$)

TABLA N°04. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA SEGÚN EL TIPO DE OCUPACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE –

2015

OCUPACIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO			TOTAL
	Malo (0 a 6 puntos)	Regular (7 a 13 puntos)	Bueno (14-20 puntos)	
Ama de Casa	0 0.0%	7 87.5%	1 12.5%	8
Trabajadora Independiente	2 11.8%	15 88.2%	0 0.0%	17
Trabajadora Dependiente	0 0.0%	28 96.6%	1 3.4%	29
TOTAL	2 3.7%	50 92.6%	2 3.7%	54

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En la Tabla N°04, se aprecia que el grupo de madres que son Trabajadoras Dependientes, tienen en su mayoría un nivel de conocimiento regular, con un 96.6% (28/29) y que el grupo que son Trabajadoras Independientes, son las únicas que presentan un nivel de conocimiento malo, con 11.8% (2/17). A pesar de ello, no se encuentra una relación estadísticamente significativa en esta relación. ($p=0.149$)

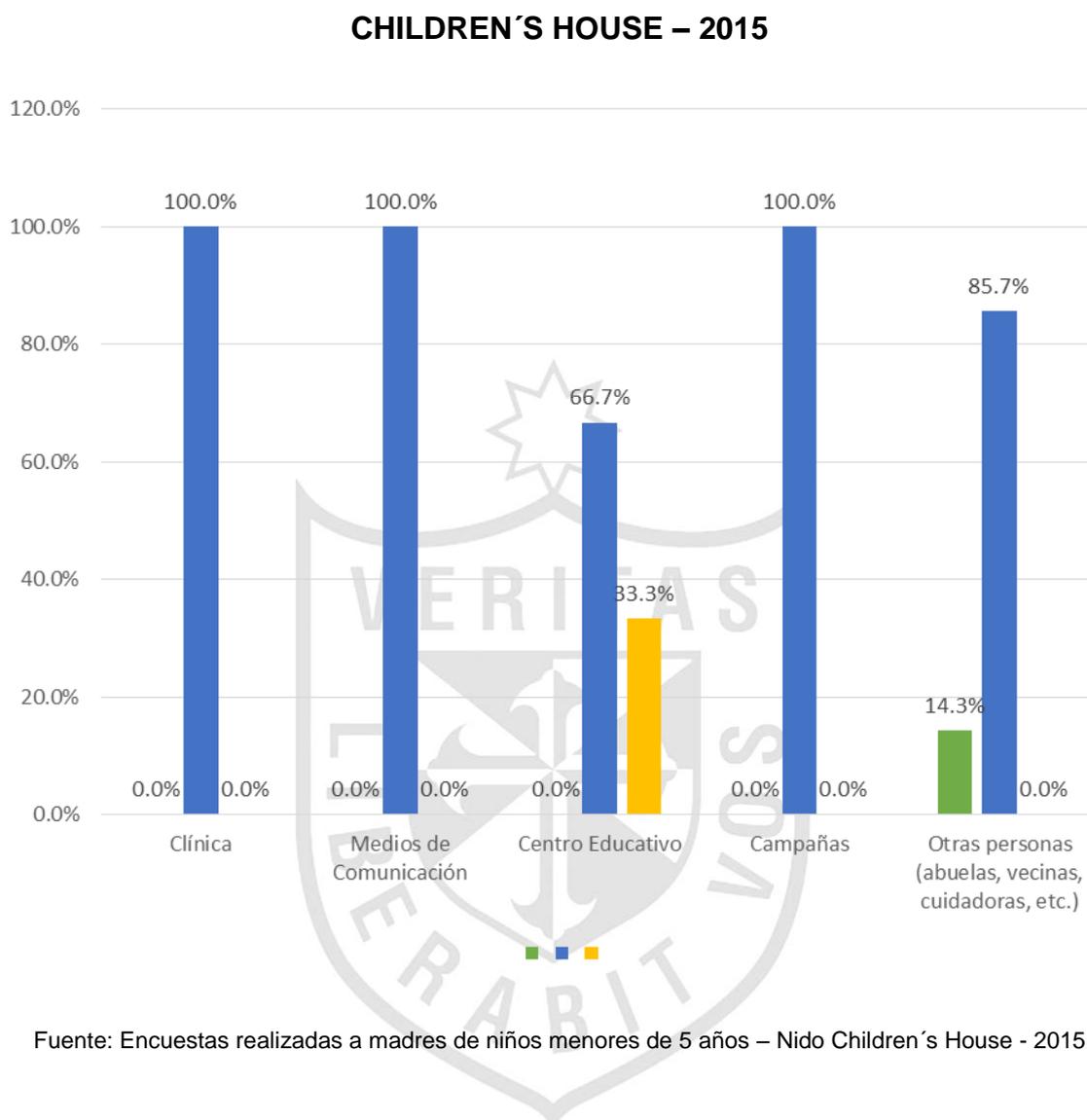
**TABLA N°05. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA SEGÚN EL HABER
RECIBIDO INFORMACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S
HOUSE – 2015**

RECIBIÓ INFORMACIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO			TOTAL
	Malo (0 a 6 puntos)	Regular (7 a 13 puntos)	Bueno (14-20 puntos)	
SÍ	1 3.3%	28 93.3%	1 3.3%	30
NO	1 4.2%	22 91.7%	1 4.2%	24
TOTAL	2 3.7%	50 92.6%	2 3.7%	54

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En la Tabla N°05, se aprecia que en ambos casos, las que recibieron información acerca de la diarrea y las que no, tuvieron en su gran mayoría un nivel de conocimiento regular, 93.3% (28/30) y 91.7% (22/24) respectivamente; no encontrándose relación estadísticamente significativa entre estas dos variantes. ($p=0.973$)

GRÁFICO N°11. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIARREA SEGÚN EL LUGAR DONDE RECIBIERON INFORMACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

En el Gráfico N°11, encontramos que las madres que recibieron información en una clínica, medios de comunicación o a través de campañas, en su totalidad tuvieron un nivel de conocimiento regular. De las que recibieron información en el Centro Educativo, la tercera parte, 33.3% (1/3) tuvieron un nivel de conocimiento alto; mientras que del grupo que recibió información transmitida de otra persona, fue el único que tuvo una participante (14.3%) con nivel de conocimiento malo. No se obtuvo relación estadística significativa entre estas dos variables. ($p=0.321$)

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

4.1. DISCUSIÓN.

El nivel de conocimiento en diarrea aguda con el que cuentan las madres de niños menores de 5 años, está influenciado por múltiples causas, en este estudio, se trataron de evidenciar cuáles son, para de esa forma poder llegar a soluciones favorables.

Para este estudio contamos con 54 madres que provienen de una clase media a media alta, con un rango de edad que va desde los 25 a 49 años, con una media de 36, siendo mayor al que se encontró en el estudio hecho en Colombia por Delgado et al⁶ que contaba en su población con un rango etáreo más amplio (17 a 48 años, media de 28 años), provenientes de una clase media. El hecho de tener a madres con mayor edad en nuestro estudio, podría explicar el motivo que nuestras madres en su totalidad tiene dos o más hijos, mientras que en el estudio antes citado, un alto porcentaje tienen solo uno (43%). (Gráficos N°01, 02 y 03)

En la gran mayoría (98.1%), nuestra población cuenta con un nivel de educación superior, correspondiendo el 81.5% al universitario, en contraparte con el estudio de Delgado et al⁶, en el que el 95% cuenta solo con primaria o secundaria completa, lo cual debería poner en una ventaja si consideramos el nivel de educación a nuestra población. Pero en el estudio de Delgado, no se encontró que haya una correlación entre el nivel de conocimiento con el grado de

instrucción, mientras que en el nuestro si hubo relación estadísticamente significativa, siendo mejor el conocimiento en las madres que contaban con mayor grado de instrucción. Esto podría estar asociado también al tipo de población con la que contamos, madres que en su mayoría cuentan con un personal de apoyo en casa, o incluso a que el promedio de edad es mayor en nuestra población estudiada. Otro factor que podría influenciar, es el tipo de actividad laboral que realiza nuestra población, factor que no tuvo en cuenta el estudio de Delgado⁶, pues dependiendo de la actividad específica que realicen, les permitiría en ambos casos poder tener mayor acceso a los conocimientos en salud y prevención de la misma, a través de los diferentes medios existentes. (Tabla N°01 y Gráfico N°04)

Según las notas obtenidas por las madres de nuestro estudio, el nivel de conocimiento en su gran mayoría fue regular (rango de 7 a 13 puntos sobre 20), representado por el 92.6% de nuestra población (50/54), siendo mayor el promedio de notas en el grupo etáreo C (de 35 a 39 años), que además, es el grupo que tiene mayor número de participantes. En el estudio de Túcunan¹¹, realizado en dos centros de salud de Tacna, los niveles de conocimientos fueron clasificados de manera diferente, en Muy Malo, Malo, Bueno y Muy Bueno; pero si consideramos los dos niveles intermedios (Bueno y Malo) como puntaje regular para compararlos con nuestro estudio, ambos suman un 63% de la población (154/243), inferior al nuestro, pero en el estudio de Túcunan¹¹, el nivel de conocimiento Muy Bueno es del 25% (61/243), que llega a ser más de 6 veces superior al encontrado en nuestro estudio que solo llega al 3.7% (2/54). En el estudio de Jhonnel¹⁰, el nivel de conocimiento que predominó, fue el Regular con un 42,7% (35/82), pero los niveles Malo y Bueno no estuvieron muy distantes,

(34,1% y 23,2% respectivamente), lo que es muy diferente al nuestro, ya que tuvimos en ambos niveles grupos más pequeños (2/54, 3.7% para ambos casos). En el estudio de López¹⁹, se clasifica de igual manera que en el de Túcunan¹¹, predominando el nivel de conocimiento bueno (63.1%) y sólo el 6.2% con muy buen conocimiento (aún superior al nuestro en casi el doble del valor obtenido). Mientras que Gamarra¹⁶, menciona tener el 81% de madres encuestadas en su estudio con un nivel de conocimiento alto (bueno). El tener un nivel de conocimiento más uniforme, podría deberse a que nuestra población viene de una zona geográfica muy pequeña (Miraflores – Surco), que guarda características sociodemográficas similares; si lo comparamos con el estudio de Túcunan¹¹ que abarca a madres asistentes a dos centros de salud en Tacna y el de Jhonnell¹⁰ correspondiente a los pobladores del Asentamiento Humano “El Huarango”, Ica, que al ser poblaciones más grandes, pueden tener características diferentes. Pero buscando una explicación lógica del por qué en el estudio de Túcunan¹¹ el porcentaje del conocimiento muy bueno es mayor al nuestro, y el de Gamarra¹⁶ (Villa María del Triunfo) es mayor aún, podría deberse a que en los centros de salud periféricos, se manejan también programas de salud, en el que hay capacitación preventiva promocional continua a las madres en las diversas patologías que manejan estos programas por parte del personal asistencial (en su mayoría de enfermería y alumnos rotantes), lo cual no se encuentra con facilidad en los centros a los que suele acudir nuestra población, como se explicará más adelante. Esto se menciona con más claridad en el estudio de López¹⁹, quien refiere directamente la preocupación que tiene el estado en la adecuada capacitación de las madres en diversas patologías, además de que su población estudiada tenía fácil acceso las unidades de salud. (Gráfica N°06 y Tabla N°02).

Reuniendo a las madres en grupos etáreos, en mi búsqueda encontré pocos trabajos que los organicen de manera similar, como el de Vásquez⁷ en República Dominicana, siendo los grupos más frecuentes de 21 a 25 y 26 a 30 años, cada uno con 31.7% (13/41) de las madres, las cuales difieren de nuestro resultado, en el que el grupo más grande fue el C (35 a 39 años) con 39% (21/54), debido quizá a que el promedio de edad de nuestras madres es más alto, siendo la menor de ellas de 25 años, mientras que en el grupo de Vásquez⁷ hay madres con 20 años o menos. Otros trabajos como el de Delgado et al⁶, las separa en mayores y menores de 18 años, con lo cual no se podría comparar pues esta clasificación abarca grupos con rangos muy diferentes al nuestro. (Gráfico N°02).

Cuando se hizo la comparación del nivel de conocimiento con la edad materna, no se encontró correlación estadística significativa, lo cual es similar que en el trabajo de Delgado⁶ en Colombia con 204 cuidadores, Matta¹² en Perú, realizado en 169 madres, y al de Lacruz¹³ en Venezuela con 111 madres, en los cuales tampoco se encontró evidencia que la edad de la madre tenga una relación directa a favor o en contra de los conocimientos que tengan sobre diarrea. En mi experiencia, he podido evidenciarlo con gran facilidad, ya que muchas veces he encontrado madres de diversas edades, que al momento de hablar con ellas tienen conocimientos en diarrea muy irregulares, desde muy bueno hasta muy malo, no importando la edad que tenga, pensando que en ocasiones debería ser mayor en madres con más edad, pero lo cual no resulta cierto. (Gráfico N°06 y 07).

En este estudio encontré que sí hay una relación significativa del nivel de conocimiento de la madre con respecto al grado de instrucción, considerando a

que a mayor grado de instrucción, mejor es su conocimiento en diarrea, correlacionándolo a que la única madre con nivel secundario o menos, tiene nivel de conocimiento malo y las únicas madres con nivel de conocimiento bueno, tienen un grado de instrucción superior universitario. Esto guarda relación con el estudio de Lacruz¹³ en Venezuela, quien encontró significancia similar en su estudio; pero en el estudio de Matta¹² en Perú, la relación no fue significativa. En el estudio de López¹⁹, tampoco hay relación significativa. En los cuatro estudios, las poblaciones son diferentes, en nuestro estudio, se trata de una población con estrato socioeconómico medio alto a alto, en el estudio de Venezuela¹³, se trata de estratos socioeconómicos que en su mayoría son III a V (medio a pobre) y un pequeño porcentaje, 15,3% a los estratos I y II; mientras que en el otro estudio en Perú¹², la población fue de clase media a baja también y en el de Nicaragua¹⁹, era una población de clase media. Esto puede deberse a que guarda más relación en nuestras zonas periféricas el hecho que sin importar el grado de instrucción, la mayoría de madres recibe una información muy similar con respecto a esta patología, que es muy común en nuestro medio. A todo esto hay que agregar que en la población de nuestro estudio, solo hubo una madre con nivel de educación Secundario o menos, lo cual podría dar alguna especie de sesgo en nuestros resultados, lo que me hace pensar que deberíamos ampliar aún más nuestra muestra. (Tabla N°03 y Gráfico N°08).

No se encontró una relación significativa en el nivel de conocimiento comparado con el número de hijos que tienen las madres en nuestro estudio, ya que en ambos casos (2 o menos hijos y de 3 a 5 hijos), es la gran mayoría la que tiene el nivel de conocimiento regular, y ambos tienen también una sola participante tanto

en el nivel bueno como en el malo. Relación similar a la que hay en el estudio de Delgado⁶, en el cual tampoco se encuentra relación del número de hijos con el nivel de conocimientos en diarrea. (Gráficos N°09 y 10).

Tampoco se llegó a encontrar relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actividad u ocupación de las madres. En el estudio de López¹⁹, sí se encontró diferencia entre las diversas ocupaciones, encontrando que tienen mejor conocimiento las amas de casa, por tener mayor número de hijos y por lo tanto, haberse enfrentado en mayor número de oportunidades a cuadros de diarrea que las madres que contaban con algún tipo de trabajo. (Tabla N°04).

Cuando a las madres se les preguntó si habían recibido o no información acerca de la diarrea, un porcentaje discretamente superior (55.5%, 30/54) sí había recibido información, pero al relacionarse con el nivel de conocimiento no se encontró relación significativa, comparándolo con las que manifestaron que no la habían recibido. Mientras que en el estudio de Vásquez⁷, el porcentaje de madres que habían sido informadas sobre algún conocimiento en diarrea, era mayor (65.9%, 35/41 madres), con la diferencia que en este estudio no informa si hay alguna relación directa con el nivel de conocimiento. En el estudio de Lacruz¹³, el total de madres habían recibido información acerca de la diarrea, siendo casi la mitad (49%) de ellos por un personal de salud y el resto por algún familiar o por medios de comunicación. A pesar que en este estudio todas fueron entrevistadas en un centro de atención de Nivel IV, solo el 14% aproximadamente tuvo un nivel de conocimiento adecuado, lo cual tuvo relación directa solo con el grado de instrucción y el nivel socioeconómico, como se reportó líneas arriba. Este es algo

para preocuparse, ya que si habían recibido información, sobre todo en algún centro asistencia, debería tener un nivel de conocimiento de Regular a Bueno, lo cual no coincide con nuestra investigación ni con la de Lacruz¹³, quizá debido a que cada vez es mayor la demanda en salud, lo cual significa que el personal asistencia cuenta cada vez con menos tiempo para poder instruir u orientar a las madres en el manejo de la diarrea en el hogar, tratándose incluso de un hospital de alto nivel (nivel IV), donde en ocasiones he podido evidenciar que se da prioridad a las patologías más complejas, vistas un gran número de ellas por subespecialistas, dejando de lado una adecuada capacitación en patologías básicas. Por ello, en el estudio de Morán⁵, describe que es de gran importancia la participación de alumnos de medicina, así como de otras especialidades en formación, para poder ayudar a capacitar a las madres en los programas básicos de salud. En el estudio de Herrera¹⁵, se hace de manifiesto que es muy importante la información dada por el personal de salud, en este caso, se hizo la capacitación después de una primera encuesta y se realizó una segunda encuesta después de la capacitación, demostrando notoriamente la diferencia del conocimiento en diarrea antes y después de la intervención, la que se dedicó en horario exclusivo durante dos horas semanales para el manejo de este programa. En nuestro estudio, de las madres que recibieron información, no se encontró diferencia significativa alguna en relación a donde la habían recibido (clínica, centro de estudios, etc.). (Tabla N°05 y Gráfico N°11).

Cuando evalué el nivel de conocimientos de las madres, distribuidas en grupos etéreos y comparándolas entre las que había y no había recibido información acerca de la diarrea, encontré que en grupo A (que son las madres de menor

edad), tenían mejor conocimiento las que no había recibido información, y la única que sí la había recibido, que fue de parte de algún familiar, tenía un nivel de conocimiento malo. Esto me hace pensar que en este grupo la influencia que puedan recibir las madres de parte de familiares, es mala, ya que se pueden basar en muchos mitos y creencias erróneas que se tenían antiguamente con respecto a la diarrea; mientras que las que no habían recibido información, actuaban o pensaban por sentido común, con acciones en parte aceptables, que hizo que demuestren mejores conocimientos en el tema. En la búsqueda, no se ha llegado a encontrar trabajos que hagan comparación similar, por lo cual no puedo corroborar mi teoría. (Tabla N°06).

Cuando se evaluó el conocimiento de la definición de diarrea, el 96.3% (52/54) de las madres de nuestro estudio, respondió que eran “Heces líquidas y aumento en el número de deposiciones”, porcentaje que es superior al encontrado en el estudio de Jhonnell¹⁰, donde representó el 75.6% (62/82), siendo esta la mejor definición que se dio en la encuesta. (Gráfico N°12).

La mayoría de las madres encuestadas (46,3%, 25/54), definieron a la ingesta de alimentos en mal estado como la causa de diarrea, y el 22,2% (12/54) responsabilizaron a los parásitos como la principal causa de diarrea. En contraparte con el estudio de Jhonnell¹⁰, en el que la respuesta que predominó fue los parásitos con un 50% (41/82), esto último quizá debido a que en esa población, hay una elevada prevalencia de enteroparasitosis descrito en los registros del puesto de salud de la comunidad, pero que no han sido publicados (según refiere el mismo estudio). (Tabla N°07).

Es preocupante ver, que cuando se les preguntó a las madres de cuáles considera que son los signos de deshidratación, la gran mayoría (74.1%, 40/54), solo reconoció tres o menos de los seis signos mostrados en la encuesta, y el más reconocido fue la presencia de boca seca (77.7% de las madres). El estudio de Jhonnell¹⁰, describe la sed aumentada como el signo de deshidratación que más se identificó, aunque este estudio no trata de identificar cuántos signos de deshidratación conoce la madre, solo saber a cuál considera como tal. (Tabla N°08).

Cuando a las madres se les preguntó qué medidas tomaría en un episodio de diarrea, algo más de la mitad respondió que suspendería la lactancia materna aparte de tomar otra acción como la de darle suero oral (que fue lo que se asoció con más frecuencia a la primera opción), pero cuando se les preguntó directamente si suspenderían o no la lactancia, la gran mayoría (76%) respondió que no lo haría, esto quizá porque mucha de ellas consideran que es primordial la hidratación, y consideran que la mejor manera de hacerlo, es a través de las SRO u otro tipo de suero, mientras que la lactancia la consideran solo como un aporte nutricional (alimento). (Tabla N°09 y Gráfico N°14)

Es preocupante también, ver que menos de la cuarta parte de madres encuestadas (22.2%, 12/54), no le negarían los alimentos a sus niños, ya que el resto de ellas le suspendería algún tipo de ellos, e incluso, el 9.2% (5/54) considera que no deberían comer durante un episodio de diarrea. En el estudio de Reyes¹⁸, se aprecia que más del 50% de madres participantes negaría algún tipo de alimento a sus hijos. Por la literatura sabemos que esta decisión es totalmente

inadecuada, ya que es el mismo sustrato el que facilitaría la recuperación de la mucosa intestinal, favoreciendo ello a una recuperación más rápida del cuadro. (Gráfico N°15).

En este estudio encontré también que de los alimentos ofrecidos con más frecuencia a los niños, es el grupo de los caldos y sopas los que se ofrecen con mayor frecuencia (72,2%, 39/54), lo cual tiene como antecedente cultural el que estos son la base de la alimentación, y que al estar los niños enfermos, deben comer algo blando, aunque lamentablemente no sea nutritivo, como ya se ha demostrado. Resultados similares encontró Gamarra¹⁶, quien menciona que la mayoría de las madres encuestadas prefieren el uso de sopas a los segundos. (Tabla N°13).

Es gratificante ver, que la mayor parte de nuestro grupo, tiene como base el uso de las SRO o el Suero Casero para el manejo de las diarreas (59,2%), aunque muchas de ellas aún creen que es fundamental poder asociarlo a otros medicamentos, entre ellos, los antibióticos, los cuales fueron mencionados en un 22% de los casos aproximadamente, desconociendo que el mayor número de casos de diarrea en esta edad son de etiología viral, resultando contraindicado su uso, salvo resultados de laboratorio previo que demuestren o indiquen lo contrario, como se menciona en el estudio de Robles⁴. (Gráfico N°16).

A pesar de lo mencionado arriba, es alto el número de madres que en nuestro estudio manifestaron no saber cómo se preparan las SRO (46,3%, 25/54), y si lo relacionamos con el momento adecuado en que deben usarla, se encuentra una relación significativa a favor de las madres que manifestaron que sí saben

prepararlas. Lo que he podido observar en la práctica diaria, es que las madres que fueron instruidas en su preparación, también recibieron conocimientos de en qué momento es el mejor para usarlas. Este resultado se relaciona mucho con el obtenido por Vásquez⁷, quien encontró que un 65.8% de su grupo de estudio recibió información adecuada acerca de la preparación y uso de las SRO. (Tablas N°10 y 11, Gráfico N°17).

En ninguno de los estudios revisados, se indica el cambio de la leche materna y/o fórmula habitual, por una que no contenga lactosa o por una fórmula de soya; salvo que se demuestre una intolerancia a la lactosa que se puede encontrar de forma transitoria, tal como se describe en la literatura revisada, descrita por Roman²⁵, en la que menciona que esto puede ocurrir sobretodo en diarreas producidas por rotavirus, aunque en Europa no le dan mayor importancia a este proceso. Incluso, la recomendación es que debe seguir tomando la leche que usa de forma habitual, en una concentración regular, sin necesidad de diluirla o espesarla más, aunque esto último no fue lo que pensó la mayoría de las madres de nuestro estudio, quienes consideraron en un 63% de los casos que deberían diluir la fórmula láctea que usan, lo cual es apoyado en ocasiones por el mismo personal de salud, entre los cuales pude ver lamentablemente que se encuentran médicos de diversas especialidades, e incluso algunos pediatras. (Gráfico N°19).

En nuestro estudio, no se encontró diferencia estadística del nivel de conocimiento con el lugar donde hayan recibido información acerca de diarrea; quizá debido a que ninguna de las madres encuestadas mencionó un centro asistencial del estado (MINSA o ESSALUD), en todos los casos fueron del tipo privado o familiar, por lo que no se podría sospechar que fuese este uno de los

motivos del resultado obtenido, en contraparte con los estudios encontrados en mi búsqueda, como el Túcunan¹¹, Jhonnell¹⁰, Gamarra¹⁶ y otros, que fueron realizados en centros asistenciales del estado, los cuales obtuvieron mejores resultados que el nuestro. (Tabla N°16).

Por último, hay que poner mucho interés en que un alto porcentaje de madres (33.3%, 18/54) encuestadas, no reconoce las seis medidas higiénicas que se mostraron en la encuesta, lo cual es preocupante, ya que el romper el régimen de cuidados que deben tener los niños, aunque sea en uno solo de sus factores, los pone en riesgo de procesos patológicos como la diarrea. Resultado que se puede comparar al de Reyes¹⁸, en el que aproximadamente el 50% de las madres encuestadas presentaba malos hábitos de higiene. (Gráfico N°20).

4.2. CONCLUSIONES.

Se encontró que el nivel de conocimiento en EDA que tienen las madres de niños menores de 5 años de nuestra población estudiada es en su gran mayoría Regular.

Considerando las diversas características sociodemográficas de las madres (grupo etáreo, el número de hijos y la ocupación), no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento en EDA que presentan.

Cuando fueron separadas según el grado de instrucción de las madres, sí se encontró una relación estadística significativa, siendo mayor el conocimiento cuanto más alto era el grado de instrucción (Superior Universitario) ($p < 0,001$).

No se llegó a encontrar relación significativamente estadística al separar a las madres en grupos según habían recibido o no información sobre EDA, pero caso especial, sí se encontró diferencia cuando a estos grupos se les separó en subgrupos según edad, siendo mayor el conocimiento en madres que tenían entre 25 a 29 años (Grupo A de nuestra clasificación) que no había recibido información ($p = 0.025$).

4.3. RECOMENDACIONES.

Si bien es cierto que en la mayoría de los casos en que fueron separadas las madres por categorías, no hubo mayor diferencia para considerar el nivel de conocimiento que tenían en EDA, salvo el grado de instrucción principalmente, esto nos hace pensar que debemos aumentar la enseñanza del manejo de patologías básicas en todo nivel cultural, desde las madres que no saben leer hasta el más alto nivel educativo, para poder controlar lo mejor posible esta patología que es tan común.

Al haberse hecho el estudio en un solo tipo de población, no se puede ver con mayor exactitud otras deficiencias, por lo que se sugiere hacer estudios que comparen diversas poblaciones con características sociodemográficas diferentes,

para poder ver si solo se trata de los factores mencionados anteriormente o hay otros factores asociados que influyan en nuestro problema básico de salud.



FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Miranda J, Ramos W. Pronóstico de la tendencia nacional y regional de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años de edad en el Perú mediante un modelo ARIMA con el enfoque Box-Jenkins. Revista Peruana de Epidemiología 2010 (1); 24-31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119805004>
- 2.- Guillén A. Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. Rev. Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(1); 7-8.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Diarreicas. Nota Descriptiva N°330; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/print.html>.
- 4.- Robles J. Guía de Promoción y Prevención de Enfermedades Diarreicas en la Atención Farmacéutica. Escuela Peruana de Atención Farmacéutica. Lima – Perú. 2007.
- 5.- Morán A, Medina S, Salas A, Taira K, Ttito M, Vásquez N, et al. Investigación Operativa Sobre AIEPI. Conocimiento Materno sobre signos de alarma en niños enfermos en el A.H. Villa Señor de los Milagros, Callao. Facultad de Medicina Humana, UNMSM – 2002.
- 6.- Delgado M, Sierra C, Calvache J, Ríos A, Mosquera C, Salas I, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI, 2006. Colomb Med Vol. 37 N°4; 37: 293-298.
- 7.- Vásquez L, Herrera D, Segura M. Conocimientos sobre hidratación oral por las madres de paciente de 1 a 5 años de vida con enfermedad diarreica aguda. República Dominicana. Horiz Med. 2014; 14 (3): 24-27.

- 8.- García L, Morillos C, Fanning M, Escudero D. Creencias culturales de las madres de niños menores de cinco años sobre Enfermedades Diarreicas en el Caserío de San Pedro de Sasape – Illimo 2014, Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 1/Nº2. ISSN. 2313-0369/2014,
- 9.- Loza V, Pecho M, Uribe C, Lévano D. Efecto de una intervención educativa sobre higiene alimentaria a través del conocimiento y prácticas de madres del Centro Poblado Chacarita – SUNAMPE Chincha, Primer trimestre 2014, Rev. Enferm. Vanguard. 2014; 2(2): 173-178.
- 10.- Jhonnell J, Aguirre E, Álvarez E. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de la provincia de Ica, Perú. Rev Clín Med Fam. 2013; 6(1): 25-31.
- 11.- Tácunan S. Estudio Comparativo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Enfermedad Diarreica Aguda en Madres de Niños Menores de cinco años del C.S. Ciudad y C.S. San Francisco, 2011 (Tesis). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna; 2013.
- 12.- Matta W, Ortega T. Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas (Resumen). Rev. Enferm. Herediana; ene-jun 2012. 5(1): 64-69. Tab. ID: lil-703852.
- 13.- La Cruz M, Calderón J, Angulo F, Mata A, Quintero Y. Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención en enfermedad diarreica aguda. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 2012; Vol 75 (4): 113-117.
- 14.- Nivín I. Conocimientos de los pediatras acerca del uso de soluciones de rehidratación oral en niños menores de cinco años con deshidratación por

- diarrea aguda infecciosa en dos hospitales de Lima. Rev. Peru. Epidemiol, 2010. Vol 14 N°1.
- 15.- Herrera G, Donet D, Triana I. Estrategia de capacitación para reducir las enfermedades diarreicas agudas en los menores de un año. *Mediciego* 16(1). 2010.
 - 16.- Gamarra R, Porroa M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y perspectivas de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima, 2010. *An Fac med* 71(3): 179-183.
 - 17.- Valerio M. Conocimientos y prácticas maternas sobre la alimentación durante la enfermedad diarreica aguda en niños que acuden a una Unidad de Rehidratación Oral y nivel de educación de la madre – Lima 2010 (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
 - 18.- Reyes Y, Rey Y. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 2009; 15(1).
 - 19.- López V. Conocimiento, actitudes y prácticas adoptadas por las madres de los niños menores de 5 años ingresados al servicio de gastroenterología del HFVP en el mes de noviembre 2008 (Monografía). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – Facultad de Ciencias Médicas. 2008.
 - 20.- Valenzuela G, Laborín J. La evaluación de factores psicosociales en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas en comunidades Yaquis, 2007. *Ra Ximhai* Vol. 3 Número 1, enero – abril 2007, pp. 117-136.
 - 21.- Gutiérrez C, Villa S, Mota F, Cabrales R, Gómez J. Intervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* (revista en Internet). 2004; 61(1): 19-28. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100003&lng=es.

- 22.- Bachrach L, Gardner J. Caregiver knowledge, attitudes, and practices regarding childhood diarrhea and dehydration in Kingston, Jamaica, 2002. Rev Panam Salud Pública; 12(1).
- 23.- Cervantes I, Bosch M, Armero G. Valoración del Conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención. Rev Cubana Enfermer, 2001; 17(1) 56-59.
- 24.- Asociación Española de Pediatría. Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años, marzo 2014. Vol. 80 (1).
- 25.- Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Cap. 2, Diarrea Aguda. 2010.
- 26.- I. Botas, A. Ferreiro, B. Soria. Deshidratación en niños. An Med (Mex). 2011; 56 (3): 146-155.
- 27.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de Colombia. Disponible en: <http://www.unicef.org.co>
- 28.- Organización Mundial de Gastroenterología. Guías Prácticas de la OMGE – Probióticos y Prebióticos. 2008. P. 3.

ANEXOS

Anexo N°01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, NIDO CHILDREN'S HOUSE 2015

Participación:

En el presente estudio se va a recalcar el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años cuando ocurre un episodio de diarrea, esto permitirá tomar acciones correctivas y preventivas, y de ese modo contribuir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

Riesgos del estudio:

Este estudio no representa ningún tipo de riesgo para Ud., ya que el cuestionario es anónimo.

Beneficios del estudio:

Con este estudio, Ud. Nos permitirá saber cuáles son las deficiencias en los servicios preventivos promocionales, específicamente sobre la diarrea infantil.

Costo de la participación:

Este estudio no represente ningún costo para usted. Solo le tomará un máximo de 15 minutos de su tiempo en contestarla.

Confidencialidad:

Toda la información que obtengamos es completamente confidencial, sola los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Se asignará un código a cada participante para luego utilizarlo durante el análisis. Con esto ninguna persona ajena podrá conocer los datos personales de los participantes.³⁰

Declaración Voluntaria

Yo, he sido informada del objetivo del estudio, conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el mismo es gratuita. He sido informada de la forma como se tomarán los datos. Estoy enterada también que puedo abandonar mi participación en el momento que considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente algún pago de mi parte o represalia de parte del investigador u otro.³⁰

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

“Conocimiento sobre enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años, Nido Children´s House 2015”.

Nombre de la participante: _____

Fecha: _____

Firma

Anexo N°02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

DATOS DE LA MADRE

A. EDAD EN AÑOS: _____

B. NÚMERO DE HIJOS: 1.- ≤ 2 . 2.- 3 a 5. 3.- ≥ 5 .

C. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

1.- Secundaria o menos. 2.- Superior Técnica. 3.- Superior Universitaria.

D. OCUPACIÓN: 1.- Ama de casa. 2.- Trabajador independiente
3.- Trabajador dependiente

CONOCIMIENTO MATERNO DE DIARREA:

A. ¿QUÉ SIGNIFICA PARA UD. DIARREA? (solo una respuesta).

1.- Heces líquidas y aumento en el número de deposiciones.

2.- Heces pastosas y aumento en el número de deposiciones.

3.- Dolor abdominal.

4.- Estreñimiento.

5.- Otros.

6.- Desconoce.

B. ¿CUÁL CREE UD. QUE ES LA CAUSA DE LA DIARREA? (solo una respuesta).

1.- Ingesta de alimentos en mal estado.

3.- Parásitos.

5.- Desconoce

2.- Empacho por alimentos.

4.- Falta de higiene.

C. ¿CUÁL O CUÁLES CREE UD. QUE SON SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN?

1.- Boca seca.

3.- Sed aumentada.

5.- Ojos hundidos.

2.- Llanto sin lágrimas.

4.- Somnolencia.

6.- Signo del pliegue.

D. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES CREE UD. QUE ES EL PRINCIPAL SIGNO DE ALARMA? (solo una respuesta).

- | | |
|---|------------------------------|
| 1.- Sed aumentada y apetito disminuido. | 4.- Vomita todo lo que come. |
| 2.- No bebe o bebe mal. | 5.- Fiebre. |
| 3.- Heces acuosas abundantes. | 6.- Sangre en las heces. |

E. ¿QUÉ HARÍA CUANDO NOTE UN EPISODIO DE DIARREA? (solo una respuesta).

- | | |
|---|---------------|
| 1.- Darle SRO o Panetela inmediatamente. | 5.- 1 y 4. |
| 2.- Suspender la alimentación y continuar con la lactancia. | 6.- 3 y 4. |
| 3.- Brindar SRO y suspender la lactancia materna. | 7.- 2 y 5. |
| 4.- Llevarlo de inmediato a la unidad de salud más cercana. | 8.- 1, 2 y 5. |

F. ¿PIENSA UD. QUE SE DEBE EVITAR LA LACTANCIA MATERNA DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA?

- 1.- Sí. 2.- No. 3.- Desconoce.

G. ¿QUÉ ALIMENTOS PIENSA QUE SE DEBE RESTRINGIR DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA? (solo una respuesta).

- | | | |
|--------------------------------|----------------|---------------|
| 1.- Huevos. | 6.- 1 y 2. | 11.- 1, 2 y 4 |
| 2.- Carnes. | 7.- 1 y 3. | 12.- Todos. |
| 3.- Lactancia Artificial. | 8.- 1 y 4. | |
| 4.- Cereales. | 9.- 3 y 4. | |
| 5.- Ninguna de las anteriores. | 10.- 1, 2 y 3. | |

H. ¿QUÉ TERAPIA CONSIDERA MÁS ÚTIL PARA EL MANEJO DE LA DIARREA? (solo una respuesta).

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|------------|
| 1.- SRO o Suero Casero. | 5.- Antiespasmódicos. | 9.- 1 y 2. |
| 2.- Antidiarreicos | 6.- Ninguno. | 10.- 1 y 5 |

3.- Antiparasitarios. 7.- 1 y 4. 11.- 1, 2 y 5.

4.- Antibióticos. 8.- 2 y 4.

I. ¿CONOCE UD. LA FORMA DE PREPARAR LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO)?

1.- Sí. 2.- No.

J. ¿CONOCE UD. EN QUE MOMENTO SE DEBEN TOMAR LAS SRO? (solo una respuesta).

1.- Sólo cuando tiene sed. 4.- Sólo después de evacuar.

2.- A cada momento durante la diarrea. 5.- No sabe

3.- Después que haya pasado la diarrea.

K. ¿QUÉ TIPOS DE LÍQUIDOS OFRECE DURANTE LA DIARREA? (solo una respuesta).

1.- SRO, Suero Casero o Comercial. 5.- 1 y 2.

2.- Agua e infusiones. 6.- 1 y 3.

3.- Gaseosas. 7.- 1 y 4.

4.- Otras bebidas rehidratantes.

L. ¿QUÉ HARÍA UD. CON RESPECTO A LA FRECUENCIA EN QUE SE OFRECEN LOS ALIMENTOS DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA? (solo una respuesta).

1.- Aumentar. 3.- Mantener igual. 5.- No sabe.

2.- Disminuir. 4.- No debe comer.

M. ¿QUÉ TIPOS DE ALIMENTOS SE DEBE OFRECER A LOS NIÑOS CON DIARREA? (solo una respuesta).

1.- Caldos y sopas. 3.- Mazamorras. 5.- No sabe.

2.- Segundos y purés. 4.- "Agüitas".

Anexo N°03: ANÁLISIS ESTADÍSTICOS ADICIONALES

TABLA N°06. RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL RANGO DE EDAD ENTRE MADRES QUE RECIBIERON VERSUS LAS QUE NO RECIBIERON INFORMACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015

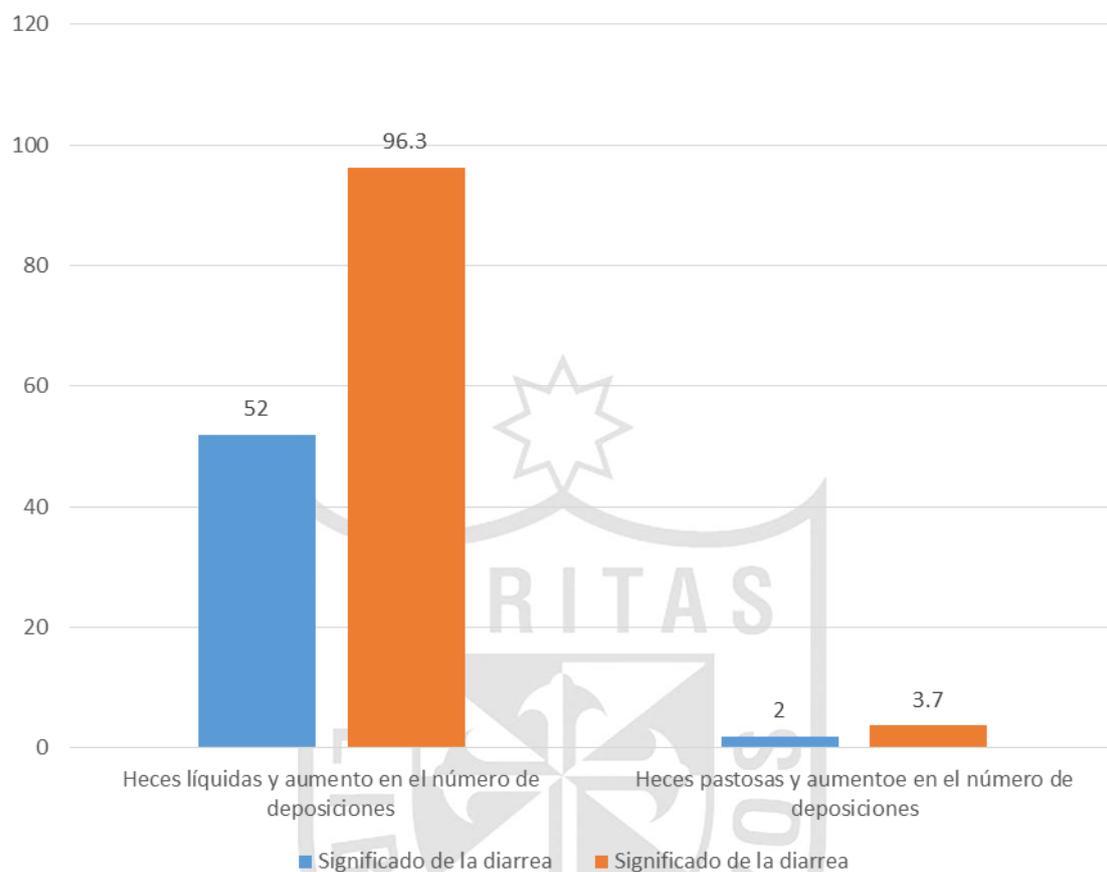
Rango de Edad			Nivel de Conocimiento			Total	
			Malo (0 a 6 puntos)	Regular (7 a 13 puntos)	Bueno (14 a 20 puntos)		
25 a 29 años	Recibió Información sobre diarrea	Sí	Recuento	1	0	1	
			%	100.0%	0.0%	100.0%	
	No	Recuento	0	4	4		
		%	0.0%	100.0%	100.0%		
Total		Recuento	1	4	5		
		%	20.0%	80.0%	100.0%		
30 a 34 años	Recibió Información sobre diarrea	Sí	Recuento	6		6	
			%	100.0%		100.0%	
	No	Recuento	7		7		
		%	100.0%		100.0%		
Total		Recuento	13		13		
		%	100.0%		100.0%		
35 a 39 años	Recibió Información sobre diarrea	Sí	Recuento	15		15	
			%	100.0%		100.0%	
	No	Recuento	6		6		
		%	100.0%		100.0%		
Total		Recuento	21		21		
		%	100.0%		100.0%		
40 a 44 años	Recibió Información sobre diarrea	Sí	Recuento	0	5	1	6
			%	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%
	No	Recuento	1	5	1	7	
		%	14.3%	71.4%	14.3%	100.0%	
Total		Recuento	1	10	2	13	
		%	7.7%	76.9%	15.4%	100.0%	
45 a más años	Recibió Información sobre diarrea	Sí	Recuento	2		2	
			%		100.0%	100.0%	
	Total	Recuento	2		2		
		%	100.0%		100.0%		

Total	Recibió Información sobre diarrea	Sí	Recuento	1	28	1	30
			%	3.3%	93.3%	3.3%	100.0%
		No	Recuento	1	22	1	24
			%	4.2%	91.7%	4.2%	100.0%
	Total		Recuento	2	50	2	54
			%	3.7%	92.6%	3.7%	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

Se encontró que en el grupo etéreo A, de las 5 madres que lo conformaban, una de ellas recibió información acerca de la diarrea de parte de otra persona y obtuvo un nivel de conocimiento malo, mientras que las otras 4 madres que no recibieron información, obtuvieron un nivel de conocimiento regular. Se obtuvo relación estadísticamente significativa en el grupo A, pero a favor de las madres que no recibieron información. En el resto de grupos, las relaciones fueron similares en los casos en que recibieron o no información.

**GRÁFICO N°12. SIGNIFICADO DE LA DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS
– NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015**



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Para el 96.3% (52/54) de las madres encuestadas, la diarrea significa Heces líquidas y aumento en el número de deposiciones, siendo ésta la definición correcta para esta pregunta.

TABLA N°07. CAUSA QUE TIENE LA DIARREA SEGÚN MADRES

ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Ingesta de alimentos en mal estado	25	46.3%
Empacho por alimentos	2	3.7%
Parásitos	12	22.2%
Falta de higiene	14	25.9%
Desconoce	1	1.9%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Para el 46.3% (25/54), la causa de las diarreas es la ingesta de alimentos en mal estado. Solo una de ellas, declara que no conoce la causa.

TABLA N°08. CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015

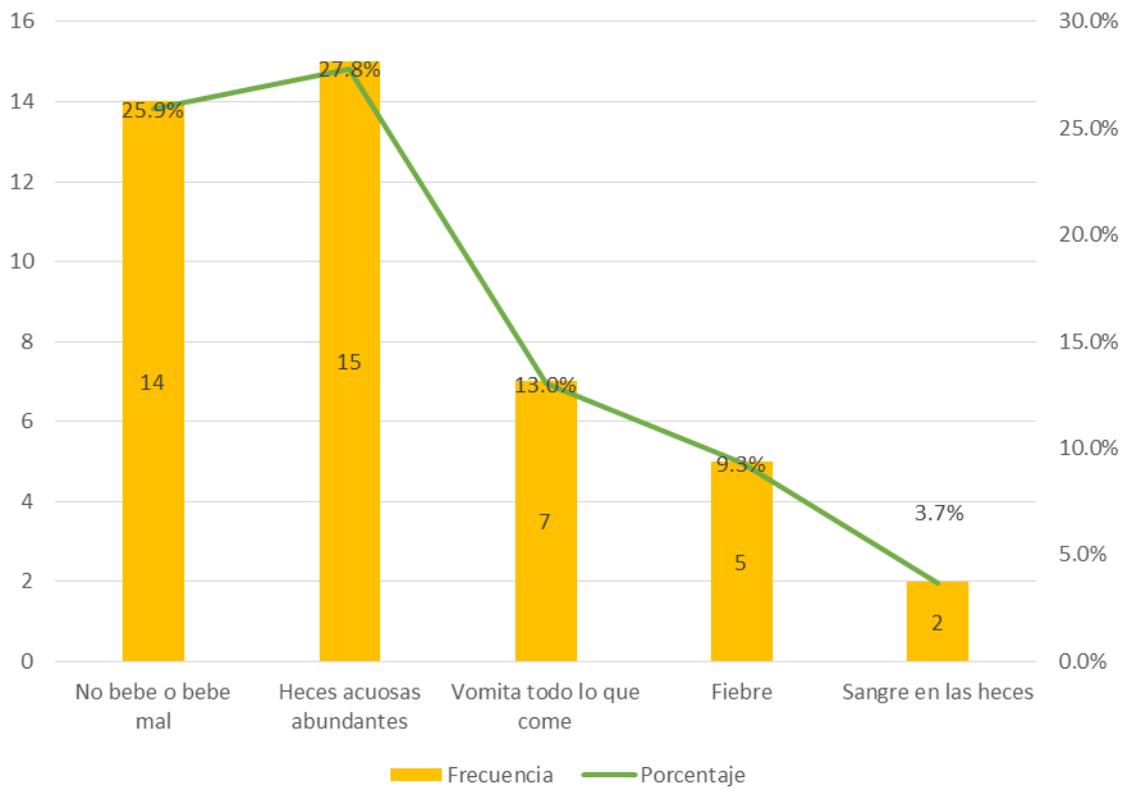
	Frecuencia	Porcentaje
Reconoce solo 1 de 6	14	25.9%
Reconoce solo 2 de 6	11	20.4%
Reconoce solo 3 de 6	15	27.8%
Reconoce 4 de 6	7	13.0%
Reconoce 5 de 6	5	9.3%
Reconoce 6 de 6	2	3.7%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En la encuesta se presentó seis signos de deshidratación, de los cuales se aprecia que 74.1% (40/54) reconoce solo entre uno a tres de estos, y que solo la minoría, representada por el 3.7% (2/54) reconoció todos los signos mostrados; siendo la presencia de boca seca el signo que fue reconocido con mayor

frecuencia (42/54), seguido por presencia de ojos hundidos (41/54) y al final, el que se reconoció con menos frecuencia fue el signo del pliegue (8/54).

GRÁFICO N°13. RECONOCIMIENTO DEL PRINCIPAL SIGNO DE ALARMA DURANTE LA DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Para el 27.8% de las madres (15/54), las heces acuosas abundantes es el principal signo de alarma en un cuadro de diarrea, y la presencia de sangre en heces es el signo que en menor frecuencia fue elegido, con un 3.7% (2/54) de frecuencia.

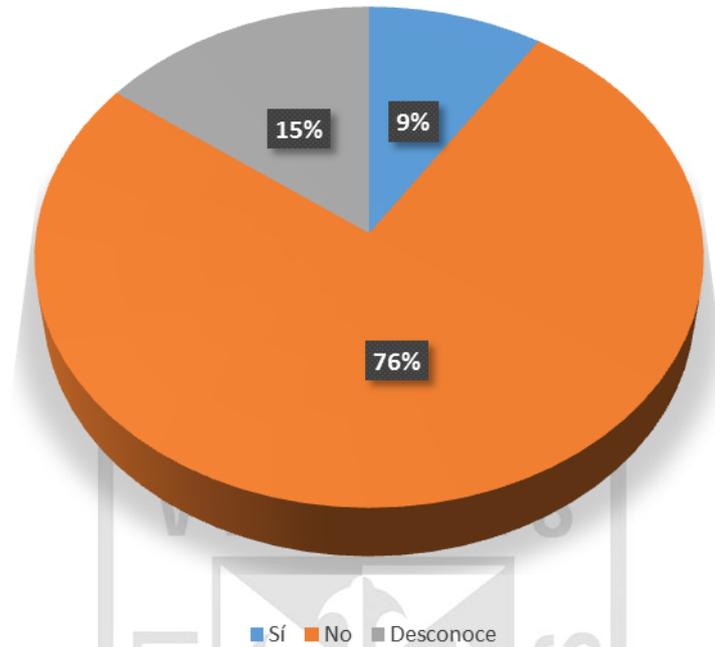
**TABLA N°09. ACCIONES QUE TOMARÍAN EN UN CUADRO DE DIARREA EN
MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Darle suero oral o panetela inmediatamente	4	7.4%
Brindar suero oral y suspender la lactancia	2	3.7%
Llevarlo inmediatamente a la unidad de salud más cercano	2	3.7%
Darle suero oral o panetela y llevarlo a la unidad de salud más cercana	8	14.8%
Darle suero oral, suspender la lactancia y llevarlo a la unidad de salud más cercana	26	48.1%
Suspender alimentos, continuar con la lactancia y llevarlo a la unidad de salud más cercana	8	14.8%
Darle suero oral, suspender alimentos, continuar con lactancia y llevarlo a la unidad de salud más cercana	4	7.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

El 48.1% (26/54) de las madres, dijeron que le darían suero oral, suspenderían la lactancia y lo llevarían a la unidad de salud más cercana. En conjunto, el 51.8% (28/54) suspenderían la lactancia asociado a otra acción. Solo el 7.4% (4/54), hidratarían a su niño con algún tipo de suero oral o panetela antes de decidir llevarlo a un centro asistencial o tomar alguna decisión errónea.

**GRÁFICO N°14. DECISIÓN DE EVITAR LA LACTANCIA MATERNA DURANTE
UN CUADRO DE DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO
CHILDREN´S HOUSE – 2015**

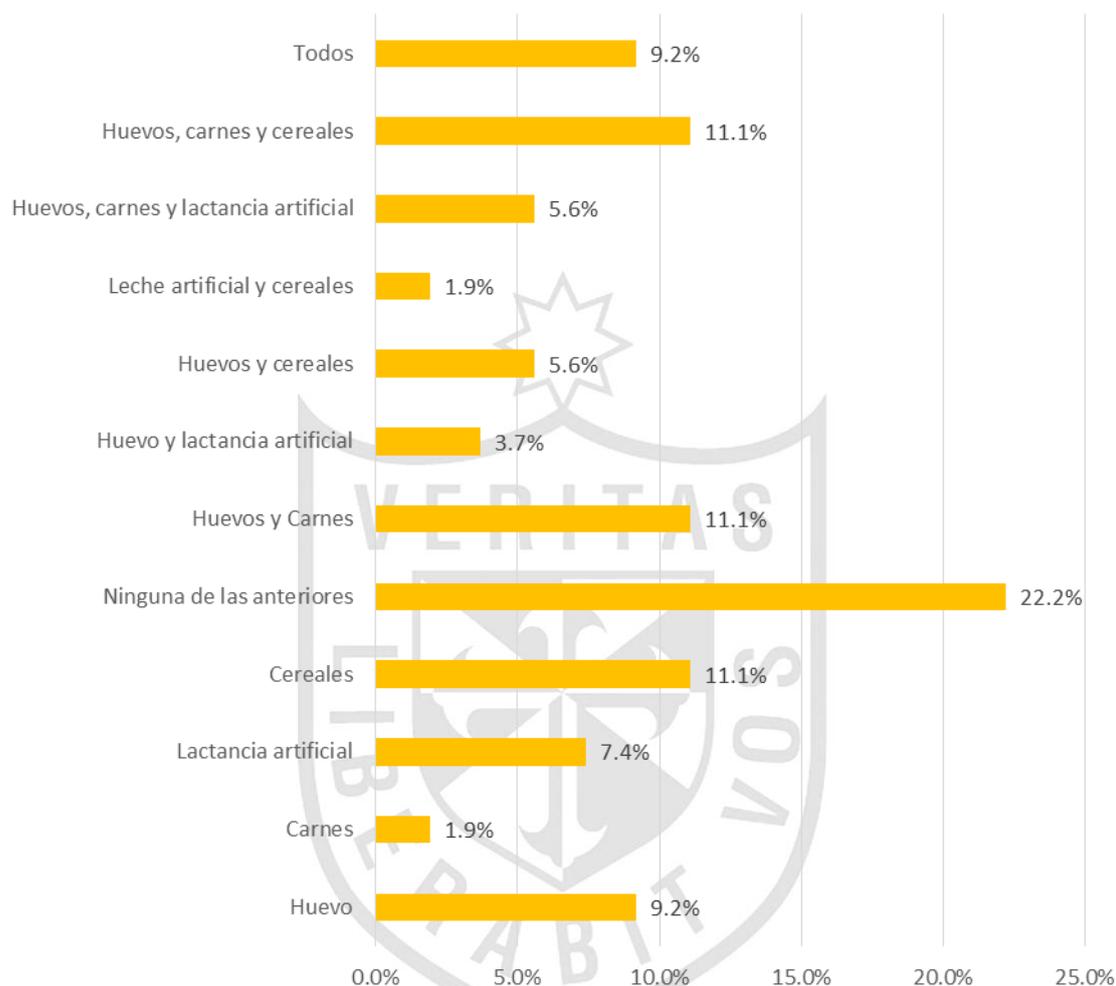


Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

Encontramos que aproximadamente el 76% (41/54), no evitaría la lactancia materna durante el cuadro de diarrea, mientras que el 15% (8/54) desconoce lo que debe hacer con respecto a la lactancia materna y 9% (5/54) refirió que suspenderían la lactancia materna.

GRÁFICO N°15. ALIMENTOS QUE EVITARÍA DURANTE UN CUADRO DE DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE –

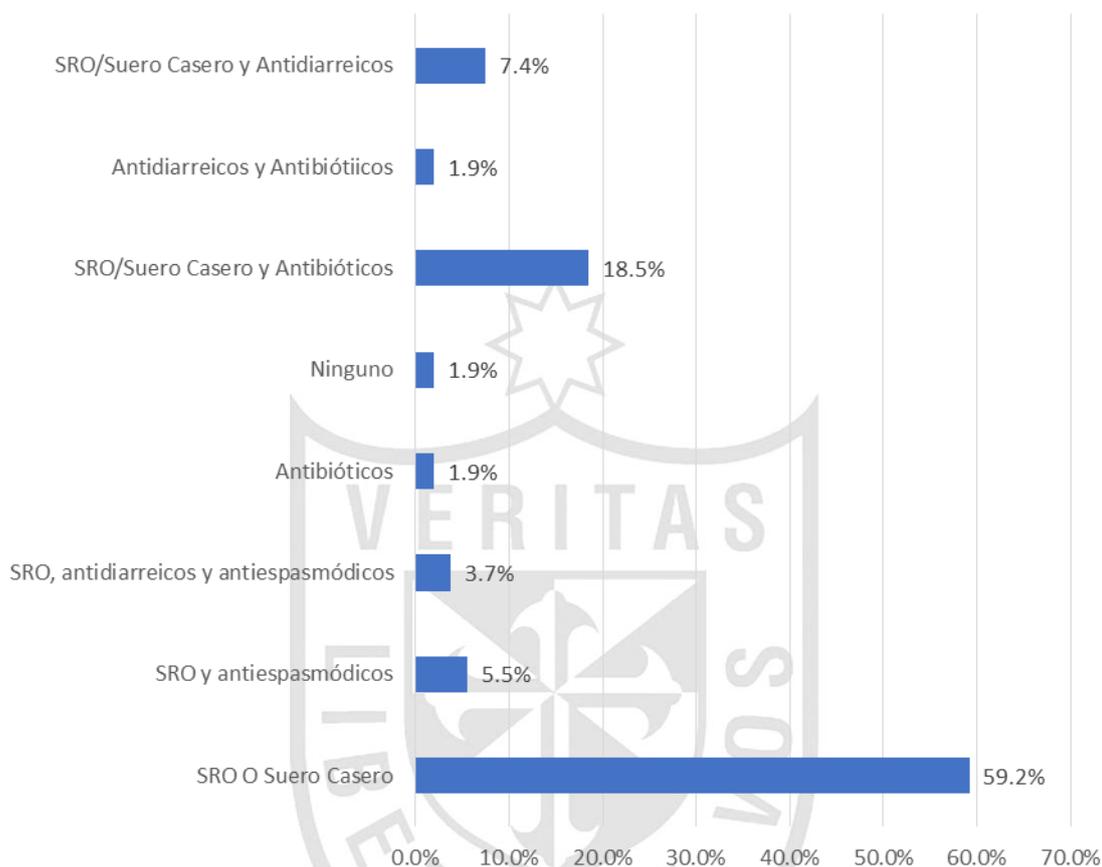
2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Aproximadamente 30% (16/54) de las madres encuestadas, suspendería al menos uno de los alimentos ofrecidos siendo el más frecuente los cereales con 11.1% (6/54), solo el 22.2% de las madres (12/54), no evitaría ninguno de los alimentos ofrecidos en la encuesta, mientras que el 9.2% (5/54), suspenderían todos los alimentos.

GRÁFICO N°16. TIPO DE TRATAMIENTO QUE CONSIDERA EL MÁS ADECUADO DURANTE UN CUADRO DE DIARREA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

El 59.2% de las madres (32/54), ofrecerían de forma exclusiva las SRO y/o Suero Casero, mientras que el 35.1% (19/54) se lo ofrecerían asociado a algún sintomático o antibiótico, y 1.9% (1/54), no le ofrecería ningún tratamiento de forma espontánea.

**TABLA N°10. CONOCIMIENTO DE LA PREPARACIÓN DE LAS SALES DE
REHIDRATACIÓN ORAL POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S
HOUSE – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	29	53.7
No	25	46.3
Total	54	100.0

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En la Tabla N°10 se aprecia que la cantidad de madres que saben preparar las SRO es mayor con respecto a las que no lo saben, con un 53.7% (29/54) contra 46.3% (25/54).

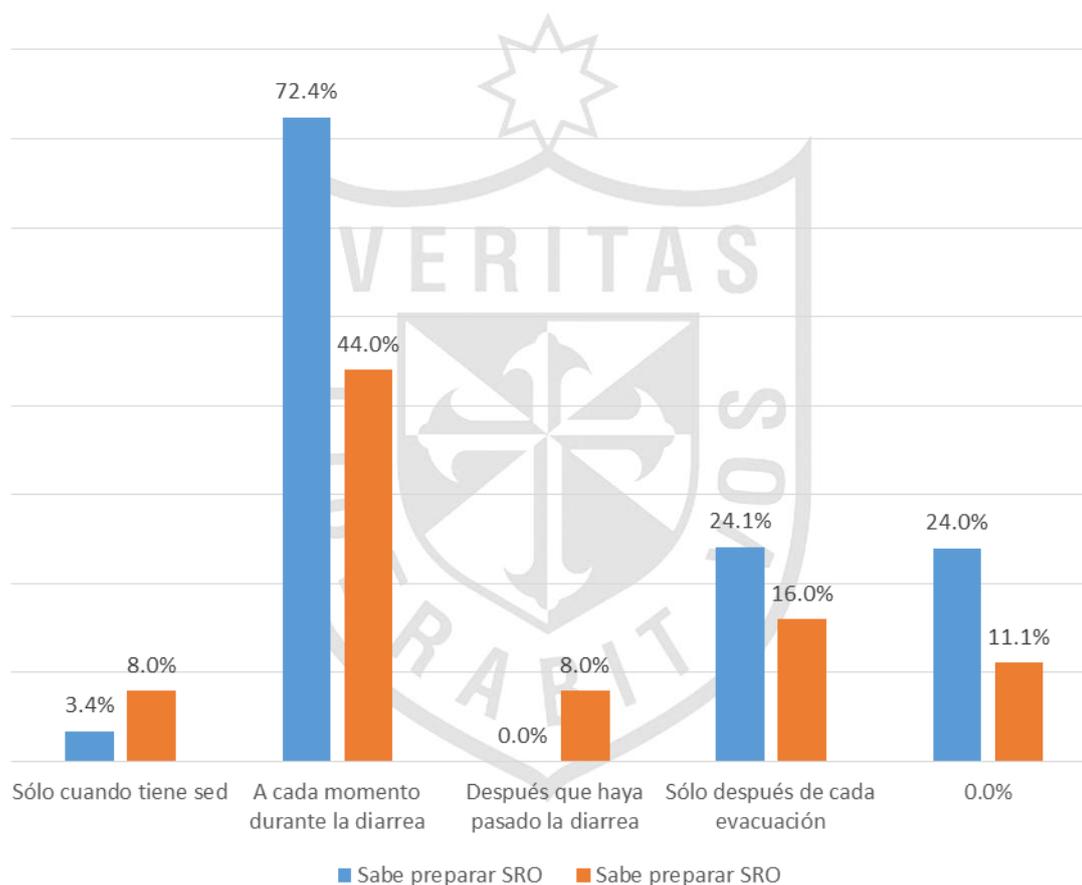
**TABLA N°11. MOMENTO EN EL QUE USARÍA LAS SALES DE
REHIDRATACIÓN ORAL DURANTE UN CUADRO DE DIARREA – NIDO
CHILDREN’S HOUSE – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje
Sólo cuando tiene sed	3	5.6%
A cada momento durante la diarrea	32	59.3%
Después que haya pasado la diarrea	2	3.7%
Sólo después de cada evacuación	11	20.4%
No sabe	6	11.1%
Total	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

En esta Tabla, se puede apreciar que el 59.3% (32/54), dijeron que ofrecerían las SRO a cada momento durante el cuadro de diarreas, el 11.1% (6/54) dijo no saber en qué momento hacerlo y el resto lo ofrecería en un momento no adecuado.

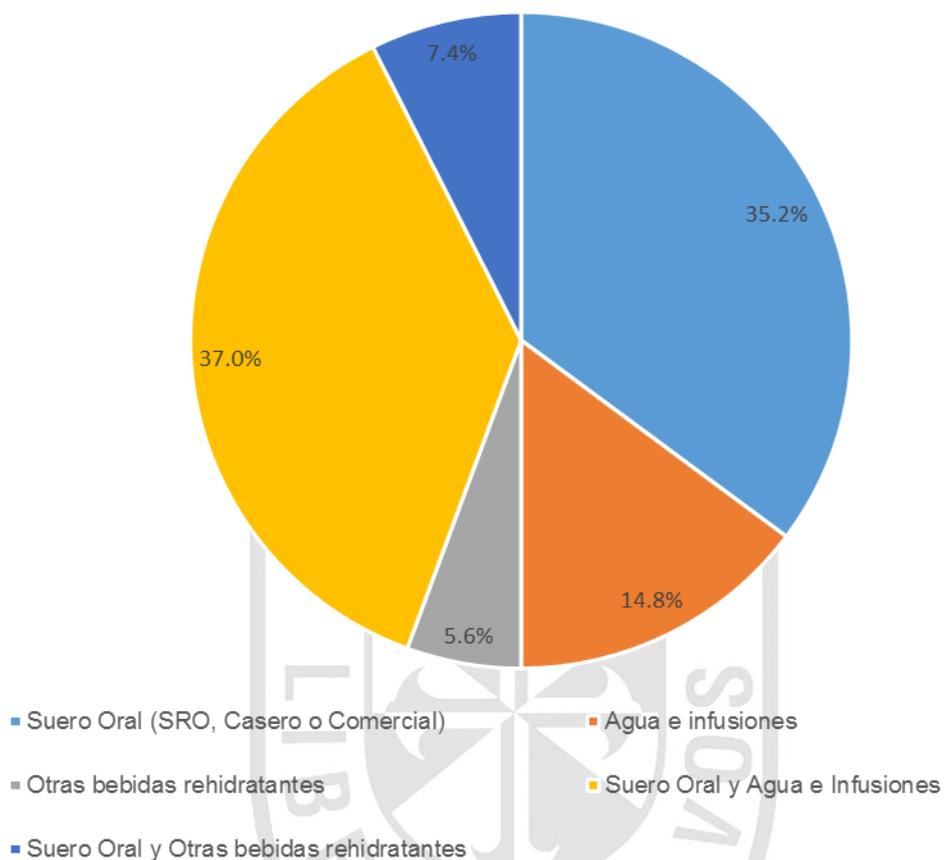
GRÁFICO N°17. MOMENTO ADECUADO DEL USO DE LAS SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL SEGÚN SEPAN O NO PREPARARLA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Comparando los datos obtenidos en los cuadros anteriores, se aprecia que hay una relación estadísticamente significativa entre el saber preparar las SRO y el momento adecuado de usarla.

**GRÁFICO N°18. TIPOS DE LÍQUIDOS QUE OFRECERÍAN LAS MADRES
ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015**



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

El 37% (20/54) usaría algún suero oral asociado a infusiones, mientras que el 35.2% (19/54) usaría algún tipo de suero oral, y el resto usaría algún otro tipo de líquido para hidratar a su hijo.

TABLA N°12. FRECUENCIA EN QUE OFRECERÍAN LOS ALIMENTOS LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Aumenta	7	13.0%
Disminuir	15	27.8%
Mantener igual	24	44.4%
No debe comer	6	11.1%
No sabe	2	3.7%
Total	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

Se aprecia que el 44.4% (24/54) mantendría igual el número de veces en la que ofrecen los alimentos, el 11.1% (6/54) consideró que no deben comer mientras dure el episodio de diarrea y solo el 13% (7/54) aumentarían el número de veces en que le ofrecen alimento a sus niños.

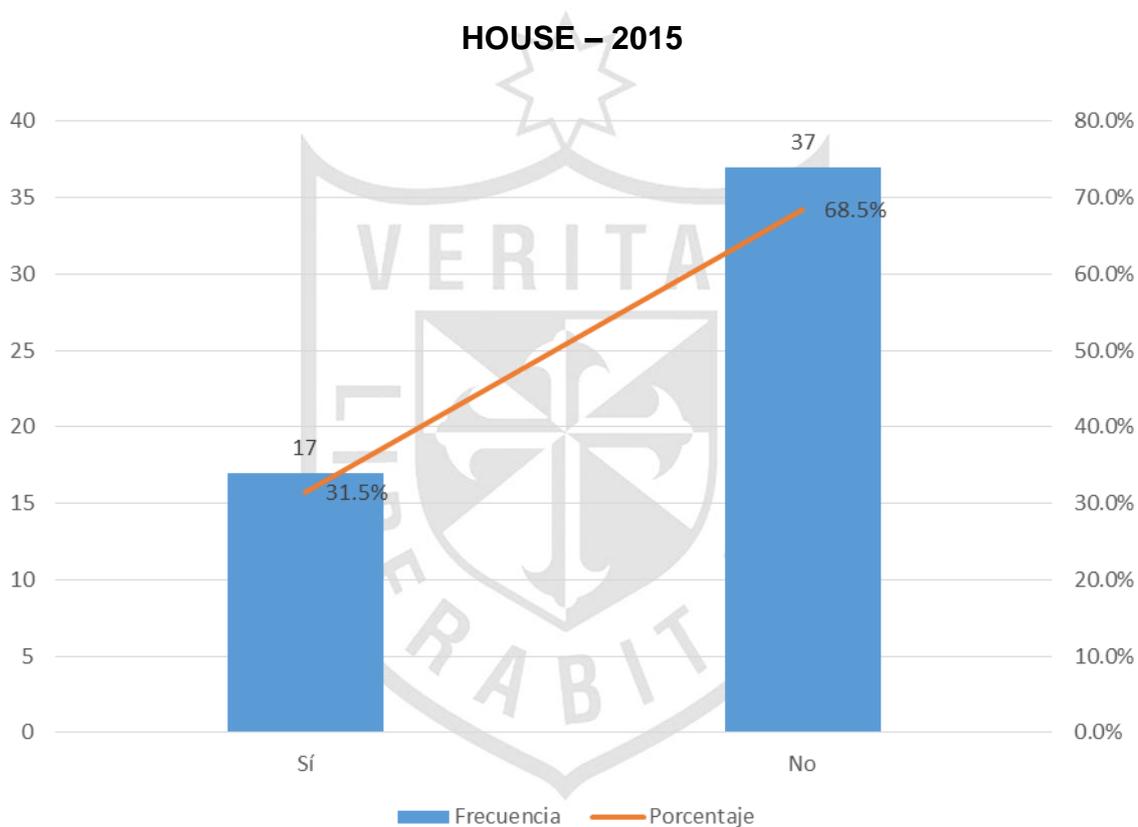
TABLA N°13. TIPOS DE ALIMENTOS QUE OFRECERÍAN LAS MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Caldos y sopas	39	72.2%
Segundos y purés	7	13.0%
Mazamorras	6	11.1%
No sabe	2	3.7%
Total	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

Aquí se puede ver que el 72.2% (39/54), consideran que la mejor alimentación durante los cuadros de diarrea son los caldos y sopas, mientras que solo el 13% (7/54), consideran que la mejor opción en cuadros diarreicos son el consumo de segundos y purés.

GRÁFICO N°19. DECISIÓN DE CAMBIAR LA LECHE A UNA FÓRMULA SIN LACTOSA O DE SOYA POR MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Se encontró que el 31.5% (17/54) de madres cambiarían la fórmula habitual que estuvieran tomando sus niños por otra sin lactosa o a base de soya, el resto de ellos no lo haría.

TABLA N°14. CONCENTRACIÓN A LA QUE DEBE PREPARAR LA FÓRMULA LÁCTEA DURANTE UN CUADRO DE DIARREA POR MADRES

ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE – 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Concentración Regular	15	27.8%
Más diluida	34	63.0%
Más concentrada	2	3.7%
No sabe	3	5.6%
Total	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

Se aprecia que el 63% (34/54) de las madres, prepararía una lecha más diluida, mientras que el 27.8% (15/54), lo haría en una concentración regular.

TABLA N°15. RESPUESTA A LA PREGUNTA DE HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE - 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	55.6%
No	24	44.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

Más de la mitad de las madres declararon haber recibido información acerca de la diarrea en algún lugar (55.6% - 30/54).

TABLA N°16. LUGAR DONDE RECIERON INFORMACIÓN ACERCA DE LA DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN’S HOUSE – 2015

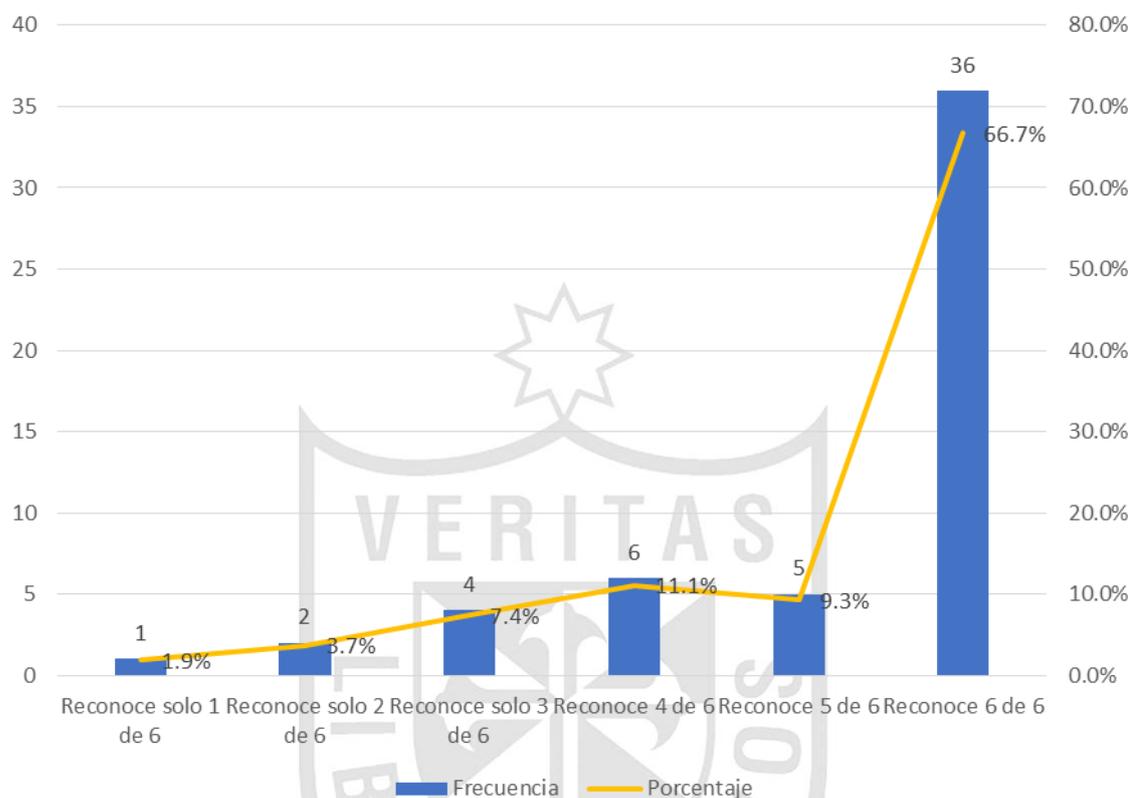
	Frecuencia	Porcentaje
Clínica	15	50.0%
Medios de Comunicación	3	10.0%
Centro Educativo	3	10.0%
Campañas	2	6.7%
Otras personas (abuelas, vecinas, cuidadoras, etc.)	7	23.3%
TOTAL	30	100.0%

Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children’s House - 2015

Se puede apreciar que de las 30 madres que recibieron información, el 50% la recibieron en alguna clínica, mientras que el 23.3% (7/30) lo hizo de alguna persona cercana a ella.

Asociando el lugar en donde recibió información con el nivel de conocimiento alcanzado, no se encuentra una relación estadísticamente significativa entre ambas.

GRÁFICO N°20. RECONOCIMIENTO DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS PREVENTIVAS DE CUADROS DE DIARREA EN MADRES ENCUESTADAS – NIDO CHILDREN´S HOUSE - 2015



Fuente: Encuestas realizadas a madres de niños menores de 5 años – Nido Children´s House - 2015

En el Gráfico N°20, se puede apreciar que el 33.3% (18/54) de las madres, no reconocen todas las medidas higiénicas para prevenir los cuadros de diarreas, e incluso el 20% (7/54) solo reconocen 3 de las 6 medidas higiénicas para prevenir las diarreas.