

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Natalia Rodríguez

**CONOCIMIENTOS MATERNOS Y MANEJO DE LA DIARREA
AGUDA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CAPITAL Y GRAN
BUENOS AIRES**

2017

Tutoras: Lic. Celeste Concilio y
Lic. Eleonora Zummer

Citar como: Rodríguez N. Conocimientos maternos y manejo de la diarrea aguda en niños de 6 a 24 meses en Capital y Gran Buenos Aires. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2017.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/539>



CONOCIMIENTOS MATERNOS Y MANEJO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS DE 6 MESES A 24 MESES EN CAPITAL Y GRAN BUENOS AIRES

Autor: Rodríguez Natalia Mail:Natalia_rod20@yahoo.com.ar
Universidad ISalud

Introducción: La diarrea es uno de los trastornos intestinales más frecuentes en niños menores de 5 años y contribuye de forma importante a un aumento de la mortalidad y morbilidad. Mueren por diarrea todos los años más de un millón y medio de niños y niñas menores de cinco años. **Objetivo:** Describir y analizar los conocimientos maternos y el manejo de la diarrea aguda en niños de 6 a 24 meses en Capital y Gran Buenos Aires en el 2017. **Material y métodos:** El diseño del trabajo realizado fue de tipo descriptivo transversal. Se utilizó como método de recolección una encuesta con preguntas cerradas a fin de recolectar información relacionada a los conocimientos de las madres sobre alimentación y las prácticas que realizan durante un episodio de diarrea. Se explicó el instrumento de recolección de datos a todas las madres según tamaño de muestra y criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo conformada por 100 madres de niños de 6 meses a 2 años. **Resultados:** Existe un predominio de madres entre 30- 39 años. Con una edad media de 31, 25. El 52% de las madres tuvo un nivel de estudio máximo alcanzado de terciario/ universitario. El 51% vive en CABA y el 49% en GBA. Con respecto al conocimiento sobre el concepto de diarrea el 97 % conocía el significado. El 54% de las madres le daba actualmente el pecho a su hijo/ hija y un 99 % no le suspendería la lactancia en caso de diarrea .El 73 % no conoce la correcta alimentación durante el episodio de diarrea. Con respecto a las prácticas de prevención las madres encuestadas tienen buenas prácticas. En relación a la edad se observó que a menor edad menor es el conocimiento y viceversa. A mayor estudio alcanzado mejores conocimientos en relación a la correcta alimentación durante la diarrea. Se observó que las madres primerizas tienen menos conocimientos que las madres que no lo son. **Conclusiones:** Las madres de niños de 6 meses a 2 años no tienen conocimientos en relación a la alimentación durante el episodio de diarrea, sin embargo, en cuanto a la prevención tienen buenas prácticas. Con respecto a la definición de diarrea y principal causa las madres respondieron en lo correcto. El 87% de las mamás no sabían cómo preparar las sales de rehidratación.

Palabras claves: Enfermedad diarreica aguda, deshidratación, sales de rehidratación oral, conocimiento materno, prácticas.

Índice:

1-INTRODUCCIÓN.....	1
2- MARCO TEÓRICO	2
2-1 Causas de diarrea:	3
2-2 Fisiopatología:.....	5
2-3 Clasificación de la diarrea:.....	6
2-4 Diagnóstico:	7
2-5 Consecuencias:.....	8
2-6 Tratamiento	10
2-7 Alimentación durante el episodio de diarrea.....	13
2-8 Prevención	16
2-9 Estado del arte	18
3- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	22
4- OBJETIVOS	22
5- METODOLOGÍA	22
6- RESULTADOS	30
7- CONCLUSIONES	53
8- BIBLIOGRAFÍA:	55
9-ANEXOS	57

1-INTRODUCCIÓN

La diarrea es uno de los trastornos intestinales más frecuentes en niños menores de 5 años y contribuye de forma importante a un aumento de la mortalidad y morbilidad.

La diarrea aguda se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el aumento en el número de deposiciones, tres o más veces al día de heces líquidas (1).

Mueren por diarrea todos los años más de un millón y medio de niños y niñas menores de cinco años. Esta cifra puede disminuir considerablemente gracias a la prevención y el tratamiento de la deshidratación con las sales de rehidratación oral (SRO) y líquidos disponibles en el hogar, la lactancia materna, la alimentación constante y la administración de suplementos de zinc durante 10 a 14 días (2).

Gracias a un programa para el control de la diarrea aguda, promovido por la OMS y centrado fundamentalmente en implementar las sales de rehidratación oral (SRO) a nivel comunitario y en el entrenamiento de los profesionales de la salud, los índices de mortalidad asociados a la diarrea aguda descendieron en todo el mundo a un 75% entre 1980 y 2008, pero siguen siendo aún elevados y se siguen manteniendo en los últimos años (3).

Las sales de rehidratación oral (SRO) y la terapia de rehidratación oral (TRO), adoptadas por el UNICEF y la OMS a fines de los años 70, han permitido manejar con eficacia la diarrea infantil. Se calcula que en la década de los 90 fue posible evitar más de un millón de muertes anuales relacionadas con esta enfermedad, gracias, en gran parte, a la promoción y la utilización de estas terapias. Sin embargo, hay indicios de que en algunos países no existe un conocimiento apropiado de las terapias para el tratamiento en el hogar de la diarrea.

El conocimiento que tienen las familias acerca de la diarrea se debe reforzar, ya que, es muy importante que la familia y la comunidad aprendan a tratar la misma y que ese tratamiento se convierta en una práctica habitual en los hogares y en los centros de salud (2).

En base a ello es que se considera relevante la realización de este estudio ya que nos llevará a conocer el nivel de conocimiento y las prácticas que adoptan las madres en relación a alimentación frente a episodios de diarrea en sus niños menores de 2 años.

2- MARCO TEÓRICO

Según la OMS se define a la diarrea aguda como la presencia de 3 o más deposiciones líquidas en 24 hs. Es decir, es un síndrome clínico que se caracteriza por la disminución en la consistencia, aumento en el volumen y/o frecuencia en las deposiciones que puede o no tener algún grado de deshidratación y que de acuerdo con el agente causal puede estar acompañado de moco y sangre. Sin embargo, es importante recalcar que esta definición no tiene en cuenta las diferencias en función de la edad del niño ni las características dietéticas o culturales (4).

Resulta muy importante conocer la edad del niño, ya que, la frecuencia de las deposiciones es muy superior en los niños menores de 3 meses y tanto la frecuencia como la consistencia varían según el tipo de alimentación. Por eso disponer de la información necesaria sobre los intervalos normales de deposiciones en niños saludables en función de la edad permitiría establecer una definición más exacta de los episodios de diarrea (5).

La diarrea es un evento que empieza en forma aguda y puede prolongarse por días y llegar a ser crónica. El término agudo significa que dura por lo general menos de 2 semanas (4).

Las enfermedades diarreicas agudas se encuentran entre las principales causas de muerte infantil en los países en desarrollo. Tanto la incidencia como el riesgo de mortalidad son más frecuentes en los niños de 6 meses a 2 años. Los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio de diarrea que los que están bien nutridos. Además los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápido.

Existen factores que incrementan la susceptibilidad a las diarreas, estas son situaciones que se asocian a una mayor incidencia, duración y gravedad de la misma. Estas pueden ser:

- Factores socioeconómicos
- Edad
- Otros

Dentro de los factores socioeconómicos se encuentran los hacinamientos, falta de acceso al agua potable, ineficiente sistema de eliminación de materia fecal, poca información, analfabetismo y desocupación.

Con respecto a la edad, la consulta por diarrea es muy frecuente en niños menores de 5 años, ya que, reflejan una serie de hechos que aumentan la posibilidad o riesgo de tener diarrea como puede ser, la disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, inicio del gateo que los pone en contacto con el suelo y se llevan objetos a la boca. A su vez hay otros factores que llevan al niño a desarrollar diarrea como el bajo peso al nacer, enfermedad de base, entre otras (5).

En nuestro país durante el año 2000, la notificación de diarreas llegó a casi afectar el 18% de la población menor de 6 años. En algunas regiones como la región del norte se notificaron diarreas en el 25 % de los pacientes como por ejemplo Salta y Jujuy, en el que el número de episodios superó el 50% de dicha población. Las provincias del norte son las que presentan las tasas más altas y las que han mostrado un mayor descenso, ya que, el riesgo de morir por diarrea en 1980 era 26 veces mayor en esas provincias con respecto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mientras que esa razón se ha reducido a 9 veces en el año 2000. En el año 2004, el número de muertes por esta causa fue de 123 niños menores de 5 años, siendo un 94% más bajo que el que se había registrado un cuarto siglo atrás (6).

2-1 Causas de diarrea:

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 mejores condiciones sanitarias, la diarrea aguda aún sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención médica (7).

La causa más común de diarrea aguda es una infección viral. Otras causas son las infecciones bacterianas y las infecciones por parásitos. Los parásitos constituyen una causa infrecuente de diarrea en niños sanos. Las infecciones virales, bacterianas y parasitarias son contagiosas, y los padres o cuidadores de los niños pueden prevenir la propagación de la infección (8).

La infección viral (principal agente causal rotavirus) es la causa más importante de diarrea en los niños y es más frecuente en los meses de invierno. El cuadro clínico asociado a la enfermedad por rotavirus tiene tres características importantes:

- Vómitos
- Diarrea
- Deshidratación

Algunas a veces se acompaña de fiebre. Los pacientes con Rotavirus tienen más vómitos y deshidratación que los pacientes que no lo tienen. La deshidratación severa y un desequilibrio electrolítico, parecen ser las causas de muerte en niños con diarrea por rotavirus.

Aunque no exista una característica especial en este tipo de diarrea, se ha observado que esta puede ser acuosa y rara vez con sangre (9).

Entre los síntomas ya mencionados también se pueden agregar dolor de cabeza, falta de apetito entre otros. No existe un tratamiento específico para las causas virales, sino que se basa en realizar las medidas de soporte como son las sales de rehidratación oral (SRO) y la dieta limitada. Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de diarrea en niños, afectan prácticamente a todos los niños en los primeros 4 años de vida, dándose la enfermedad especialmente entre los 6 y 24 meses (8).

En la actualidad están disponibles dos vacunas seguras y eficaces frente a la enfermedad grave por rotavirus producida por los tipos más prevalentes en patología humana, ambas son de administración oral en dos (monovalente humana, rotarix) o tres dosis (pentavalente bovina-humana rotateq) pudiéndose administrar con las vacunas habituales (7).

Las infecciones Bacterianas (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Escherichia coli) son más comunes en lugares donde hay agua no potable. Se puede presentar con fiebre superior a 40 grados y diarrea con sangre o que contenga moco. La mayoría de los niños no requieren antibióticos. De todas las mencionadas la más común es la Escherichia coli que es una bacteria presente en el intestino, la mayoría de las cepas son inocuas, pero algunas pueden ser graves.

El origen principal de los brotes de Escherichia Coli son los productos de carne picada cruda o mal cocida, leche cruda y hortalizas contaminadas con materia fecal. Aunque en la mayoría de los casos se remite espontáneamente, la enfermedad puede llegar a poner en peligro la vida, por ejemplo cuando se da el Síndrome Urémico Hemolítico, especialmente en niños y ancianos. Como esta bacteria es termo sensible se puede prevenir esta enfermedad cocinando bien los alimentos.

Las medidas de prevención de la infección por E. Coli son similares a las recomendadas para otras enfermedades transmitidas por los alimentos.

Las practicas básicas de buena higiene de los alimentos, descritas en las cinco claves para la inocuidad de los alimentos que estableció la OMS, pueden prevenir la trasmisión de los agentes responsables de muchas enfermedades transmitidas por alimentos.

Estas 5 claves son:

- Mantener la limpieza
- Separar alimentos crudos de cocidos
- Cocinar bien los alimentos
- Usar agua y materias primas seguras
- Mantener los alimentos a temperaturas seguras

Estas recomendaciones deben aplicarse, en especial la de cocinar bien los alimentos. Lavar bien las frutas y verduras, especialmente si se comen crudas. Las poblaciones vulnerables como lo son los niños y ancianos deben evitar el consumo de carne cruda o poco cocida (10).

Las infecciones parasitarias (Giardias entre otras) son menos frecuentes en niños pero se pueden llegar a dar principalmente en lugares donde no hay agua potable, esta infección es común en los países en desarrollo (5).

De todas las causas mencionadas todas se transmiten por vía oro-fecal (ano-mano-boca), a través del consumo de agua o alimentos contaminados, almacenamiento de alimentos cocidos a temperatura ambiente o por el contacto de estos con superficies o recipientes contaminados y un uso inadecuado del lavado de manos luego de ir al baño, a su vez la diarrea está más asociada a épocas de mucho calor o altas temperaturas (4).

2-2 Fisiopatología:

Los mecanismos que rigen los movimientos del agua y los electrolitos en el intestino son los que permiten una absorción casi total de los volúmenes hídricos provenientes de la ingestión de líquidos, del agua contenida en los alimentos y las secreciones digestivas. Cuando estos mecanismos se alteran por una infección, el agua y los electrolitos son mal absorbidos o no se absorben, lo que genera una pérdida considerable mediante las heces produciendo diarrea (11).

Los mecanismos patogénicos que ocasionan diarrea dependen de los agentes causales que la producen. Se genera una invasión de la mucosa seguida de multiplicación intraepitelial y penetración de la bacteria. La capacidad de una bacteria por invadir y multiplicarse en una célula está determinada por la composición del lipopolisacárido de la pared celular de dicha bacteria en combinación con la producción y liberación de enzimas específicas.

Se producen citotoxinas y enterotoxinas, que generan daño celular directo y dan lugar a trastornos del balance de agua y sodio y todo esto genera como resultado el aplanamiento de las microvellosidades y la destrucción de la función normal de la célula (5).

La pérdida excesiva de líquidos y electrolitos 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. Además, los mismos, presentan un flujo intestinal de agua y electrolitos más elevado.

Aunque se trata por lo general de un proceso leve, siendo la complicación más importante la deshidratación, en ocasiones se puede desarrollar una diarrea prolongada 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.

Sobre crecimiento bacteriano: Por contaminación bacteriana (5).

2-3 Clasificación de la diarrea:

De acuerdo al tiempo de duración:

Diarrea aguda: Dura menos de 2 semanas

Diarrea Persistente: Dura entre 2 semanas o más.

Diarrea crónica: Dura 1 mes o más.

De acuerdo a las características de la diarrea:

Diarrea Acuosa: Se caracteriza por heces líquidas sin sangre y puede ir asociada a vómitos, fiebre y disminución del apetito, la mayoría de los casos se da por Rotavirus, E. Coli o Vibrio Cólera.

El cólera se caracteriza por ser una enfermedad que se contrae mediante la ingesta de una dosis infecciosa de Vibrio Cholerae. El agua contaminada con materia fecal humana generalmente sirve de vehículo para la transmisión, ya sea, directa o por la contaminación de los alimentos. Dichos alimentos también pueden ser contaminados por las manos sucias de personas infectadas (12).

Diarrea Disentérica: Se caracteriza por la presencia de heces líquidas o semilíquidas con sangre, acompañada de fiebre elevada, mal estado general y cólicos. Este tipo de diarrea se da por los gérmenes Shigella, Campylobacter entre otras.

2-4 Diagnóstico:

La diarrea aguda es un proceso auto limitado, por lo que solo necesita en la mayoría de los casos una adecuada valoración del paciente (historia clínica, examen físico), para establecer las indicaciones necesarias (6).

El tratamiento debería iniciarse en la casa, por lo que se recomienda a las familias que dispongan de soluciones de rehidratación oral (SRO) y comiencen la rehidratación del niño tan pronto como se inicie la diarrea, independientemente del agente causal. La administración temprana reduce las complicaciones y el número de visitas a profesionales y de hospitalizaciones.

También es importante estar atento a las posibles complicaciones y se deben identificar y considerar las condiciones socioeconómicas de la comunidad.

La ESPGHAN/ESPID (Guía de la European Society for Pediatric Gastroenterology, hepatology and Nutrition y la European Society of pediatric infectious diseases) recomienda solicitar atención médica para lactantes y niños pequeños con diarrea en caso de:

- Número considerable de evacuaciones: Más de 8 episodios en 24 hs
- Vómito persistente: Más de 2 vómitos
- Enfermedad de base relevante: Malnutrición, enfermedad renal, diabetes
- Niños menores de 2 meses.

Es importante informar a los padres y cuidadores de como reconocer los posibles síntomas de alarma y explicar cómo obtener ayuda inmediata de un profesional de salud si se producen dichos síntomas (5).

Historia clínica:

Una cuidadosa y detallada historia clínica puede aumentar la posibilidad de ver si existe gravedad. Se debe preguntar sobre las características de las evacuaciones como olor, color, cantidad, frecuencia, consistencia, presencia de moco, sangre o residuos alimentarios.

Es importante preguntar cuándo comenzó dicha diarrea, ya que, algunos microorganismos son de comienzo rápido y se hace de vital importancia comenzar temprano el tratamiento.

La presencia de fiebre es buena utilidad diagnóstica, el Rotavirus genera fiebre elevada al comienzo. La presencia de vómitos es importante tenerla en cuenta porque algunos gérmenes como Rotavirus y Shigella los presentan al principio y desempeñan un papel importante en la producción de deshidratación (12).

2-5 Consecuencias:

Dentro de las consecuencias de la diarrea aguda se encuentra la **Deshidratación**. Se define como la pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente sodio, potasio y cloro.

El organismo absorbe normalmente agua y electrolitos que necesita a través de bebidas y alimentos. También es normal que pierda agua y electrolitos a través de las evacuaciones, la orina, el sudor y la respiración. Cuando el intestino está sano, absorbe el agua y los electrolitos, si hay diarrea el intestino no trabaja de la manera habitual.

La cantidad de agua y electrolitos que entran a la sangre es menor y una cantidad mayor pasa de la sangre al intestino, que se elimina por las evacuaciones. Esta pérdida mayor que la normal da por resultado la deshidratación. Cuanto mayor es el número de evacuaciones intestinales, mayor es la pérdida de agua y electrolitos (4).

Existen 3 grados de deshidratación (según la OMS):

- **Deshidratación leve:** se produce cuando las pérdidas de agua corporal son inferiores a 50ml/kg de peso corporal.
- **Deshidratación moderada:** Avanza a un déficit de líquidos de 80-100ml/kg del peso corporal.
- **Deshidratación grave:** Puede alcanzarse un déficit de 120 ml /kg del peso corporal, hay alteración de la conciencia, baja la presión sanguínea, piel y mucosas muy secas, llenado capilar mayor a 4 segundos requiere de terapia endovenosa de urgencia (13).

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 (conjunto de signos y síntomas), aunque las mismas no están validadas para el manejo de pacientes a nivel individual. En la historia clínica el principal dato respecto a la ausencia de deshidratación es que el paciente cuente con una diuresis normal.

En cuanto a los signos clínicos independientemente asociados a la deshidratación, los más significativos son:

- Pérdida de turgencia cutánea
- Respiración anormal
- Mucosa oral seca
- Ausencia de lágrimas
- Alteración neurológica (6).

La mayoría de los niños con deshidratación leve no precisa estudios de laboratorio y tanto su diagnóstico como su tratamiento pueden efectuarse con la valoración clínica. Además, dado que las sales de rehidratación oral en cantidades adecuadas son suficientes para corregir las alteraciones electrolíticas, parece innecesario medir electrolitos en aquellos niños que van a ser rehidratados con soluciones orales.

Estos estudios de laboratorio se realizan en los casos de deshidratación grave, en aquellos casos cuya historia clínica o examen físico no coincide con un episodio habitual de diarrea y en todos los casos en que se va a administrar rehidratación intravenosa.

Se recomienda la determinación de electrolitos, glucosa y bicarbonato, constituyendo este último el parámetro más útil respecto a la hidratación. Se ha estimado una prevalencia de hipoglucemia entre el 2 y el 9 % de niños con diarrea aguda.

La ausencia de datos clínicos que pueden predecir esta situación y las consecuencias de la hipoglucemia no tratada hacen que sea importante considerar la determinación de la glucemia en niños menores de 5 años con diarrea aguda y deshidratación (7).

Otra de las consecuencias de la diarrea aguda es la **Desnutrición**:

Las diarreas producen como ya se mencionó pérdida de nutrientes, agua y electrolitos, esto puede agravarse más por el ayuno impuesto al niño, ya sea por las creencias populares o por alguna práctica médica que prescriben un periodo de ayuno de 24 a 48 hs de duración (13).

En el curso de estudios epidemiológicos se ha observado que los procesos diarreicos son más frecuentes y severos en niños desnutridos.

Alteraciones morfológicas de la mucosa intestinal: Suele observarse que en niños severamente desnutridos ocurren alteraciones morfológicas de la mucosa intestinal, caracterizadas sobre todo por una atrofia de las vellocidades, que aparecen aplanadas. Asimismo, se reduce el espesor de la mucosa intestinal, la altura de las células epiteliales y la elevación de su borde en cepillo.

En niños con desnutrición ocurre también malabsorción intestinal para varios nutrientes, en particular las grasas. Esos niños tienen baja capacidad para solubilizar las grasas, lo cual aparentemente no está asociado a deficiencia de lipasa, ya que, en la mayoría de ellos se ha encontrado esa enzima en concentraciones normales. El problema parece estar más relacionado con una baja en la concentración de ácidos biliares.

No se conocen aún bien los mecanismos fisiopatológicos, pero sí es evidente que la desnutrición favorece el desarrollo de procesos diarreicos. Por otro lado, los procesos diarreicos agravan la desnutrición. Los niños que viven con una dieta marginal que apenas cubren sus necesidades mínimas de calorías y nutrientes caen en un estado de desnutrición a raíz de procesos infecciosos frecuentes, esto no solo induce a una disminución de la ingesta de alimentos, sino también un aumento de los requerimientos nutricionales (14). Cabe destacar que esta situación de desnutrición no se observa ni en capital ni en gran buenos aires que es la región donde se realiza este trabajo.

Otra de las consecuencias es el **shock hipovolémico**, se define como el síndrome clínico que se caracteriza por alteraciones en la circulación que produce perfusión tisular inadecuada, alteraciones en el aporte de nutrientes y en la eliminación de los desechos del metabolismo. Se relaciona directamente por pérdida efectiva de volumen sanguíneo (hemorragia masiva o deshidratación grave). A su vez se puede dar **intolerancia a la lactosa**, el niño con diarrea aguda grave tiene mayor tendencia a presentar intolerancia a la lactosa de la leche de vaca, debido a la vulnerabilidad de la lactasa que se observa durante los primeros 2 o 3 días de evolución de la enfermedad.

Esta intolerancia transitoria a los disacáridos además de ocasionar evacuaciones líquidas explosivas y de olor ácido, se acompaña de distensión abdominal, vómitos y cólicos (4).

2-6 Tratamiento

No existe un tratamiento específico de la diarrea aguda como tal. El principal objetivo en el manejo terapéutico de este proceso es la corrección de la deshidratación y, una vez realizada esta, la recuperación nutricional.

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 en un principio en pacientes con diarrea tipo colérica, con grandes pérdidas fecales de sodio, por eso su contenido de sodio era relativamente elevado. El uso extendido de esta solución en niños con otro tipo de diarrea, principalmente de etiología viral y con menores pérdidas fecales de sodio, se asoció a riesgo de hipernatremia. En la actualidad hay evidencias suficientes de las ventajas de la rehidratación oral frente a la intravenosa, principal forma de rehidratación antes de la década de los setenta.

La disponibilidad actual de soluciones de rehidratación oral adecuadas hace que su administración sea el método de elección en el tratamiento de la deshidratación. Es importante hacer notar que estas soluciones tienen distintas formas de reconstitución. La presentación de la mayoría son sobres que hay que disolver en diferentes cantidades de agua según el preparado (7).

A través de la estrategia AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia), se han establecido unas reglas de prevención y manejo de la diarrea, en busca de un tratamiento oportuno y adecuado de acuerdo al grado de deshidratación a partir de los signos presentes del niño clasificándolo en tres planes:

Plan A:

Cuando no hay signos de deshidratación, se recomienda ingerir más líquidos y alimentar al niño adecuadamente para prevenir la deshidratación y la malnutrición. Es aconsejable acudir al médico o servicio de salud sino mejora en 3 días o si presenta signos de gravedad como vómitos repetidos, fiebre, varias deposiciones o resistencia a comer o tomar líquidos.

Plan B:

Es una terapia de rehidratación oral que comienza en el servicio local de salud y luego continúa en el hogar. Los padres deben permanecer con sus hijos para ayudar con el tratamiento y aprender como continuar en el hogar.

Plan C:

Es el tratamiento indicado para los pacientes más graves, cuando la persona afectada bebe poco o no es capaz de beber, se presenta con ojos hundidos, mucosas muy secas y es necesaria la rehidratación endovenosa.

En este plan el propósito es administrar en tiempo corto (3 horas) por vía endovenosa, una cantidad suficiente de líquidos y electrolitos con el objetivo de expandir el espacio extracelular y corregir el shock hipovolémico si lo hay. Cuando el paciente mejora el estado de conciencia y puede beber, el tratamiento se continúa con suero oral para terminar de corregir el déficit de líquidos y electrolitos y mantener al paciente hidratado (4).

Son contadas las situaciones que contraindican la rehidratación oral:

- Deshidratación grave
- Shock hipovolémico
- Alteración en el nivel de conciencia
- Íleo paralítico
- Pérdidas fecales intensas

Si no hay signos de deshidratación: 10ml /kg por deposición líquida y 2 ml/kg por vómito para reponer las pérdidas

Si la deshidratación es leve: 30-50ml/kg durante 4 horas más pérdidas mantenidas (10ml/kg por deposición líquida).

Si la deshidratación es moderada: 75-100ml/kg durante 4 horas más pérdidas (reposición déficit más pérdidas mantenidas)

La rehidratación se realiza durante 4 horas y en algunos casos es preciso realizar una revaloración clínica (7).

Ventajas de las SRO:

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

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

El 98% de los pacientes deshidratados por diarrea, puede hidratarse con TRO (terapia de rehidratación oral)

- Debe existir la participación activa de la madre en el tratamiento del niño
- Disminuye la tasa de letalidad intrahospitalaria por diarrea entre un 40-50%
- Disminuye un 60% las admisiones hospitalarias, reduciendo los costos hasta un 80%
- Disminuye la mortalidad por diarrea y el número de visitas del niño al hospital
- Al mejorar el manejo de la hidratación y la alimentación del niño ,se evita la desnutrición, que por lo general acompaña estos casos
- Es un procedimiento sencillo, fácil de aplicar, por lo que cualquier persona puede ser entrenada para su uso (12)

2-7 Alimentación durante el episodio de diarrea

El protocolo nutricional de los niños con diarrea aguda es un aspecto fundamental en el tratamiento y es particularmente relevante en niños con malnutrición. La alimentación precoz y continuar con la dieta habitual parecen dar beneficios dado el efecto trófico que ejercen los nutrientes. La realimentación temprana contribuye a disminuir el riesgo de que aumente la permeabilidad intestinal por la infección, evitando el paso de macromoléculas y sus consecuencias clínicas como la intolerancia a la lactosa, también contribuye a mantener la actividad de las disacaridasas y disminuye la hipotrofia intestinal morfológica y funcional asociada al reposo intestinal.

Todas las guías recientes establecen que la lactancia debería continuarse durante la rehidratación y debería pautarse una dieta apropiada para la edad del niño que debería iniciarse durante o después de la rehidratación inicial de 4 a 6 horas (14).

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. Además aumenta el bienestar del niño al poder comer libremente, sin dietas restrictivas, hipocalóricas y poco ricas (6). Los alimentos ofrecidos deben ser nutritivos, fáciles de digerir y de rápida absorción. Se debe evitar la fibra vegetal, ya que, aumenta el volumen intestinal y estimula el peristaltismo, es decir, la motilidad intestinal, suprimir los guisos, las frituras, productos salados y embutidos porque irritan la mucosa digestiva.

Se evitarán las grasas por ser de digestión prolongada, también se deben evitar aquellos alimentos que estimulan el reflejo gastrocólico y el peristaltismo como el café, jugos de naranja azucarados, también se evitarán alimentos picantes, gaseosas por su alto contenido de azúcar y su efecto osmótico y alimentos concentrados (4).

Lactancia materna: La evidencia científica apoya la necesidad de mantenerla, sin restricción. Su buena tolerancia es debida a:

- Menor osmolaridad
- Mayor contenido de enzimas que la leche de vaca
- Aporta factores hormonales y antimicrobianos.

Se ha demostrado que el calostro y la leche humana, durante las primeras semanas, contienen altas concentraciones de inmunoglobulinas, sobre todo la IGA. Si bien es cierto que esos anticuerpos no atraviesan la pared intestinal, se ha observado que pasan casi intactos a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, por lo tanto, se considera que desempeñan un papel en la defensa del huésped al actuar en el lumen intestinal (14).

Lactosa y leches especiales: En la actualidad en nuestro medio la mayoría de los niños con diarrea no está indicado una fórmula sin lactosa. Habría que observar la aparición de signos o síntomas de malabsorción para detectar los contados casos en los que pudiera aparecer. Estaría indicada una leche sin lactosa solo en los casos de diarrea prolongada.

En los niños con una alimentación variada hay que mantener la dieta, ya que, existe una adecuada absorción de macronutrientes. Como se mencionó anteriormente evitar alimentos con alto contenido de azúcar por su efecto osmótico. Habrá que estimular de alguna forma la ingesta ofreciendo alimentos de sabor agradable, habituales en la alimentación del niño. Son mejores tolerados ciertos alimentos como hidratos de carbono complejos (trigo, arroz, pan y cereales no integrales), carnes magras, yogur, frutas y vegetales sin cáscara.

Con respecto a los micronutrientes, el **zinc** ha sido el principal micronutriente en los procesos de diarrea. Se ha demostrado que la suplementación con zinc reduce significativamente la gravedad de la diarrea en niños en vías de desarrollo y disminuye los episodios de diarrea. Es por eso que la OMS y UNICEF recomiendan el tratamiento con zinc en todos los niños con diarrea.

Probióticos: En los últimos años los probióticos, suplementos alimentarios microbianos con efectos positivos en la prevención o tratamiento de una patología específica, han surgido como un nuevo elemento en la prevención o tratamiento de la diarrea infecciosa. La base de uso es su papel modificando la composición de la flora intestinal colónica y actuando contra los agentes enteropatógenos.

La revisión de los estudios realizados en los últimos años para establecer el efecto de los probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda infecciosa muestra un beneficio clínico moderado de algunos probióticos, principalmente por Rotavirus, en lactantes y niños pequeños. Este efecto depende de la cepa, siendo el más efectivo Lactobacilus GG (7).

Respecto a la indicación de **antibióticos**, al ser la diarrea aguda en el niño un proceso infeccioso auto limitado en la mayoría de los casos, solo estarían justificados en:

- Pacientes inmunodeprimidos con enfermedad grave de base
- Todos los casos de diarrea aguda por Shigella y la mayoría de los producidos por E. coli, Clostridium Difficile, Giardias o Vibrio Cholerae
- Algunos casos de infección por Campylobacter (7).

Los **prebióticos** son ingredientes alimentarios no digeribles, en especial hidratos de carbono, cuya fermentación bacteriana en el colon favorece el crecimiento de bacterias principalmente bifidobacterias y lactobacilos. Estos prebióticos se encuentran en trigo, cebolla, ajo, miel. También se pueden incorporar a los alimentos como lácteos, cereales etc.

La combinación de los prebióticos y probióticos es conocida como simbióticos y puede ofrecer ventajas.

Fórmula dietética:

- Proteínas: 13-15% (preferentemente de alto valor biológico)
- Hidratos de carbono: 50-60% (bajar la cantidad de azucares simples)
- Grasas: 30-35%

Con respecto a la lactosa no se debe eliminar, ya que, es un hidrato de carbono necesario para el crecimiento porque aporta calorías necesarias para el niño y además facilita la absorción de calcio y magnesio. Si el niño evidencia intolerancia a la lactosa, el tratamiento consiste en eliminar los alimentos que la contengan e ir incorporando de a poco la misma.

El aporte proteico debe realizarse acorde a la edad del niño y no se recomienda la utilización de fórmulas de soja.

Con respecto a las grasas no se debe realizar una limitación excesiva, ya que por ejemplo en los niños que tienen diarrea y también desnutrición dar una dieta baja en grasas agrava la desnutrición y genera diarrea persistente. Por otro lado, un consumo excesivo de grasas no es bueno, se recomienda una dieta normo lipídica acorde a la edad del niño. El aporte normal es de 30-35 % de este porcentaje no debe superarse el 10 % de grasas saturadas y no más del 1 % de grasas trans.

Utilizar aceites como maíz, canola y/ oliva, ya que, cubren los requerimientos de grasas mono insaturadas y de ácidos grasos omega 3 y 6 y triglicéridos de cadena media. El omega 3 se encuentra en mayor cantidad en el aceite de oliva y canola. Un aporte adecuado de ácidos grasos mono insaturados mejora el funcionamiento intestinal y aporta vitamina E.

La pectina se encuentra en la mayoría de los vegetales y es una fibra soluble, forma gel y retiene agua, se encuentra en alimentos como pera, manzana, zanahoria por eso es recomendable consumir dichos alimentos.

No ofrecer nuevos alimentos al paciente y tener mayor cuidado en los niños menores de 2 años que son más susceptibles al deterioro del estado nutricional (7) (20).

2-8 Prevención

Para prevenir la deshidratación en el niño con diarrea en el hogar, se deben tener en cuenta las siguientes reglas:

Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación: Usar líquidos caseros recomendados o suero oral después de cada evacuación. El propósito es lograr que el niño ingiera una cantidad suficiente de líquido, tan pronto como se inicie la diarrea, con el fin de reponer el agua, las sales y evitar así la deshidratación (4).

Enseñar a la madre a reconocer los signos de deshidratación: ¿Cuándo consultar?

- Evacuaciones líquidas muy abundantes y frecuentes
- Sangre en las heces
- Vómitos a repetición

- Signos de deshidratación (sed intensa)
- Come o bebe poco
- Fiebre

El zinc, es útil en más de 300 funciones biológicas y provoca efectos en varios sistemas incluyendo el tracto gastrointestinal. El zinc se encuentra en la leche materna, fórmulas lácteas, carnes, pescados, mariscos, huevos, frutos secos, semillas, cereales fortificados.

Mecanismos del Zinc en la Diarrea Aguda:

Induce un efecto terapéutico mediante la estimulación de la absorción de agua y electrolitos a través de la mucosa intestinal, impidiendo así la atrofia de las vellosidades y una mejoría de la inmunidad general, por lo tanto los suplementos de zinc pueden reducir la gravedad y la duración del episodio diarreico (12).

Dado que la vía de contagio principal es la fecal-oral es primordial reforzar la higiene ambiental en el medio familiar, con una limpieza adecuada de las manos y los objetos empleados en la manipulación de niños con diarrea. En los últimos años se han desarrollado vacunas frente a algunos de los agentes productores de diarrea aguda, sobre todo frente al rotavirus.

En Europa la ESPGHAN y la Sociedad Europea de enfermedades infecciosas pediátricas (ESPID) en sus recientes recomendaciones consideran la incorporación de la vacuna anti rotavirus en todos los calendarios.

En el año 2004 la OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) 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 (7).

Las madres y los cuidadores deben:

- Prevenir la deshidratación administrando, ante la primera señal de diarrea, una mayor cantidad de líquidos y soluciones de SRO si las hay.
- Continuar alimentando al niño durante el episodio (aumentar la lactancia)
- Reconocer las señales de deshidratación y llevar al niño a un centro de salud
- Administrar a los niños 20 mg diarios de suplementos de zinc durante 10 – 14 días.

Los agentes de atención de salud deben:

- Tratar la deshidratación con SRO en caso de deshidratación grave
- Administrar antibióticos únicamente cuando sea necesario (por ejemplo, deposiciones con sangre)
- Advertir a las madres que cuando sus hijos vuelvan a sufrir diarrea deben darles más líquidos de lo usual y seguir alimentándolos.

Al tratar casos de diarrea infantil, los agentes de atención de salud deben suministrar a las madres o cuidadores de los niños dos paquetes de SRO de un litro cada uno para utilizarlos en el hogar mientras la diarrea se detiene, así como los suplementos de zinc. De igual modo deben entregarle material impreso (con ilustraciones o textos) con consejos para la prevención y el tratamiento de la diarrea en el hogar (2).

Medidas de prevención de la madre:

- Proteger el agua potable de posibles fuentes de infección y en todos los casos hervirla antes de su uso.
- Todas las familias deben tener el inodoro limpio.
- Lavar bien los juguetes que utiliza el niño.
- Fomentar la higiene en la preparación y conservación de los alimentos.
- Lavarse las manos después de ir al baño, antes de preparar los alimentos y después de cambiar el pañal al niño.
- Esquema de vacunación completo
- Brindar una buena alimentación (13).

2-9 ESTADO DEL ARTE

En el año 2006 se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal (14) para determinar el conocimiento que tienen las madres de niños menores de 5 años sobre las enfermedades diarreicas y su prevención. Se trabajó con 453 madres de un universo de 499 donde quedaron excluidas todas las que no quisieron participar en la investigación, la cual se aplicó un previo consentimiento de las madres pertenecientes al área rural del municipio de San Nicolás.

Como método de medición se realizó una encuesta. Para caracterizar a la población en estudio se analizaron variables de interés como edad y escolaridad, donde predominó el grupo de madres entre 18 a 23 años. De esta edad surgieron 183 madres que corresponde a un porcentaje del 40,04%, la escolaridad fue baja en 232 madres y el porcentaje fue del 51,21% con nivel primario y 168 madres con el 37,08% con nivel secundario. Los alimentos restringidos por las madres fueron: el huevo que lo restringieron 429 madres con un porcentaje del 94,70%, el pescado lo restringieron 415 madres y el porcentaje fue del 91,61% y las mamaderas las restringieron 304 madres con un porcentaje del 6,10%. Los resultados hallados mostraron que existía un inadecuado conocimiento en las madres sobre las enfermedades diarreicas agudas por lo que se recomienda futuras estrategias de intervención educativa.

En un estudio realizado en Colombia en el año 2006 (15) se establecieron cuáles eran los conocimientos maternos sobre signos de peligro en la diarrea aguda en menores de 5 años y se determinó las prácticas de hidratación. Como método de medición se realizó una encuesta a 204 cuidadores elegidos consecutivamente que asistieron por primera vez a la consulta de crecimiento y desarrollo de un hospital de nivel en Popayán, Colombia.

Las variables que se midieron fueron: edad materna, sexo, edad del niño, área (rural-urbana), estrato socio-económico, número de hijos, convivencia con compañero, convivencia con abuela del menor. Los resultados que se hallaron fueron que el 54 % de las madres conocen como mínimo dos signos de peligro en las diarreas agudas, el 49% emplean líquidos caseros y SRO, y el 23% suero casero. El convivir con la abuela del niño se asoció significativamente con los conocimientos maternos.

Estudios con diseño similar a los anteriores se llevó a cabo en Bolivia en el año 2006 (16) donde se determinó los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años sobre signos de alarma en infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda. Se realizó un estudio transversal. El método de medición fue una entrevista personal aleatoria a 79 madres de Cala-marca (La Paz, Bolivia). La edad de las madres encuestadas eran entre 20-39 años. Se aplicaron estadísticas descriptivas para resumir los datos demográficos y presentar los conocimientos de las madres en torno a lo mencionado. Los resultados obtenidos fueron que la mayor proporción de madres entrevistadas tenía un promedio de 28 años y un grado de escolaridad primario que correspondía a un porcentaje del 79,8%. En relación a la diarrea aguda, aproximadamente la mitad reconoció la deshidratación severa (58,2%) y la disentería (59,5%) como signos de alarma.

Aproximadamente el 75% indicó la preparación correcta de SRO pero, el 51,9% consideró que en niños con diarrea aguda se debe suspender el pecho y la comida. En relación a la insuficiencia respiratoria, aproximadamente un tercio consideró signo de alarma la dificultad respiratoria (39,8%) e identifica la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos.

A su vez otro estudio de similares características a las anteriores, se realizó en Perú en el año 2013 (17) para determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención en un asentamiento humano de dicho país. Se realizó un cuestionario a 82 madres de niños menores de 5 años con promedio de edad de 29 años. Se obtuvo como resultado que el 73,1 % solo se dedicaba a ama de casa, alrededor del 7 % tenían los estudios superiores terminados y solo el 6 % de las viviendas contaban con el servicio de desagüe.

Sobre los conocimientos y prevención de la diarrea, el 76% conoció el significado de la palabra diarrea, el 53% creyeron que los parásitos son la principal causa, el 53% prefirió usar SRO como principal medida de tratamiento, aunque el 23% admitió que le daría antibióticos, el 67% acudiría al centro de salud.

En el año 2012 se realizó un estudio observacional de corte transversal (18) en Venezuela donde se observó los conocimientos maternos sobre las estrategias primarias de prevención de la diarrea aguda. El método de medición fueron encuestas a madres de niños menores de 5 años que acudían a los servicios de consulta externa especializada en pediatría médica. Se invitó a 150 madres para la realización de la encuesta, accediendo a contestar la misma solo 123. Se excluyeron 12 encuestas por presentar respuestas incompletas. En relación a la edad de las madres encuestadas el 50,4% correspondió a las madres de 20 y 35 años de edad, seguidos en unos 39,6% mayores de 35 años. Solo el 10% eran menores de 20 años. Los resultados obtenidos fueron que el 49,2% de las encuestadas dijo haber recibido información sobre estrategias de prevención en diarrea por parte del personal de salud, siendo el 37,2% médico y 12% otro personal de salud.

Casi un cuarto de la población (24%) recibió información de un familiar y el cuarto restante lo obtuvo a través de los medios de comunicación, un 14,8% a través de medios impresos y solo el 12 % a través de la televisión.

El nivel de instrucción materna predominante en un tercio de las encuestadas (33,3%) fue enseñanza secundaria completa, seguido en 24% para enseñanza secundaria incompleta, solo el 12% tenía enseñanza universitaria y el 6,1 % eran analfabetas.

A su vez, Espinosa realizó otro estudio en el 2015 en Lima-Perú (5) donde el objetivo era identificar el nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas frente a diarreas de las madres de niños menores de 5 años que acuden al hospital de Vitarte. Se utilizó el método de entrevista a 50 madres, edad promedio de 26 años.

Se obtuvo como resultado que el 42 % conoció el significado de la palabra diarrea, el 34% indicó el empacho por alimentos, el 22% que los parásitos son la principal causa, el 38% reconoce a la sed aumentada como signo de deshidratación, el 84% suspende alimentación, el 32% prefiere usar SRO como principal medida de tratamiento, el 46% le daría 2 antibióticos, el 32% acudiría al centro de salud, mientras que un 68% esperaría que se recupere solo. Se llegó a la conclusión que los conocimientos de las madres sobre la diarrea es malo, persiste la creencia de que se debe suspender la lactancia materna, de que el empacho con los alimentos y los parásitos son la principal causa, no se reconoce signos de deshidratación adecuadamente y persiste la idea de que se debe usar antibióticos como parte del tratamiento.

Otro estudio observacional, descriptivo, de corte transversal se llevó a cabo en el año 2015 en Perú (6) donde se identificó el conocimiento sobre la diarrea aguda en madres de niños menores de 5 años. Se hizo una encuesta a 54 madres durante el periodo de enero a abril del año mencionado. La edad media de las madres fue de 36 años y la mayoría tenía entre 1 y 2 hijos. Predominó el grado superior universitario (81,5%).

En la mayoría de los casos (92,6%), el nivel de conocimiento fue regular. El recibir información por parte de algún familiar representó un factor en contra de las madres que habían recibido información acerca de la diarrea en el grupo de menor edad.

Se realizó un estudio en octubre del 2015 (12) donde el objetivo era determinar los conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre alimentación durante la enfermedad diarreica en niños menores de 2 años que acuden a un centro de salud de Castillo grande, Perú. Se utilizó un cuestionario a 45 madres de niños con problemas de diarrea. Se obtuvo como resultado que existe un predominio de madres jóvenes, el 66,7% de ellas alcanzo un nivel educativo de secundaria, la edad media de los niños con problemas de diarrea es de 12.6 meses de edad. El 60% de los niños inicio alimentación complementaria desde los 6 meses de edad. El 60% de las madres no tiene conocimiento sobre la alimentación de sus niños durante un episodio de diarrea. El 55,6% de las madres tienen prácticas inadecuadas en relación a la alimentación.

El conocimiento que tienen las madres de los niños menores de 2 años y las practicas que realizan en relación a la diarrea aguda es muy importante a la hora de tratar la misma, en base a ello se considera importante la realización de este estudio para evaluar dichos conocimientos, conocer las prácticas y en base a ello poder reforzarlas.

3- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los Conocimientos Maternos y el Manejo de la Diarrea aguda en niños de 6 a 24 meses en Capital y Gran Buenos Aires en el 2017?

4- OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir y analizar los conocimientos maternos y el manejo de la diarrea aguda en niños de 6 a 24 meses en Capital y Gran Buenos Aires en el 2017?

Objetivos Específicos:

- Determinar los conocimientos que tienen las madres acerca de la diarrea aguda.
- Determinar los conocimientos de las madres en relación a la alimentación durante el proceso de diarrea aguda.
- Identificar la fuente de donde obtuvieron dichos conocimientos.
- Describir las prácticas que realizan en relación a la alimentación durante el proceso de diarrea.
- Determinar la proporción de madres que se encuentran en periodo de lactancia y describir si la sostienen ante episodios de diarrea de sus niños.
- Evaluar las diferencias entre los conocimientos maternos y el nivel educativo de las madres.

5- METODOLOGÍA

Tipo de diseño de la investigación

El diseño del trabajo realizado fue de tipo descriptivo transversal.

Población y muestra:

Población: Madres de niños de 6 a 24 meses que vivan en Capital y Gran Buenos Aires.

Tipo de muestreo: No probabilístico accidental

Criterios de inclusión: Madres de niños de 6 a 24 meses.

Criterios de exclusión:

- Madres que no quieran participar de la encuesta.
- Madres de niños con enfermedad celíaca.
- Madres de niños con enfermedad inflamatoria
- Madres de niños que tengan alergia a la proteína de la leche de vaca.
- Madres de niños con diarrea crónica en estudio.

Variables:

1) Variables de Caracterización:

- **1-1 Edad de la madre:** Edad en años cumplidos.
- **1-2 Edad del niño/a:** Edad en años cumplidos.
- **1-3 Cantidad de episodios de diarrea del niño/a:**
 - Ningún episodio.
 - 1 episodio en el último año.
 - 2 episodios en el último año.
 - 3 episodios o más en el último año.
- **1-4 Madre primeriza:**
 - Sí.
 - No.
- **1-5 Cobertura de salud:**
 - Pre paga.
 - Obra social.
 - Sin cobertura.

- **1-6 Abastecimiento de agua en el hogar:**
- Potable.
- Pozo.
- No tiene.

- **1-7 Nivel de escolaridad máximo alcanzado:**
- Sin estudios.
- Primario.
- Secundario.
- Terciario/ Universitario.
- Posgrados.

- **1-8 Lactancia materna actualmente:**
- Sí.
- No.

- **1-9 Lugar de residencia:**
- CABA.
- GBA.

2) Variables de estudio:

Variables de conocimientos:

- **2-1 Conocimientos de las madres sobre el concepto de diarrea aguda:**

(Se midieron los conocimientos de las madres sobre la definición o el concepto de diarrea).

- Heces líquidas y aumento en el número de las deposiciones.
- Heces pastosas y aumento en el número de deposiciones.
- Estreñimiento.
- Dolor abdominal.

- Desconoce.
- Otros (tipo).

- **2-2 Conocimiento de las madres sobre las causas de la diarrea aguda:**

(Se midieron las ideas percibidas por parte de las madres sobre las posibles causas de la diarrea aguda).

- Parásitos/ Virus / Bacterias.
- Alimentos en mal estado.
- Falta de higiene.
- Otros (tipo).

- **2-3 Conocimiento de las madres sobre los signos de alarma:**

(Se midieron las percepciones de las madres sobre cuáles son los posibles signos de alarma)

- Sangre en la materia fecal.
- Boca seca.
- Vómitos.
- Fiebre.
- Falta de apetito
- Cólicos.
- Desconoce.
- Otros.

- **2-4 Conocimiento de las madres sobre los signos de deshidratación:**

(Se midieron los conocimientos que tienen las madres en relación a los signos de deshidratación).

- Boca seca
- Sed aumentada.
- Ojos hundidos.
- Dolor abdominal.
- Dolor de cabeza.

- Tos.
 - Desconoce.
 - Otros.
- **2-5 Conocimientos de las madres sobre la alimentación correcta en la diarrea aguda:**
 - Si conoce
 - No conoce

(Se consideró como si cuando la madre nombre por lo menos 8 de los 16 alimentos permitidos y ninguno incorrecto y se consideró como no cuando la madre nombre menos de 8 alimentos correctos.

Se consideró como correctos a los siguientes alimentos: arroz, polenta, gelatina, manzana asada banana pisada, pera hervida, zanahoria hervida,, yogur, carne ,te suave ,pollo hervido ,pan tostado , huevo, pescado, lactancia materna, manzana rallada.

Se consideró como incorrectos a los siguientes alimentos: porotos, garbanzos, lentejas, gaseosas, milanesa frita con puré de papas, ensalada de lechuga y tomate, ensalada de repollo, guiso, espinaca, puré de remolacha, café, alimentos picantes, jugo de naranja.

- **2-6 Conocimiento de las madres sobre la preparación de las sales de rehidratación:**
(Se midieron los conocimientos de las madres sobre la forma de preparar las sales de rehidratación).

Se consideró como que conoce cuando refiera la correcta preparación de las sales y no conoce cuando no sepa).

Sales compradas: Un sobre disuelto en un litro de agua.

- Conoce.
- No conoce.

- **2-7 Conocimiento de las madres sobre el momento en que se deben dar las sales de rehidratación.**

(Se midieron los conocimientos de las madres sobre cuando darle las sales de rehidratación al niño).

- Cuando el niño tenga sed.
- Después de la diarrea.
- Desconoce.

- **2-8 Conocimientos de las madres sobre qué tipo de leche deben tomar durante la diarrea:**

- Solo leche materna.
- Otras leches.
- Leche materna y otras leches.
- Suspenderse la leche de vaca.
- Ayuno total.

- **2-9 Conocimientos de las madres sobre la frecuencia de los alimentos durante la diarrea:**

- Aumentar.
- Disminuir.
- Mantenerse.
- Ayuno.
- No sabe.

- **2-10 Fuente de donde obtuvieron dichos conocimientos:**

- Profesional.
- Familiar.
- TV.
- Internet/ Redes sociales.
- Radio / Revistas.
- Publicidad.
- Otros (tipo).

Variables de prácticas:

- **2-11 Prácticas que realizan las madres para prevenir la diarrea :**

- Lavados de manos luego de ir al baño.
- Lavado de manos antes de manipular alimentos.
- Utilización de diferente cuchillo para alimentos crudos y cocidos.
- Lavado de manos luego de cambiar el pañal (si utilizara).
- Lavado de frutas y verduras con abundante agua.
- Hervir el agua que se consume si no es potable.

- **2-12 Acción a tomar de las madres durante la diarrea del niño:**

(Se midió la acción de las madres cuando el niño tiene diarrea).

- Llevar al centro de salud.
- Dar medicación (tipo)
- Remita espontáneamente.
- Otros.
- No sabe / no contesta.

- **2-13 Ingesta de líquidos durante la diarrea:**

(Se midió el tipo de bebida que las madres le ofrecen a sus hijos durante el episodio de diarrea).

- Agua mineral: Si /no
- Jugos con azúcar en polvo: Si/No.
- Jugos sin azúcar en polvo: Si /No.
- Seven up: Si / No.
- Garetode: Si/ No.
- Ades: Si / No.
- Coca Cola: Si / No.
- Cepita / Baggio: Si /No.
- Agua mineral saborizada con azúcar: Si /No.
- Agua mineral saborizada sin azúcar: Si / No.

- **2-14 En caso de darle pecho al niño actualmente determinar si sostiene dicha práctica durante el episodio de diarrea:**
- Si
- No.

Metodología de la recolección de datos:

Se utilizó como método de recolección una encuesta con preguntas cerradas a fin de recolectar información relacionada a los conocimientos de las madres sobre alimentación y las prácticas que realizan durante un episodio de diarrea. Se explicó el instrumento de recolección de datos a todas las madres según tamaño de muestra y criterios de inclusión y exclusión.

La encuesta consta de preguntas donde se evaluó los conocimientos de las madres en relación al concepto de la diarrea aguda, a las posibles causas, signos de alarma, signos de deshidratación, alimentación correcta durante la diarrea, sobre la preparación de las sales de rehidratación y cuando dárselas a los niños, a su vez también que tipo de leche ofrecerle al niño, la frecuencia de los mismos y de donde obtuvieron dichos conocimientos.

Con respecto a las prácticas que realizan las madres se evaluó la prevención de las mismas durante el episodio de diarrea, el tratamiento que realizan cuando los niños tienen diarrea y que tipo de líquidos les ofrecen.

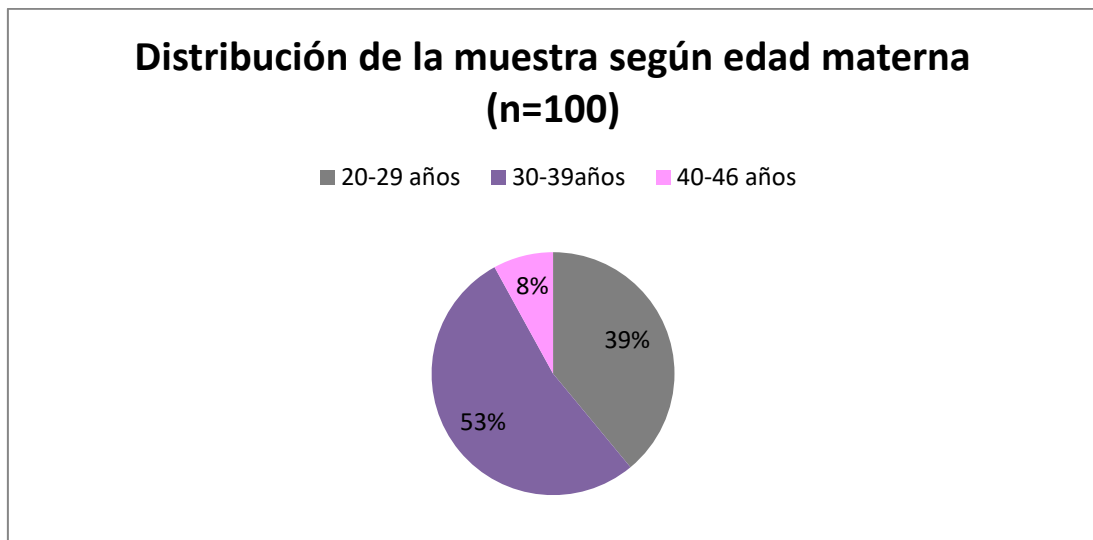
Las encuestas fueron contestadas por las madres, la información obtenida fue tabulada en Excel.

El presente estudio recogió información brindada por las madres de los niños que cumplan con los criterios de inclusión, la encuesta se realizó con previa autorización a través de un consentimiento informado, donde explica que los datos serán tratados en forma anónima y de uso exclusivo para el presente estudio.

6- RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 100 madres, respecto al grupo de edad de mayor proporción la conforman las madres de 30-39 años con un 53 %, seguida por las mamás de 20-30 años con un 39% y el 8% restante entre 40-46 años. La edad mínima fue de 20 y la edad máxima de 46 años. El promedio de edad fue de 31,25 años.

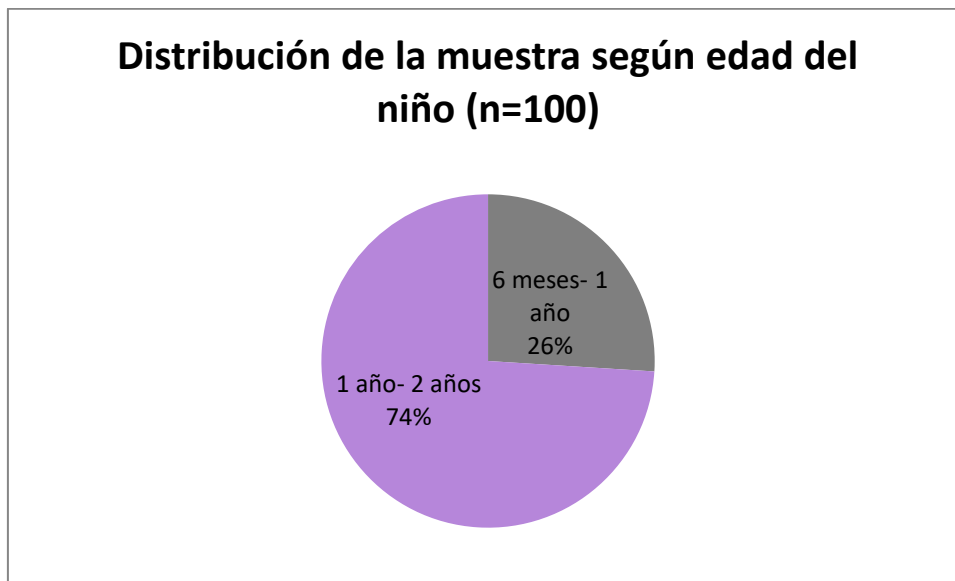
Gráfico 1:



Fuente: Elaboración propia

En el **Gráfico número 2** se muestra la distribución porcentual de los niños por edad, donde se obtuvo un total de 100 niños entre 6 meses y 2 años. Siendo el 74 % niños de 1 a 2 años y un 26 % entre 6 meses a 1 año. La edad mínima fue de 6 meses y la edad máxima 2 años. La edad promedio fue de 16, 3 meses.

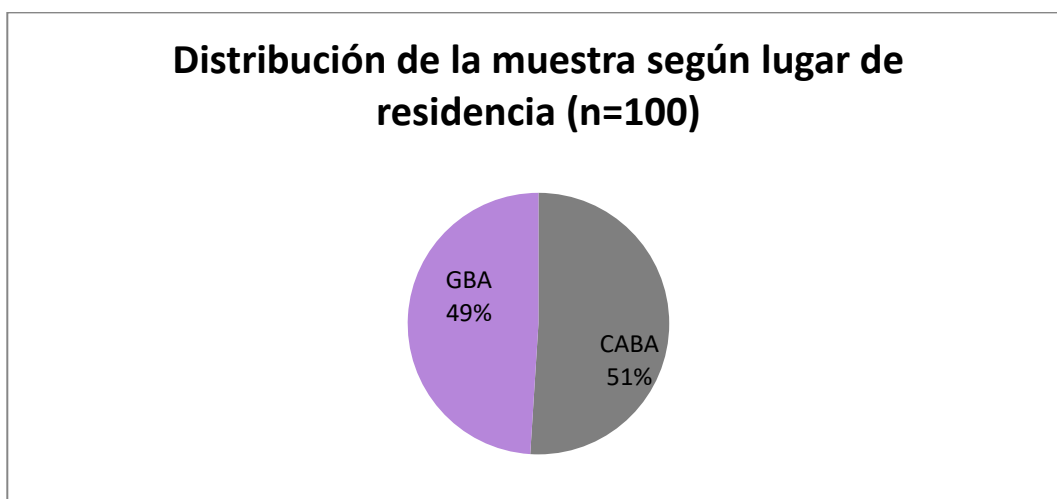
Gráfico 2:



Fuente: Elaboración propia

Al analizar la variable lugar de residencia (**gráfico 3**) se observó que el 51% de la población estudiada vive en CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y el 49% restante vive en GBA (Gran Buenos Aires).

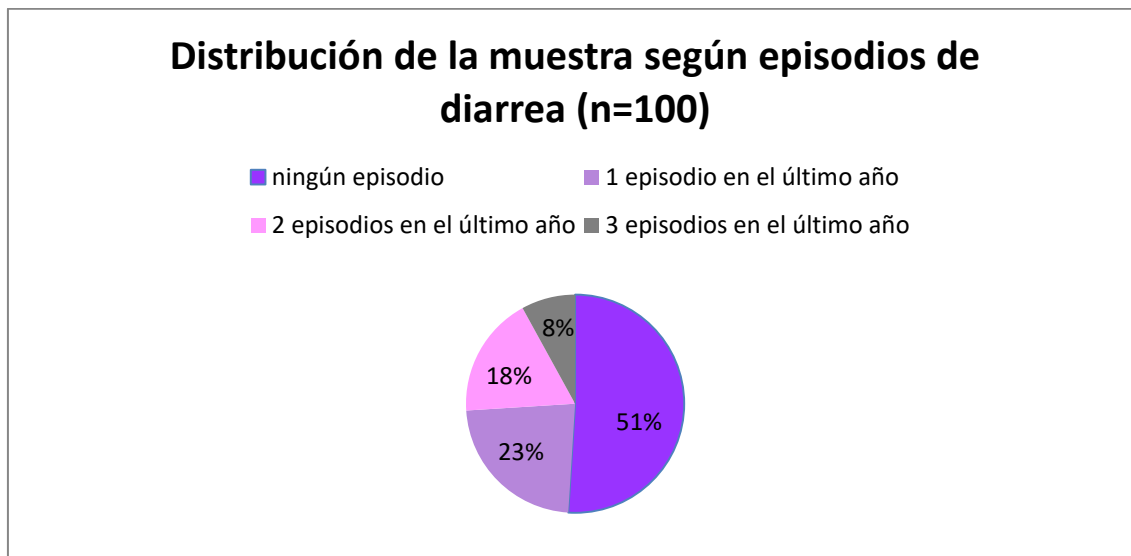
Gráfico 3:



Fuente: Elaboración propia.

En el **gráfico 4** se observó cuantos episodios de diarrea (en el último año) tuvieron los niños. Como dato relevante, se destaca que la mayor proporción de niños (51%) no presentó ningún episodio.

Gráfico 4:



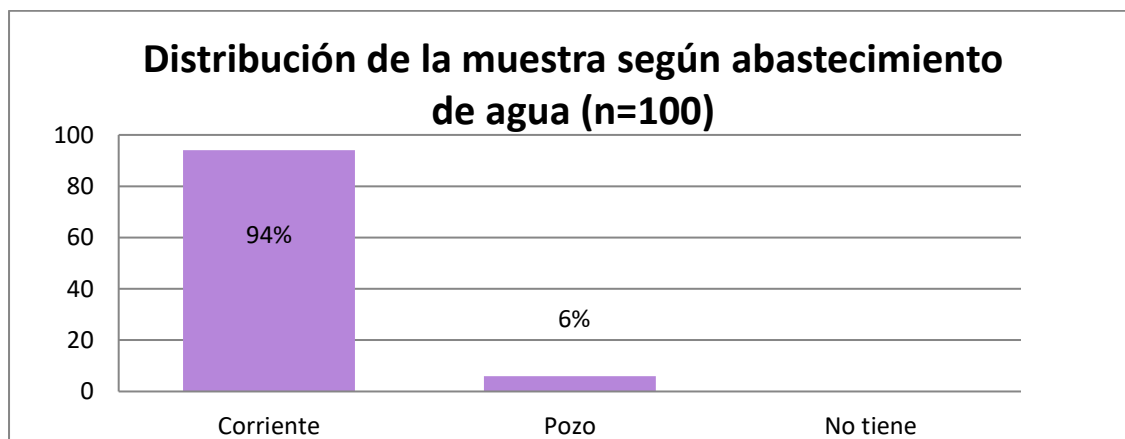
Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al porcentaje de madres primerizas se observó que un 61% lo son y un 39% no.

Con respecto a la cobertura de salud, se observó que el 48% presentaba obra social, 41% prepaga y un 11% no presentaba cobertura.

En el estudio realizado se observó que el 94 % tenía agua corriente y un 6 % agua de pozo la cual no es segura para el consumo humano. El abastecimiento y consumo de agua segura es de vital importancia en los hogares, ya que, ayuda a prevenir episodios de diarrea en los niños.

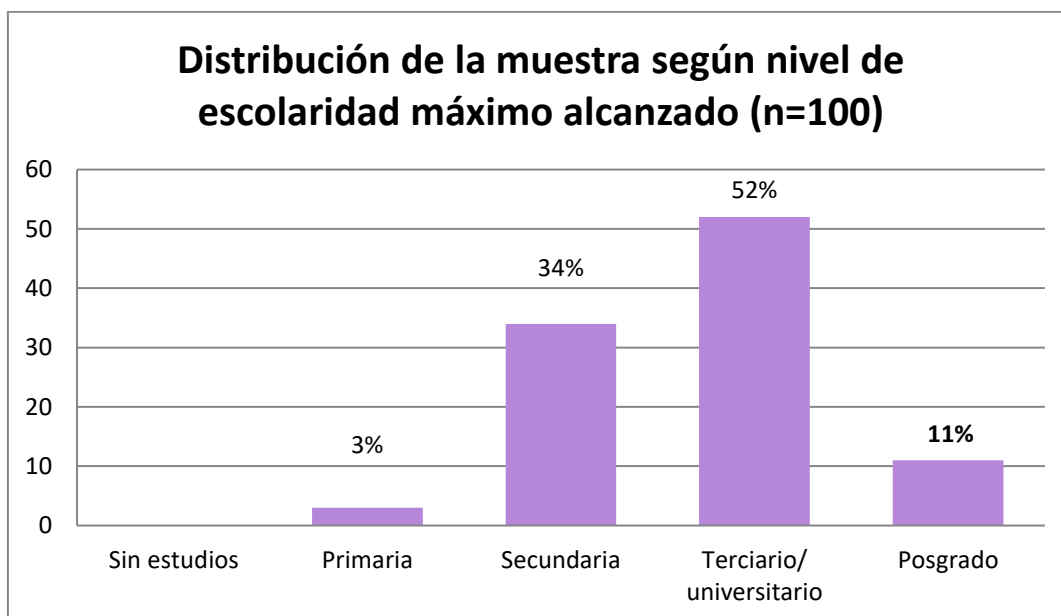
Gráfico 5:



Fuente: Elaboración propia

Según el nivel de educación máximo alcanzado de las madres (**gráfico 6**), se observó que un 52% obtuvo título terciario/universitario con una edad promedio de 32,65, le sigue un 34 % que obtuvieron secundaria con una edad promedio de 28,08, un 11 % posgrado con una edad promedio de 34,63, un 3 % terminó la primaria con una edad promedio de 30,33 y no hubo ningún porcentaje de madres sin estudios. Se sabe que a mayor educación materna se espera que sean mejores las condiciones de cuidados.

Gráfico 6:

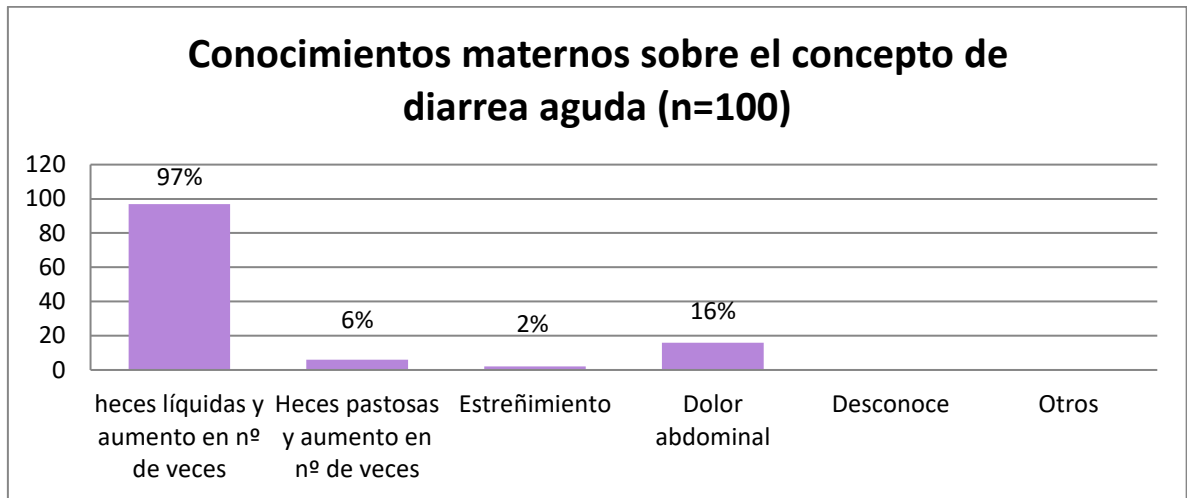


Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la lactancia materna, se observó que el 54% de las madres encuestadas le dan actualmente el pecho a su niño/niña y un 46% no.

En el **gráfico 7** se observan los conocimientos maternos sobre el concepto de diarrea aguda. Un 97% consideró a la diarrea como heces líquidas y aumento en el número de las deposiciones, lo cual es correcto, ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera a la diarrea como el aumento en el número de deposiciones, tres o más veces al día de heces líquidas. Sin embargo un 16% refiere a la diarrea como un dolor abdominal, un 6% heces pastosas y aumento en el número de las deposiciones y un 2% estreñimiento, lo que marca un concepto equivocado y esto podría favorecer a una consulta al pediatra tardía y generar complicaciones en los niños.

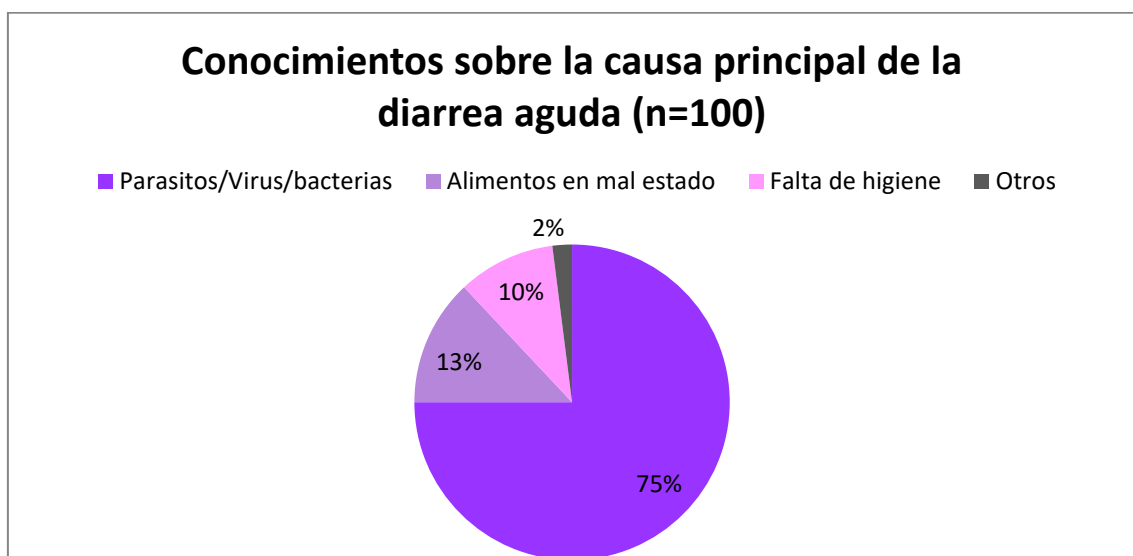
Gráfico 7:



Fuente: Elaboración Propia

Con respecto a los conocimientos sobre la principal causa de la diarrea aguda (**gráfico 8**), las madres refirieron que la principal causa son parásitos/ virus/ bacterias representando un 75%. Un 13% refirió que los alimentos en mal estado eran la principal causa, un 10% falta de higiene y el 2% restante refiere otros motivos de causa entre los que se mencionan la salida de los dientes y empacho.

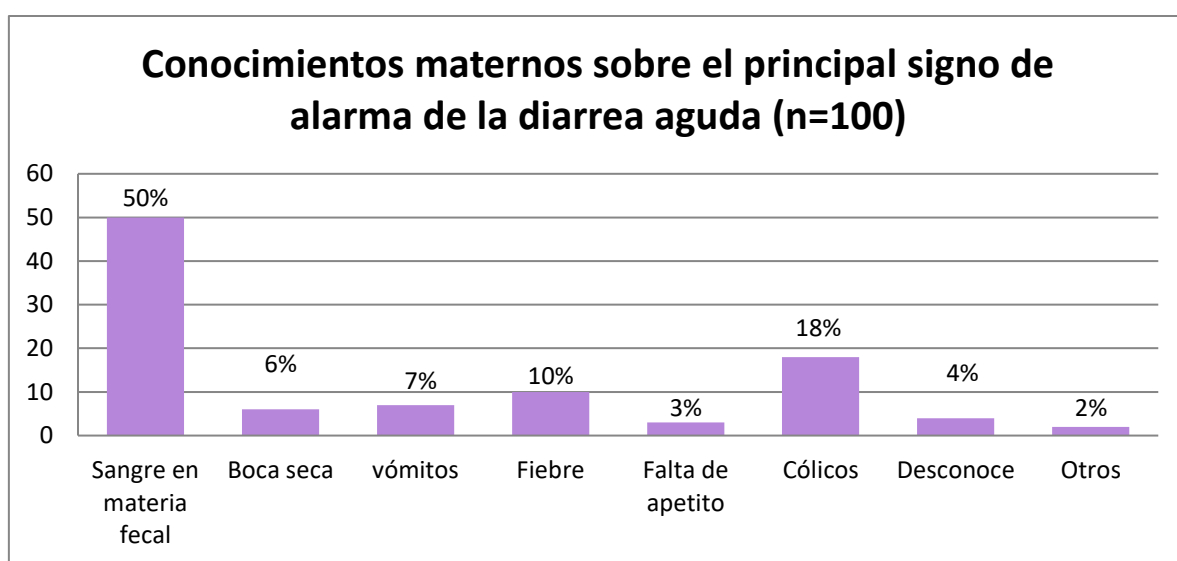
Gráfico 8:



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los conocimientos maternos en relación al principal signo de alarma de la diarrea aguda (**gráfico 9**). Se observó que el 50% de las madres refirieron como alarma a la sangre en materia fecal, siguiendo con un 18% cólicos, un 10% fiebre y un 7% vómitos como dato relevante. Un 2% refirió otras causas entre las mencionadas las madres refirieron a la deshidratación como principal causa y las heces líquidas. La ESPGHAN/ESPEN recomienda solicitar atención cuando los niños tengan vómitos persistentes, en niños que sean menores de 2 meses, aumento en las deposiciones y alguna enfermedad de base.

Gráfico 9:

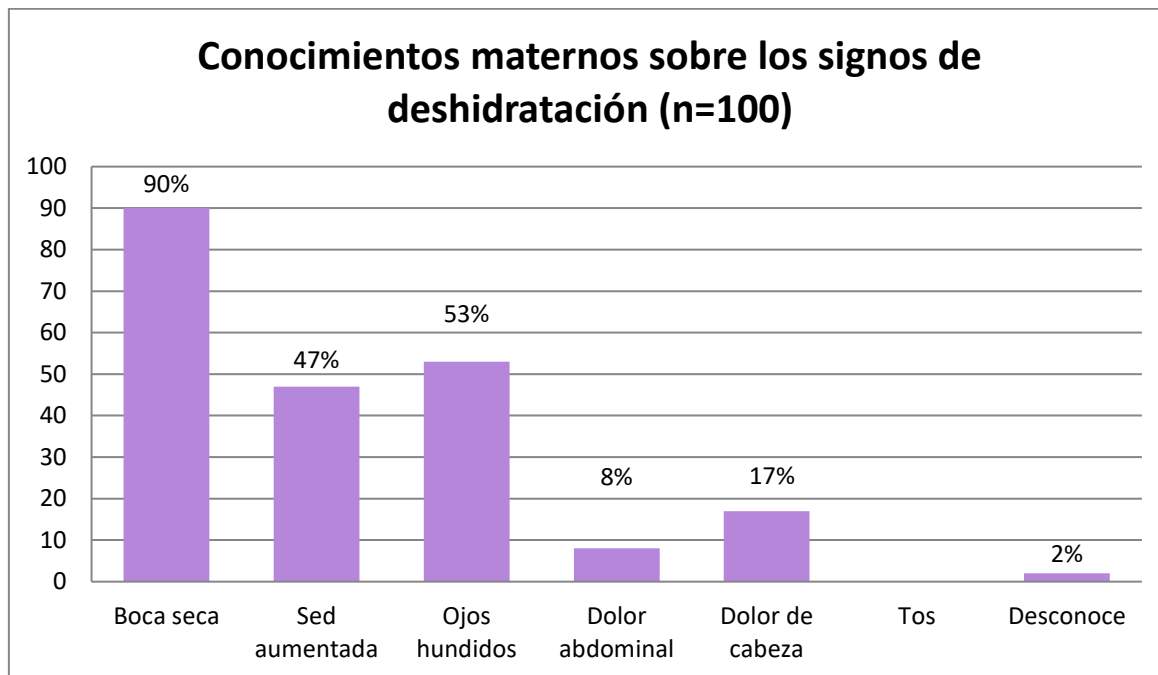


Fuente: Elaboración propia

En cuanto al conocimiento de las madres sobre los signos de deshidratación se observó en el **gráfico 10** una mayor proporción de madres de niños de 6 meses a 2 años que consideran que la boca seca es un signo de deshidratación representando esto en un 90 %, lo cual es correcto, un 53% considera que los ojos hundidos son la principal causa y un 47 % la sed aumentada, solo un 2% desconoce los signos de deshidratación. En cuanto a los signos clínicos independientemente asociados a la deshidratación, los más significativos son:

- Pérdida de turgencia cutánea
- Respiración anormal
- Mucosa oral seca
- Ausencia de lágrimas.

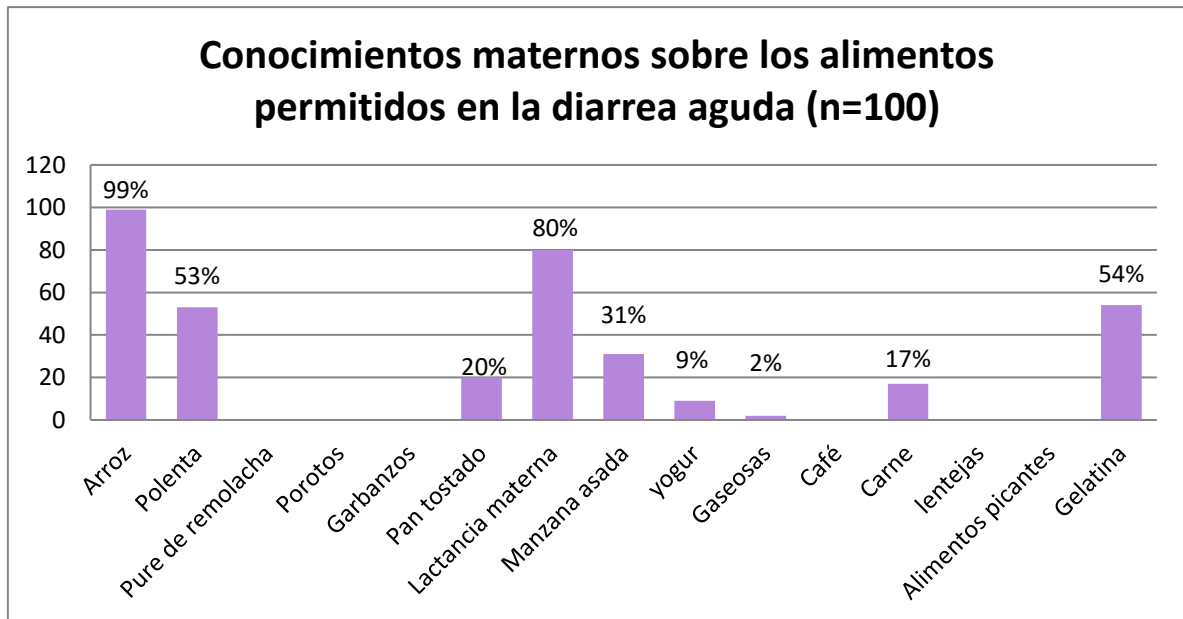
Gráfico 10:



Fuente: Elaboración propia

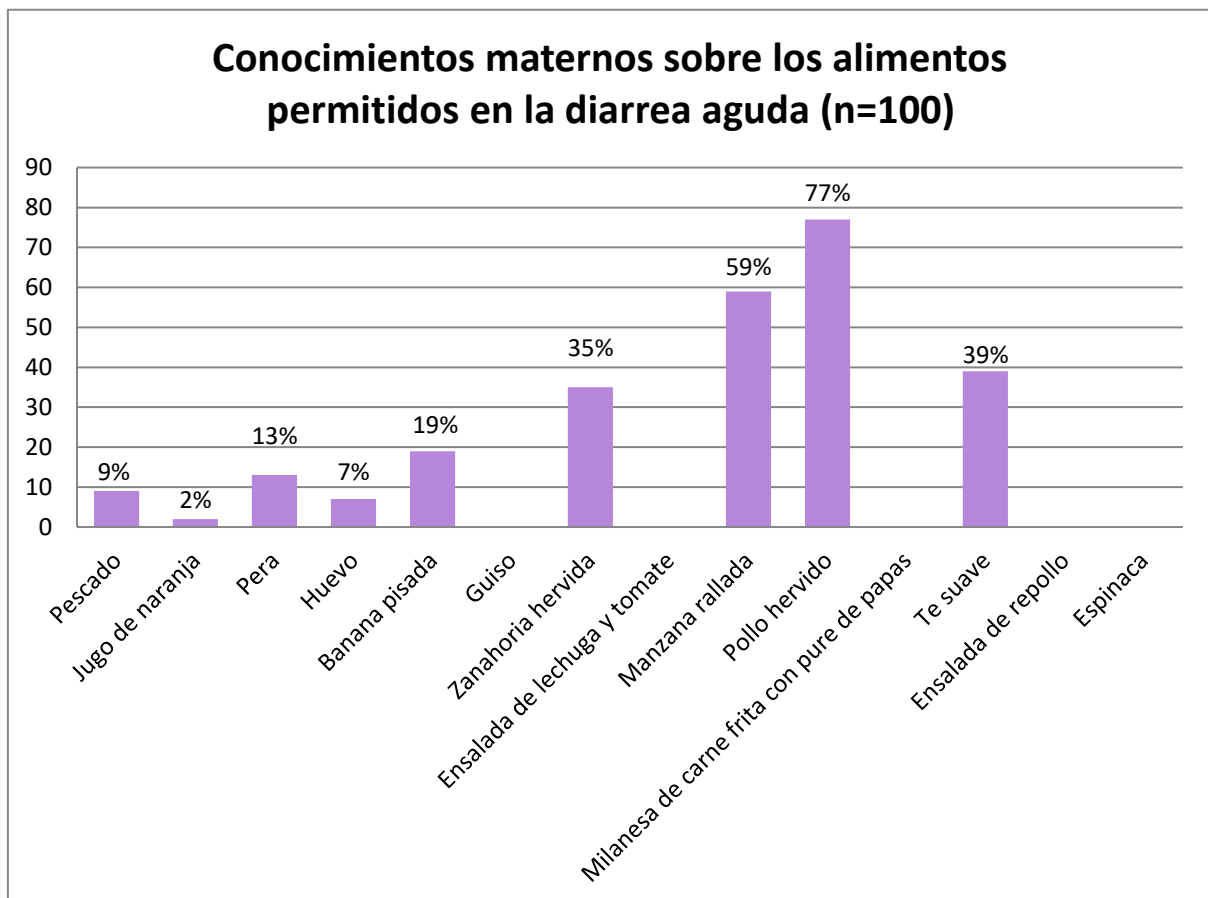
Con respecto a los conocimientos que tienen las madres en relación a la correcta alimentación durante el episodio de diarrea (**gráficos 11 y 12**) se observó como dato relevante que las madres dentro de los alimentos permitidos le darían: arroz como principal alimento representando un 99%, le sigue la lactancia materna un 80%, pollo hervido 77%, manzana rallada 59%, gelatina 54%, polenta 53%, manzana asada 31% y zanahoria hervida un 35% entre los alimentos con más porcentajes. Con respecto a los alimentos no permitidos un 2% le daría gaseosas y jugo de naranja. Evaluando el conocimiento de las madres en relación a la alimentación (**gráfico 13**) se evidenció que el 73 % de las madres no conocen la correcta alimentación y un 27 % si mostró tener conocimientos sobre el tema. Para este análisis se consideró como que conoce cuando la madre nombre por lo menos 8 de los 16 alimentos permitidos y ninguno de los incorrectos y no conoce cuando nombren menos de 8 alimentos permitidos, ya que, muchas madres encuestadas nombraban alimentos permitidos pero no llegaban a decir la cantidad de 8 como para determinar su conocimiento.

Gráfico 11:



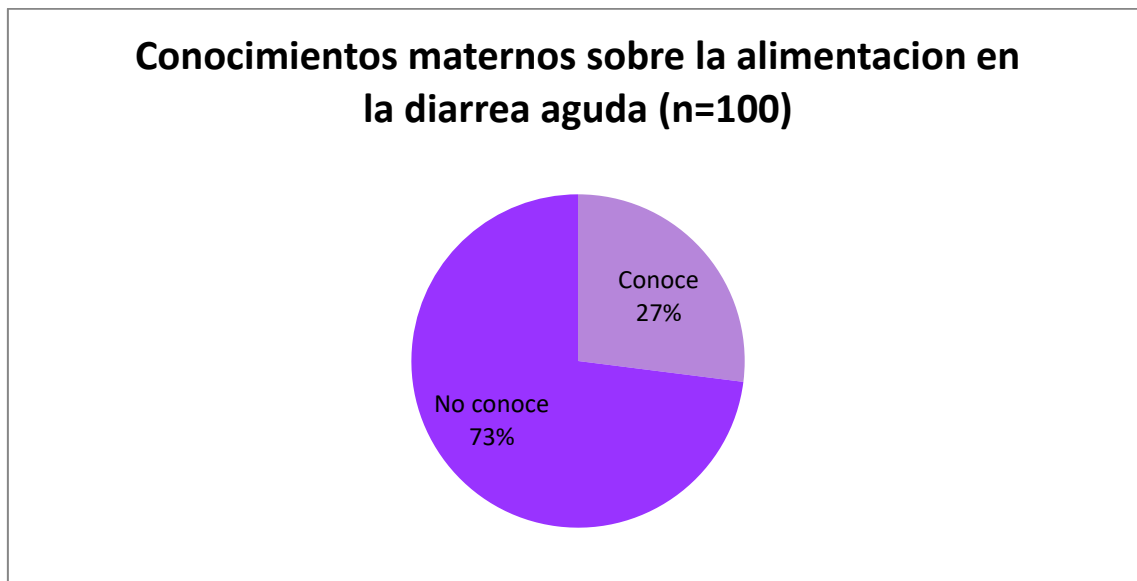
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12:



Fuente: Elaboración propia

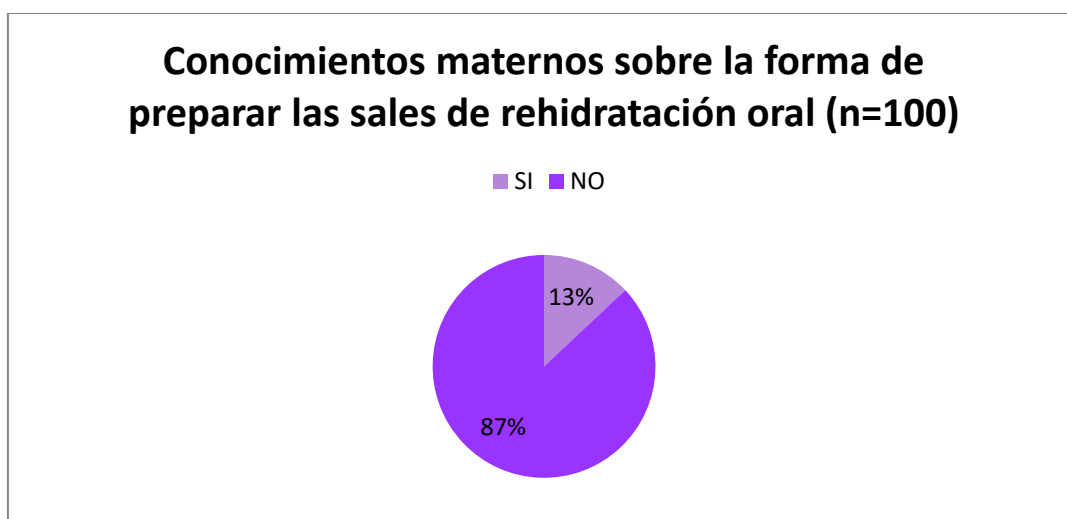
Gráfico 13:



Fuente: Elaboración propia

Las sales de rehidratación propuesta por UNICEF y OMS a fines de los años 70, han permitido manejar con eficacia la diarrea aguda y han permitido evitar más de un millón de muertes anuales de niños y niñas menores de 5 años. Por este motivo se evaluó los conocimientos de las madres en relación a la forma de preparar las sales de rehidratación (**gráfico 14**). Como resultado se obtuvo que el 87% de las madres no saben prepararlas y un 13% restante si, reflejando la correcta administración de 1 sobre en un litro de agua.

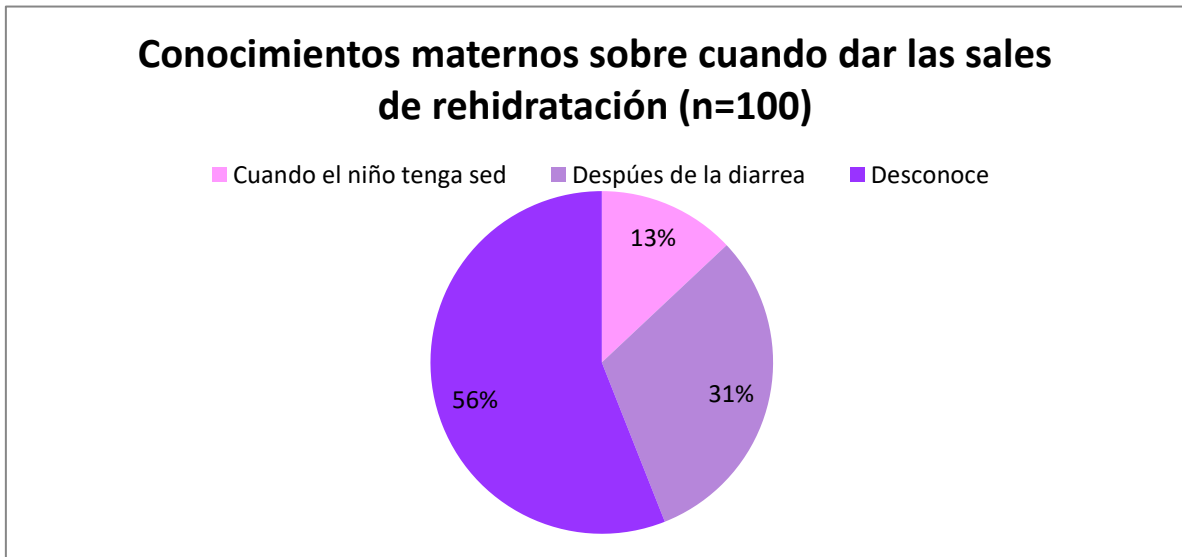
Gráfico 14:



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento de las madres sobre cuando dar las sales de rehidratación (**gráfico 15**) se observó que un gran porcentaje no tiene conocimiento de cuando administrarlas (56%). Pero un 31% reflejó que se darían luego de la diarrea que sería la correcta administración y el 13% restante refleja que se deben dar cuando el niño tenga sed.

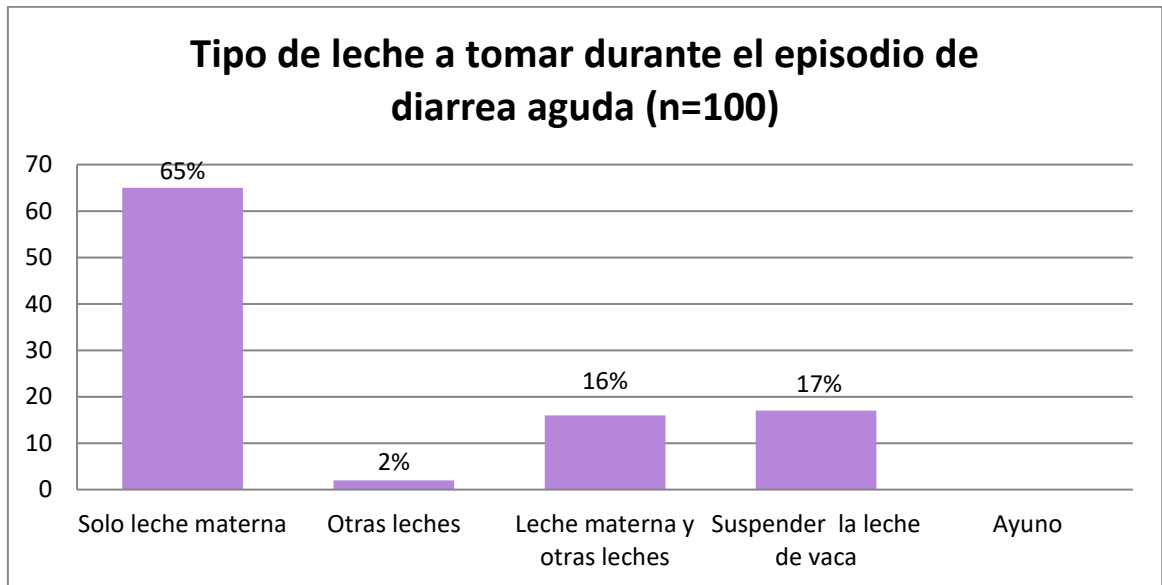
Gráfico 15:



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al tipo de leches que deben tomar los niños durante el episodio de diarrea (**gráfico 16**) se observó que un 65 % solo le darían leche materna y un dato relevante es que el 17 % refirió suspender la leche de vaca. Se sabe que no existen razones para suspender la alimentación esperando que se termine la diarrea. Con respecto a la lactosa no se debe eliminar, ya que, es un hidrato de carbono necesario para el crecimiento porque aporta calorías necesarias para el niño y además facilita la absorción de calcio y magnesio. Si el niño evidencia intolerancia a la lactosa, el tratamiento consiste en eliminar los alimentos que la contengan e ir incorporando de a poco la misma.

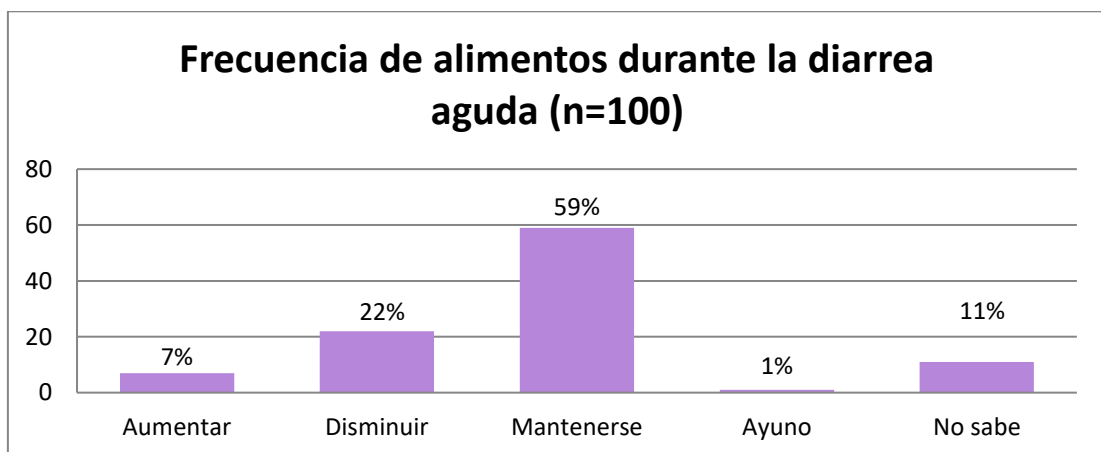
Gráfico 16



Fuente: Elaboración propia

Al analizar la variable de la frecuencia de los alimentos durante el episodio de diarrea (**gráfico 17**) se observó que las madres tienen conocimiento acerca de que se debe mantener la alimentación, el porcentaje fue de un 59%.

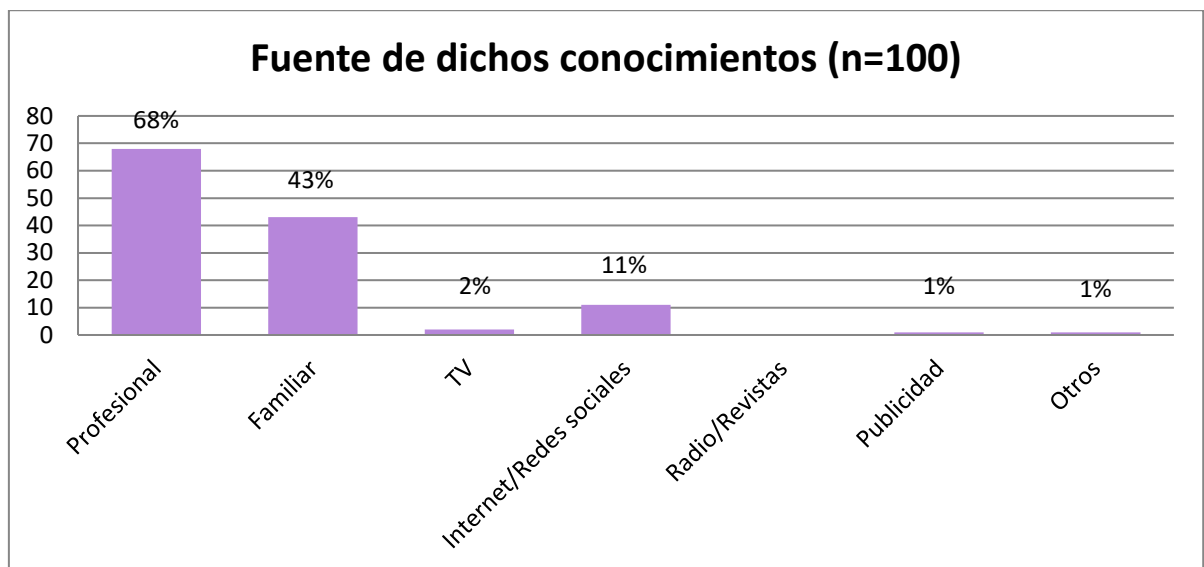
Gráfico 17:



Fuente: Elaboración propia

Al analizar la fuente de donde obtuvieron dichos conocimientos (**gráfico 18**) se observó como dato relevante que la mayoría de las madres (68%) lo obtuvo de un profesional siendo un dato importante, ya que, siempre es mejor acudir a un profesional a la hora de obtener información salud y prevención.

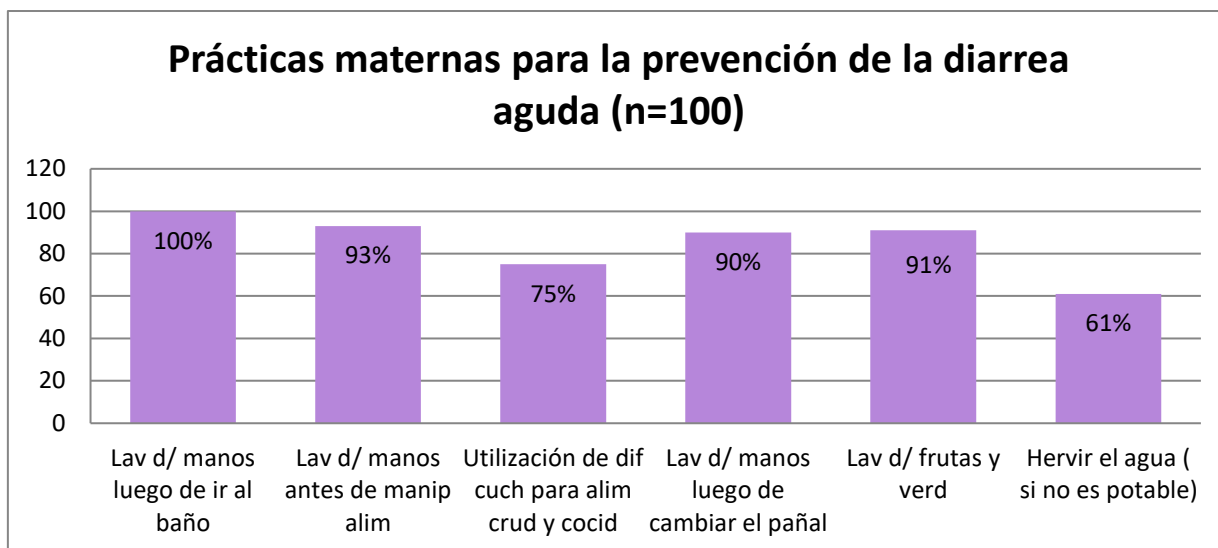
Gráfico 18:



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las acciones maternas en relación a la prevención de la diarrea aguda (**gráfico 19**) se observó que la mayoría de las madres tienen buenas prácticas. Dato relevante, ya que, es primordial la buena higiene tanto a la hora de manipular alimentos, después de ir al baño, cambiar pañales, utilizar diferente cuchillo para alimentos crudos y cocidos, lavar las frutas y verduras, hervir el agua si no es potable.

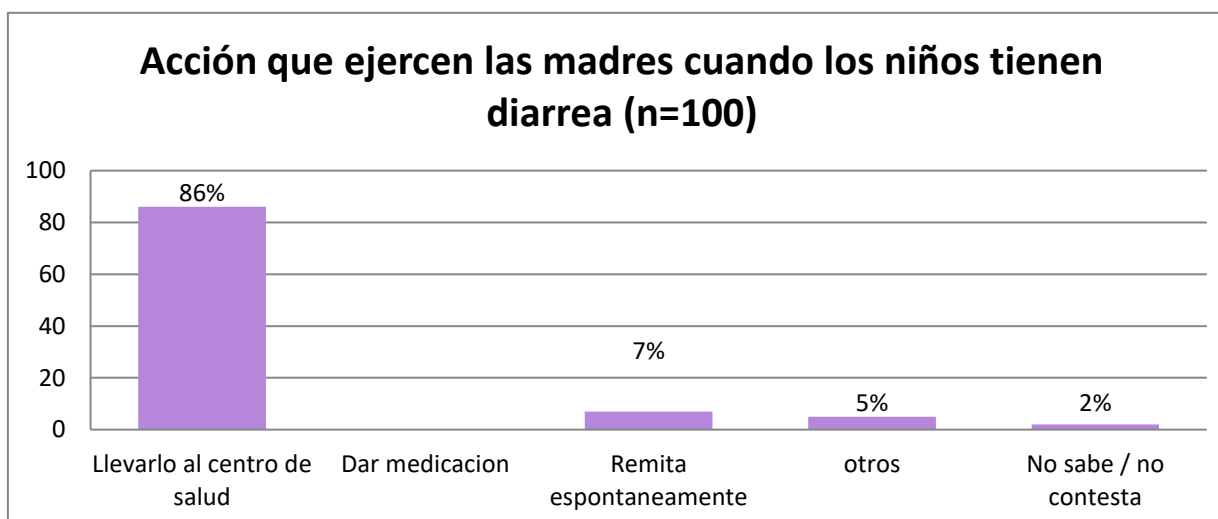
Gráfico 19:



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico 20** se observa que un 86% de las madres llevan a su hijo al centro de salud ante un episodio de diarrea. Un 5 % refiere que llamaría un médico a domicilio, llamaría al pediatra o tendría en cuenta la evolución. Solo un 7 % esperaría que remita espontáneamente la diarrea.

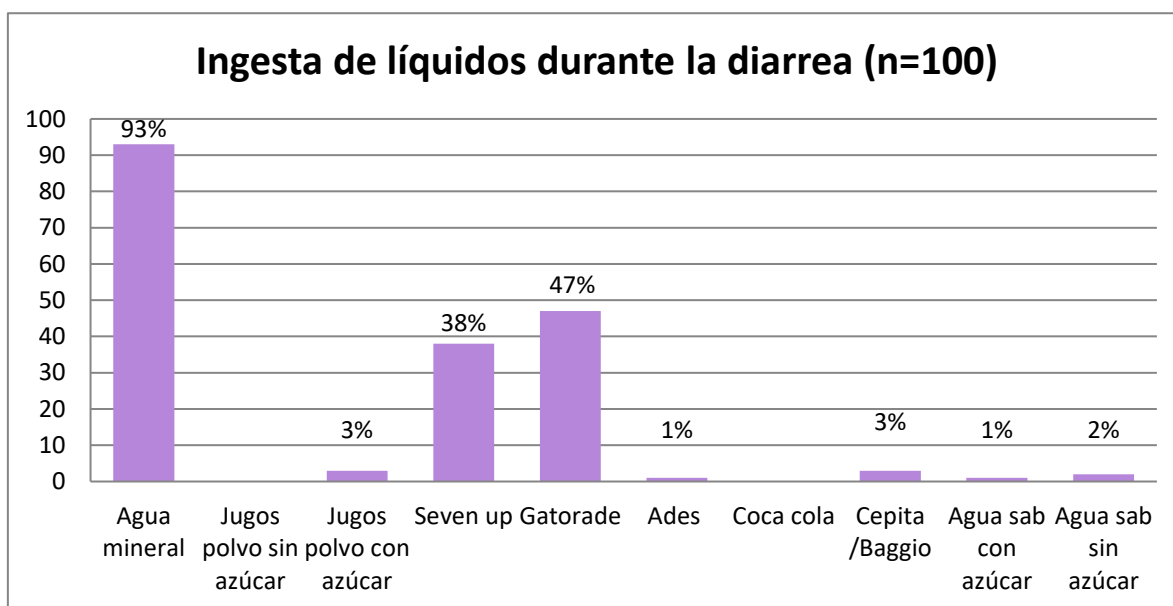
Gráfico 20:



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la ingesta de líquidos durante la diarrea (**gráfico 21**) casi la totalidad de las madres (93%) refieren darle agua mineral siendo una práctica adecuada. Un 47 % de las madres le darían Gatorade y un 38% Seven Up.

Gráfico: 21

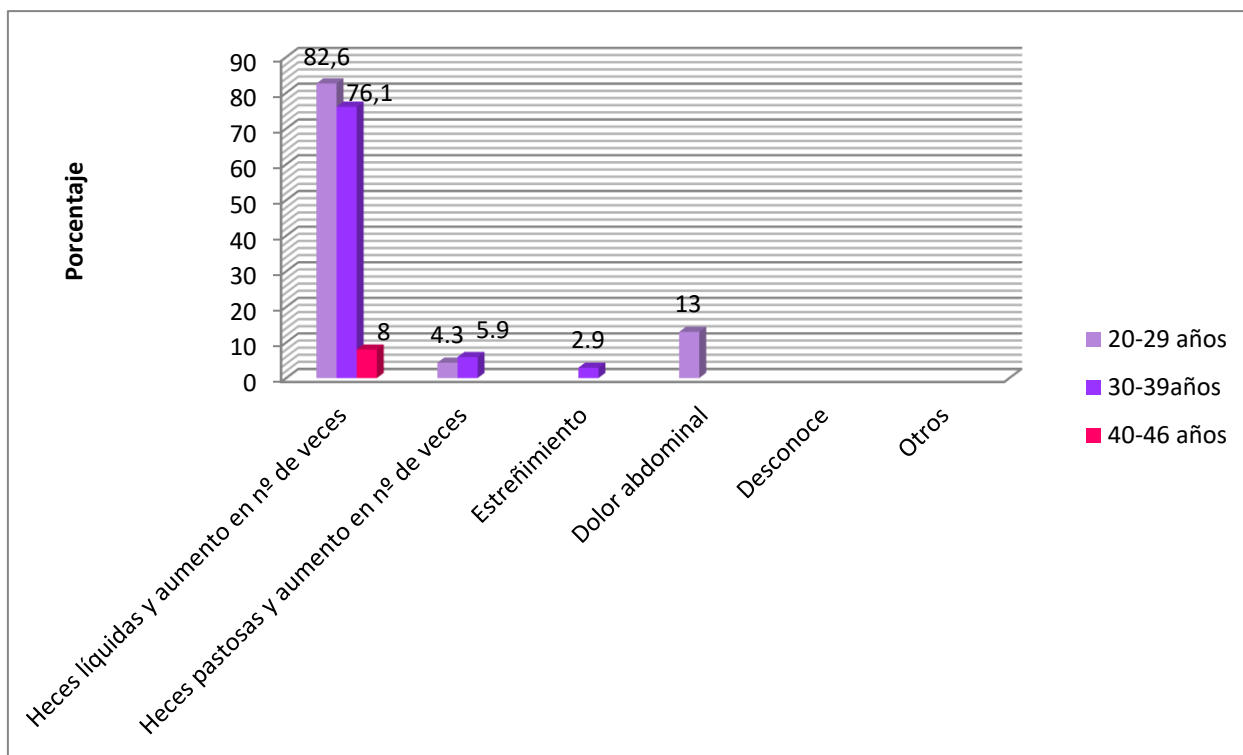


Fuente: Elaboración propia

De las 100 madres encuestadas el 99 % no suspenden la lactancia durante el episodio de diarrea.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre el concepto de diarrea aguda según la edad materna, se observó en el **gráfico 22** que dentro de los tres rangos de edad el mayor porcentaje respondió correctamente. La diarrea aguda se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el aumento en el número de deposiciones, tres o más veces al día de heces líquidas (1).

Gráfico 22: Conocimiento sobre el concepto de diarrea según edad materna (n=100)

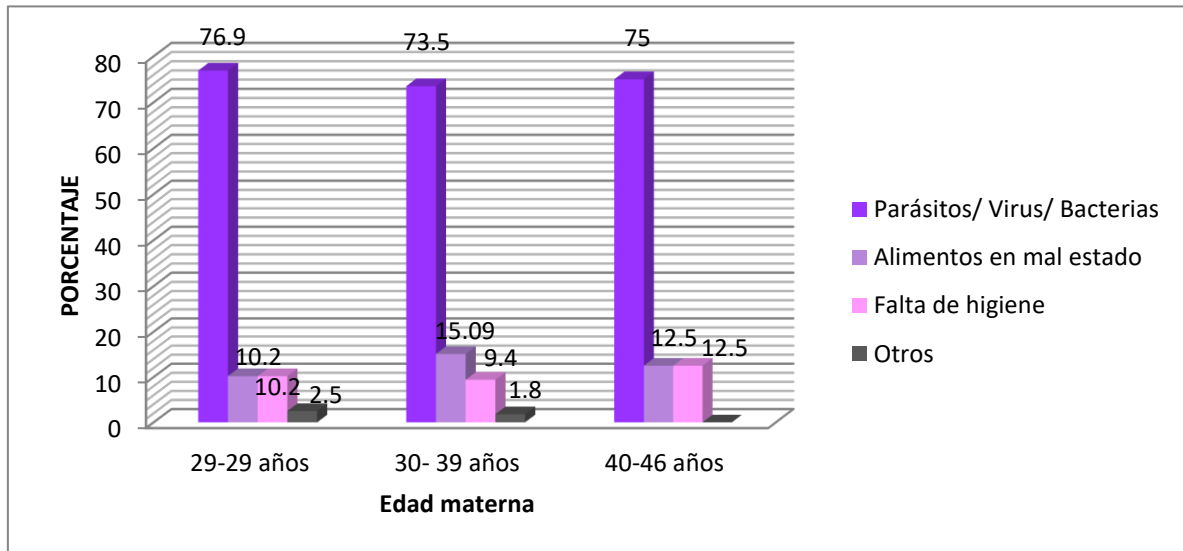


Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre la principal causa de diarrea aguda (**gráfico 23**) según edad materna se observó que de los tres rangos de edad el mayor porcentaje respondió a los parásitos/virus y bacterias como principal causa. Siendo esta respuesta correcta ya que la infección viral es la principal causa. Otras causas son las infecciones bacterianas y las infecciones por parásitos. Los parásitos constituyen una causa infrecuente de diarrea en niños sanos.

Las infecciones virales, bacterianas y parasitarias son contagiosas, y los padres o cuidadores de los niños pueden prevenir la propagación de la infección.

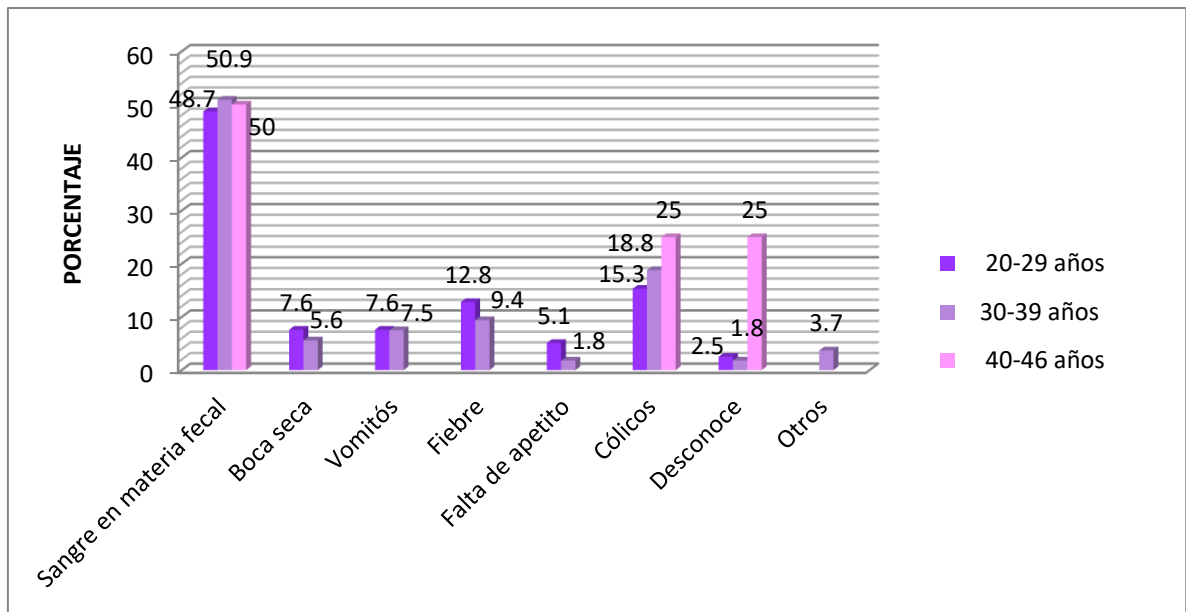
Gráfico 23: Conocimiento sobre la principal causa de diarrea aguda según edad materna (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre el principal signo de alarma (**gráfico 24**) según edad materna se observó que dentro de los tres rangos de edad la sangre en materia fecal fue el mayor porcentaje de respuesta en cada caso. Se observó como dato relevante que dentro del rango de edad de 40- 46 años el 25 % desconoce el principal signo de alarma y el otro 25 % refiere a los cólicos como signo de alarma siendo una respuesta incorrecta. Dentro del rango de edad de 30- 39 años un 3, 7 por ciento refirió a otros signos de alarma como deshidratación y heces líquidas.

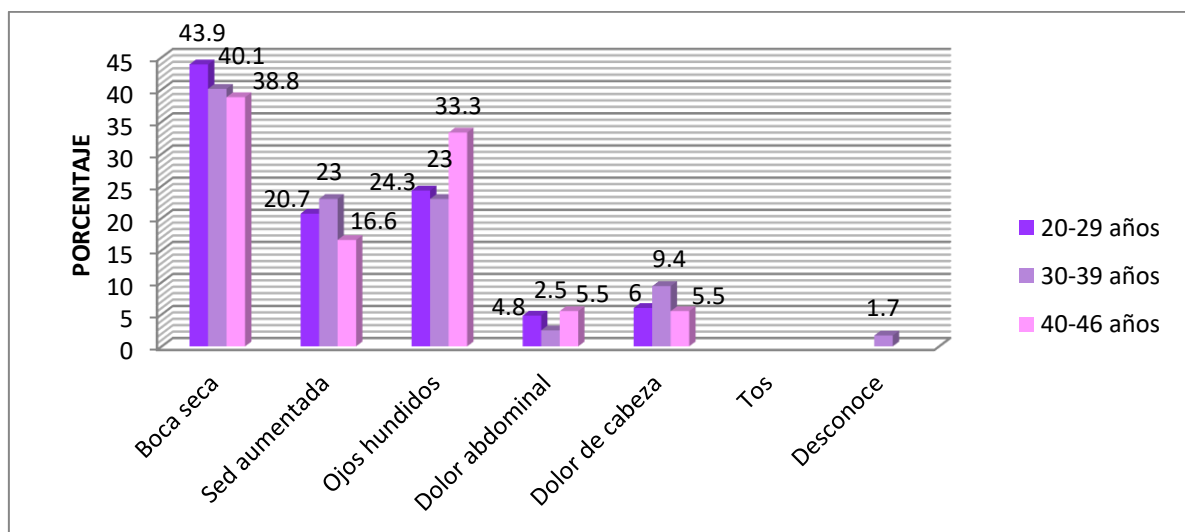
Gráfico 24: Conocimiento sobre el principal signo de alarma de la diarrea aguda según edad materna (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre los signos de deshidratación según edad materna (**gráfico 25**) se observó que dentro de los tres rangos de edad hubo semejantes porcentajes en relación a las respuestas. Solo un 1,7 % desconoce los signos de deshidratación correspondiendo esta respuesta al rango de edad de 30-39 años.

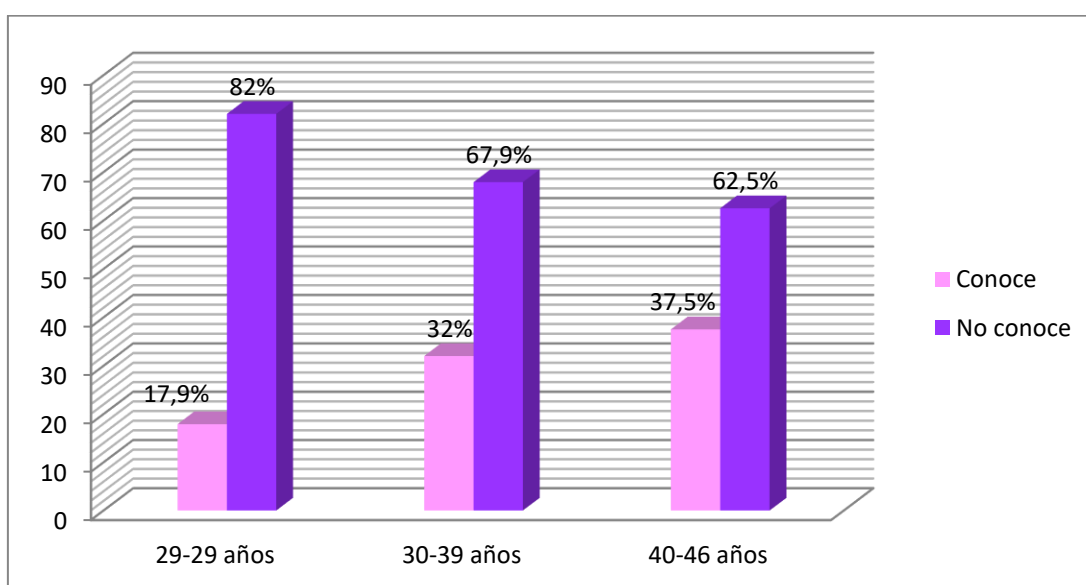
Gráfico 25: Conocimiento sobre signos de deshidratación según edad materna (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre la alimentación adecuada durante el episodio de diarrea según la edad materna (**gráfico 26**) se observó que los tres grupos de edad tienen un porcentaje alto de no conocimiento acerca de la correcta alimentación. Observándose que a menor edad menor conocimiento. Con respecto a los rangos de 30- 39 y 40-46 años tienen semejantes porcentajes en relación a la correcta alimentación.

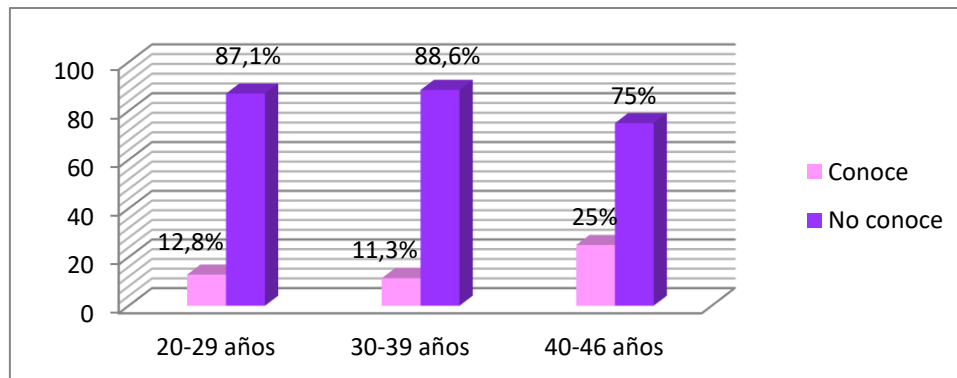
Gráfico 26: Conocimiento sobre la alimentación adecuada durante la diarrea aguda según edad materna (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre la forma de preparar las sales de rehidratación oral según la edad materna (**gráfico 27**) se observó que los tres rangos de edad tienen un porcentaje alto de no conocimiento. Con respecto al rango de 20-29 y 30- 39 años el conocimiento es casi igual en relación a porcentajes mientras que el rango de 40-46 años tiene un porcentaje de conocimiento de un 25 % demostrando que a mayor edad mejor es el conocimiento.

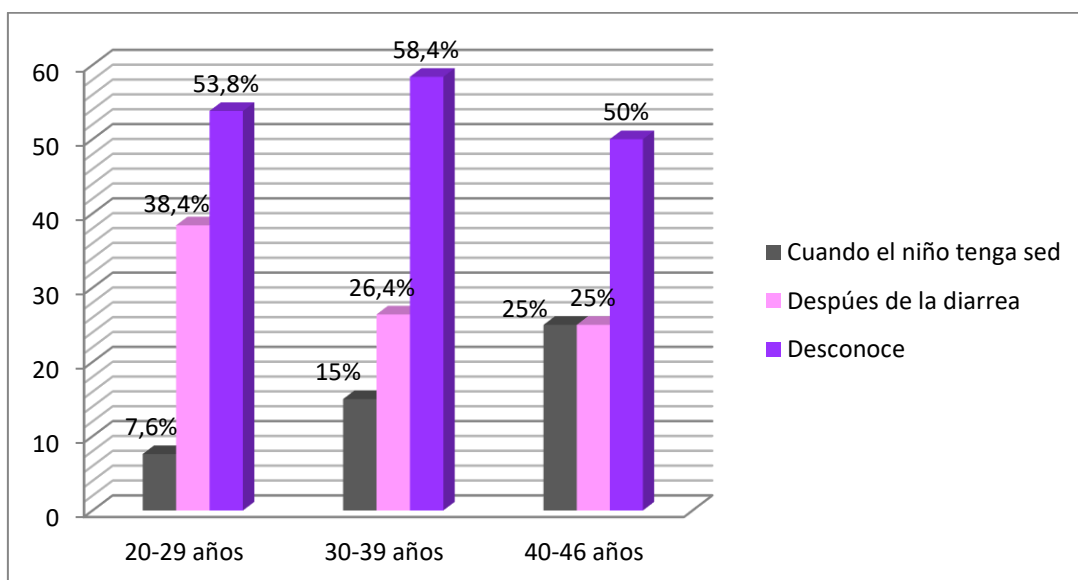
Gráfico 27: Conocimiento sobre la forma de preparar las sales de rehidratación oral según edad materna (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre cuando dar las sales de rehidratación oral según la edad materna (**gráfico 28**) se observó que los tres rangos de edad tienen un porcentaje alto de desconocimiento, pero dentro del rango de conocimiento se evidenció que este mejora con la edad representando un porcentaje del 25% el rango de mayor edad (40-46 años).

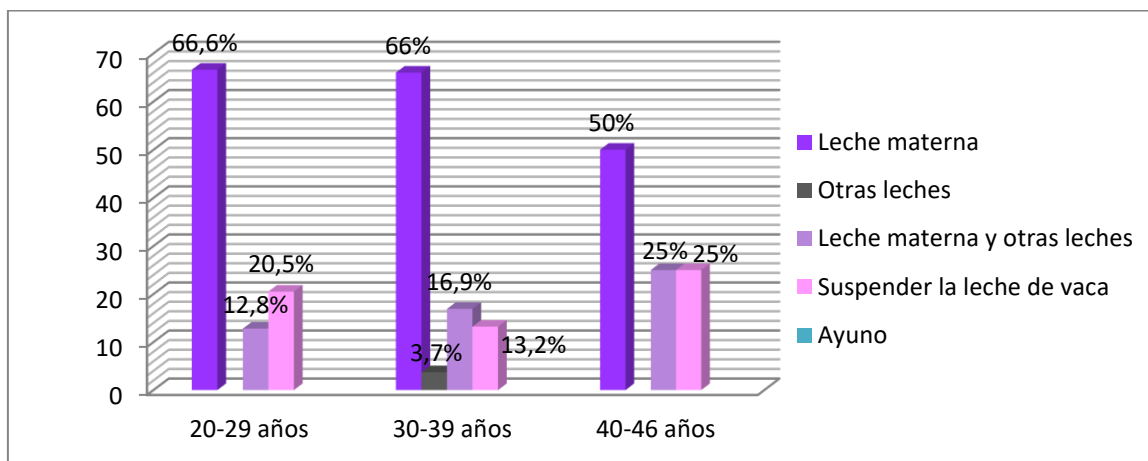
Gráfico 28: Conocimiento sobre cuando dar las sales según la edad materna (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre qué tipo de leche darle al niño durante la diarrea según edad materna (**gráfico 29**) se observó que los tres rangos de edad le darían solo leche materna, siendo esto una práctica correcta. Observándose como dato importante que los tres rangos a su vez le suspenderían la leche de vaca.

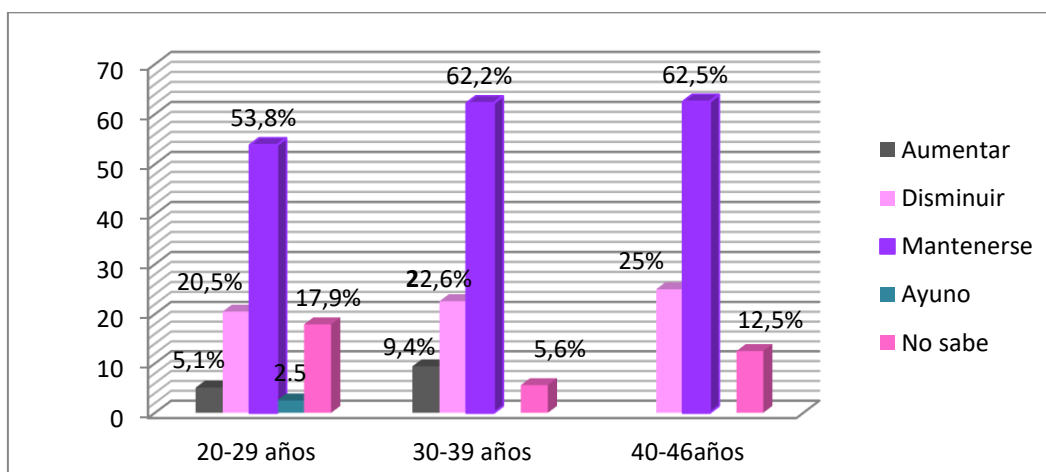
Gráfico29: Conocimiento sobre tipo de leche dar durante la diarrea según edad materna (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre la frecuencia de los alimentos según la edad materna (**gráfico 30**) se observó que los tres rangos de edad refirieron que se debe mantener la frecuencia de la alimentación con porcentajes similares, lo cual es correcto. En relación a las personas que no sabían se observó que el rango de edad de menor conocimiento fue el de 20-29 años.

Gráfico 30: Conocimientos sobre la frecuencia de los alimentos según edad materna (n=100)

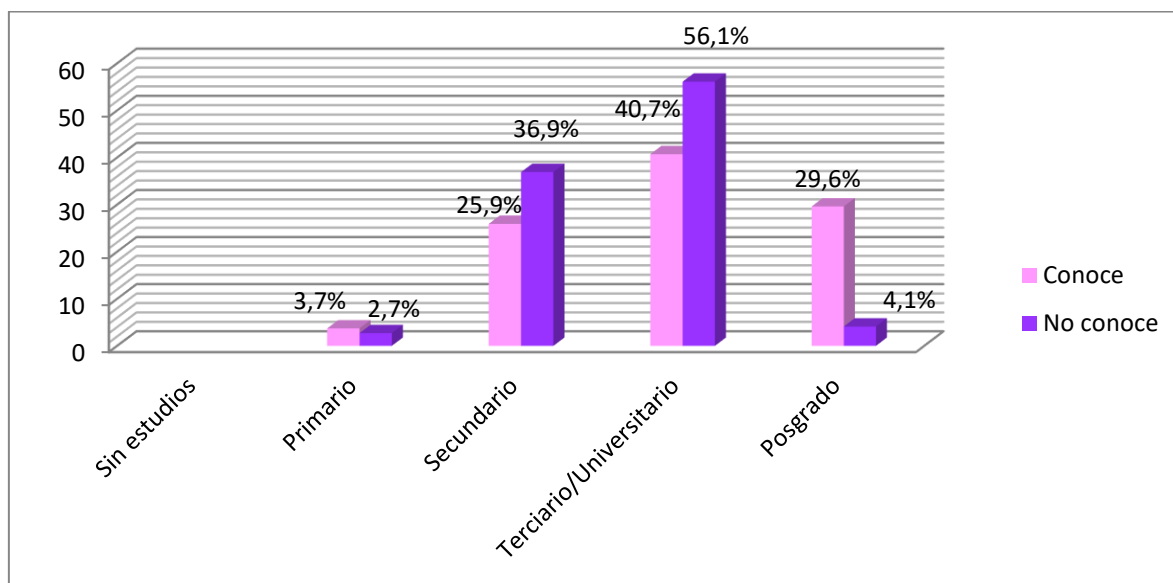


Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las medidas de prevención de la diarrea aguda según la edad materna se observó que el rango de edad de mayor porcentaje es el de 30- 39 años y se observó que tienen buenas practicas a la hora de la prevención tanto higiene de manos antes y después de ir al baño, utilización de diferente cuchillo para alimentos crudos y cocidos, lavarse las manos después de cambiar pañales, lavar las frutas y verduras, hervir el agua si no es potable.

Con respecto al conocimiento sobre la correcta alimentación según el nivel educativo máximo alcanzado (**gráfico 31**) se observó que el nivel que predomina es el terciario/ universitario pero tienen un porcentaje de no conocimiento del 56,1 %. Dentro de las personas que tenían posgrados se observó un porcentaje alto de conocimiento representando un 29.6 %, siendo a mayor estudios mejor conocimiento.

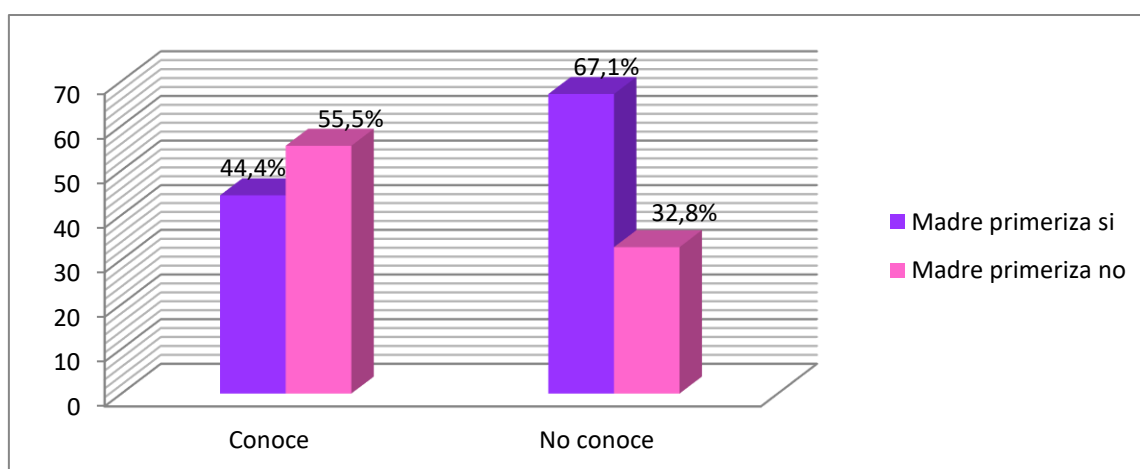
Gráfico 31: Conocimientos sobre la correcta alimentación según nivel educativo máximo alcanzado (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al conocimiento sobre la correcta alimentación durante la diarrea según si es madre primeriza o no (**gráfico 32**) se observó que del porcentaje de madres primerizas el 67,1 % no conoce la correcta alimentación. Con respecto a las madres no primerizas tuvieron un porcentaje del 55,5 % de conocimiento, lo que demuestra que al ser madre primeriza hay menos conocimientos en relación a las madres que no lo son.

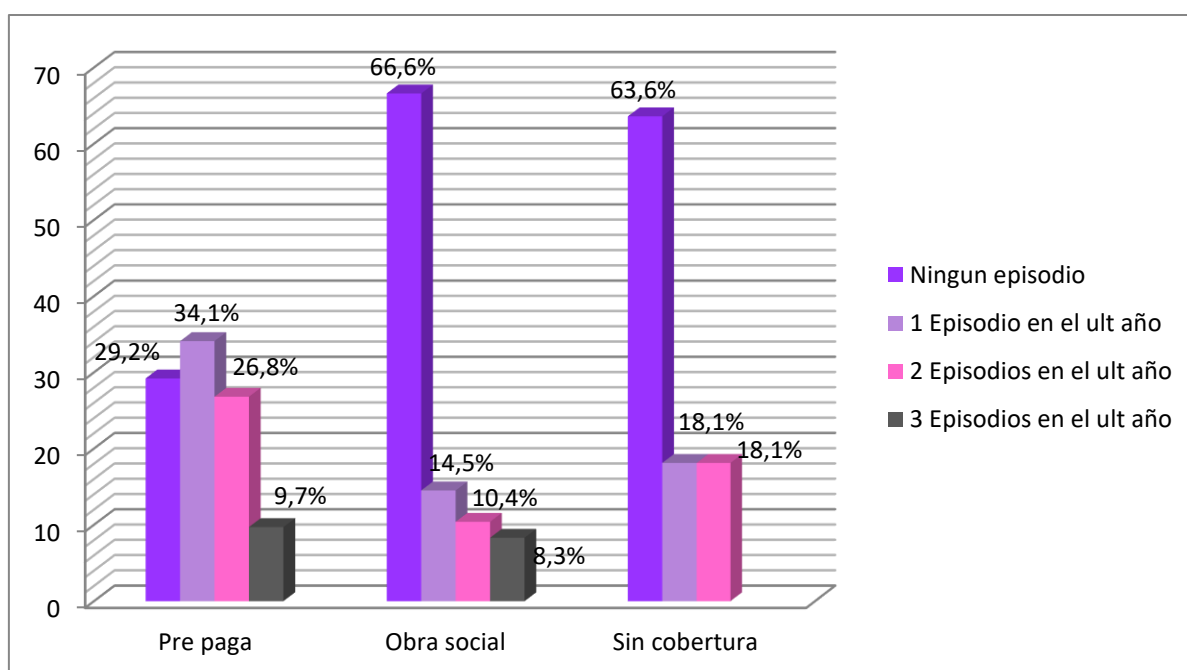
Gráfico 32: Conocimientos sobre la correcta alimentación según si es madre primeriza o no (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los episodios de diarrea según la cobertura de salud (**Gráfico 33**) se observó como dato relevante que dentro del grupo que pertenece a sin cobertura de salud un 63,6 % no presentó ningún episodio en el último año, siendo un dato importante, ya que, es al revés de los que se suponía. Mientras que casi un 36,2 % presentó por lo menos 1 o 2 episodios en el último año siendo a mayor cobertura mayor diarrea.

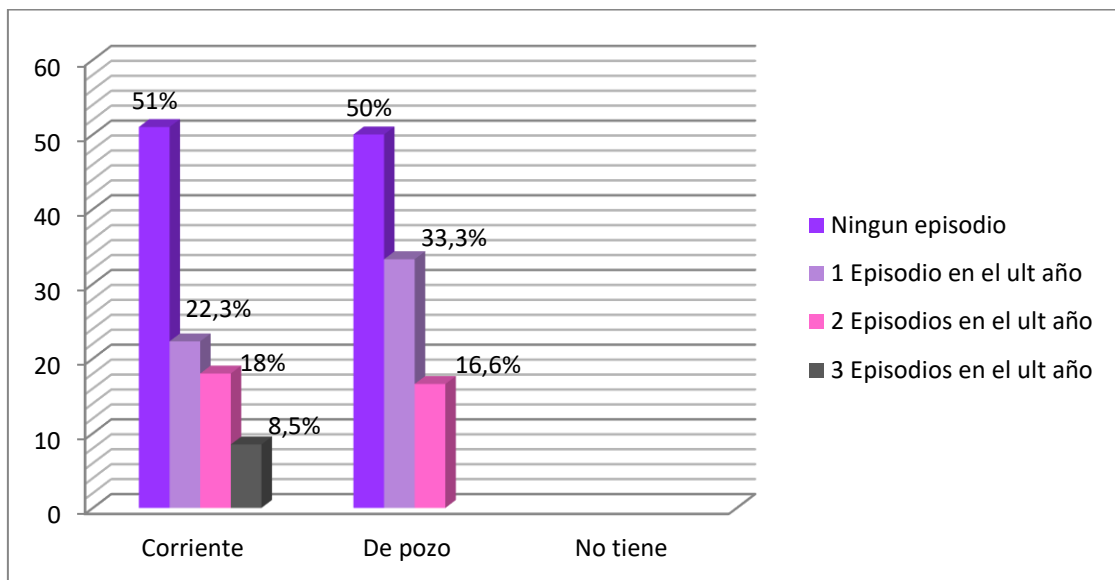
Gráfico 33: Episodios de diarrea según Cobertura de salud (n=100)



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los episodios de diarrea según abastecimiento de agua en el hogar (**gráfico 34**) se observó que dentro de las personas que tienen agua de pozo el 50% no presentó ningún episodio de diarrea, siendo un dato relevante ya que es al revés de lo que se suponía. Casi el 50% restante presentó 1 o 2 episodios en el último año. Siendo un dato importante ya que el agua es de suma importancia a la hora de prevenir los episodios de diarreas. Siendo además que el agua de pozo no es segura para el consumo humano.

Grafico 34: Episodios de diarrea según Abastecimiento de agua (n=100)



Fuente: Elaboración propia

7- CONCLUSIONES

Con respecto a los conocimientos sobre el concepto de diarrea aguda se encontró que el 97% conocía el correcto significado. En relación a la principal causa de diarrea un 75 % de las madres refirió que los parásitos/ virus/ y bacterias son la principal causa, un 10 % falta de higiene y un 2 % salida de dientes y empacho por alimentos.

En relación a los conocimientos de las madres sobre la correcta alimentación se encontró que el 73% no conoce la correcta alimentación durante el episodio de diarrea. Cuando se analizó el conocimiento de las madres en relación a las sales de rehidratación se observó que el 87 % de las madres no conoce la forma de preparar las sales de rehidratación y el 56% de ellas desconoce cuándo administrarlas en caso de necesitarlas.

El 65 % de las madres solo le darían leche materna en caso de tener diarrea su hijo y solo un 17% suspendería la leche de vaca. La frecuencia de los alimentos la mantendrían un total de 59 % de las madres, lo cual es un buen dato, ya que, no se debe suspender la alimentación sino de lo contrario mantenerla para evitar inconvenientes.

Las prácticas que realizan las madres en relación a la prevención de la diarrea aguda son correctas tanto lavado de manos antes y después de ir al baño, utilización de diferente cuchillo para alimentos crudos y cocidos, lavado de manos luego de cambiar pañales, lavado de frutas y verduras, hervir el agua si no llega a ser potable. Con respecto a los líquidos que le darían las madres el 93% le daría agua lo cual es correcto ya que se evitarían las bebidas con azúcar para no tener un efecto osmótico y generar más diarrea.

Las madres prefieren ante un episodio de diarrea, acudir a un profesional representando un 86%.

Cuando se analizó el conocimiento que tienen las madres en relación al concepto de diarrea, causa, signos de alarma, signos de deshidratación según los rangos de edad se observó que dentro de los tres rangos tuvieron porcentajes similares. Con respecto a la edad se evidenció que a menor edad menor es el conocimiento en relación a la correcta alimentación durante el episodio de diarrea, siendo causa de ausencia, retraso de la identificación y aplicación de medidas de atención primaria.

En relación a la forma de preparar las sales de rehidratación oral y la edad de las madres se observó que dentro de los 3 grupos de edad tienen porcentajes similares de no conocimiento, salvo un 25 % que corresponde al rango de 40-46 años que demuestra tener conocimientos.

Siendo a mayor edad mejor es el conocimiento. Los tres rangos de edad mantuvieron las respuestas similares de mantener la alimentación durante la diarrea y darle solo leche materna.

Con respecto al nivel de conocimiento según el nivel educativo se observó que el estudio que predomina es el terciario / universitario pero un 56,1 % no conoce la correcta alimentación. Sin embargo dentro de las personas que tienen estudios posgrado un 29,6 % tienen conocimientos acerca de la correcta alimentación.

Las madres primerizas tienen menos conocimientos con respecto a las madres que no lo son.

En relación a los episodios de diarrea que tuvo el niño en el último año y la cobertura de salud se evidenció que dentro de las personas que no tenían cobertura un 63% no presentó ningún episodio, esto es importante, ya que, dio al revés de los que se suponía, un 36,2 % presentó entre 1 y 2 episodios en el último año. A su vez se observó los episodios con el abastecimiento de agua en el hogar y se observó como dato relevante que de las personas que tienen agua de pozo un 50% no presentó ningún episodio, lo cual también fue relevante y dio al revés de los que se suponía y casi el 50 % restante tuvieron 1 o 2 episodios en el último año.

La diarrea en niños menores de 5 años, continúa teniendo una alta incidencia mundial, con las consecuencias inmediatas en el estado de hidratación y a lo largo en el aspecto nutricional, las diversas acciones que toman las madres son determinantes para evitar las complicaciones, por lo cual es importante que conozcan y practiquen medidas adecuadas respecto al tema.

El conocimiento que tienen las madres en relación a la alimentación se debe reforzar, ya que, es muy importante que la familia aprenda a saber que alimentos dar y a tratar la diarrea.

8- BIBLIOGRAFIA:

- 1-Organización Mundial de la salud {sede web}. Ginebra (Acceso mayo 2017). Tema de salud: Diarrea (aprox 1 pantalla). Disponible en: <http://www.who.int/topics/diarrhoea/es/>
- 2-Organización Mundial de la Salud {sede web}. Ginebra Mayo 2004 (Acceso mayo 2017). Declaración conjunta de la OMS y el UNICEF: Tratamiento clínico de la diarrea aguda (aprox 8 pantallas). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70201/1/WHO_FCH_CAH_04.7_spa.pdf
- 3-Asociación Española de Pediatría (sede web). Madrid Marzo 2014 (Acceso mayo 2017). Guía de práctica clínica ibero latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años (vol. 80). Disponible en: https://www.elprobiotico.com/continguts/guia_ILA_anales_de_pediatria_2014.pdf
- 4- Aragón Gómez W .A, Barrera Dussan M, Barrera Dussan N, Díaz Cabrera S, Pérez Sánchez D.B, Rivera Cuellar A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas adoptadas por los cuidadores de los niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda del corregimiento el Caguan. Neiva: Tesis de grado Colombia: 2010.
- 5- Espinoza Sarzo R. Nivel de Conocimiento de las madres sobre medidas preventivas frente a diarreas en el hospital de vitarte: Tesis de grado Lima, Perú 2015.
- 6- Ministerio de Salud {sede web} Argentina (Acceso agosto 2017). Plan de abordaje integral de la enfermedad diarreica aguda y plan de contingencia del cólera. 9-10 Disponible en: <http://www.msal.gob.ar>
- 7- Flores Santillán C. Conocimiento sobre Enfermedad Diarreica aguda en madres de niños menores de 5 años en Nido Children House: Tesis de grado Lima, Perú: 2015.
- 8- Riechmann E.R, Barrio Torres J, López Rodríguez M.J. Protocolos Diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. SEGHN, AEP.2010; 20(2) 11-20.
- 9-Arango R, Aguirre M, Aristizabal L, Hansen V. Frecuencia de Rotavirus en niños menores de 5 años con diarrea aguda. Salud uninorte. 1985; 3(2) 129-138.
- 10-Organización Mundial de la Salud (sede web). Ginebra (Acceso mayo 2017). Centros de prensa: E. Coli (aprox 1 pantalla). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs125/es/>
- 11- Riveron Corteguera R. Fisiopatología de la diarrea aguda. Revista cubana pediátrica.1999; 71(2) 86-115.

- 12-**Camacho Carrillo M.I. Conocimientos preventivos maternos orientados a la atención integrada de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de edad de la comunidad de Anchilivi del Cantón Salcedo: Tesis de grado Ecuador: 2014.
- 13-** Aliaga Campos E. Conocimiento y prácticas maternas sobre alimentación, durante la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 2 años que acuden a una atención en el centro de salud Castillo Grande: Tesis de grado Perú: 2015.
- 14-** Bear M. Importancia de la alimentación y la nutrición en la patogenia y prevención de los procesos diarreicos. 1975:4 (1) 334-342.
- 15-** Reyes Tour Y, Rey Camacho Y. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. 2006 15(1).
- 16-** Delgado M.F, M.D, M.CS, Sierra C.H, Calvache J.A, Ríos A.M, Mosquera C, Salas I, Agredo F, Meneces R. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI.2006: 37(4) 293-298.
- 17-** Burgoa C, Salas Mallea A. Conocimientos y Actitudes frente a signo de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en menores de 5 años. Revista boliviana pediátrica. 2006: 47 (2) 72-76.
- 18-** Alarco J, Aguirre E, Álvarez Andrade V. Conocimiento de las madres y su prevención en un asentamiento humano de la provincia Ica, Perú. Revista clínica médica de familia. 2013:6(1) 25-31.
- 19-** Lacruz Rengel M, Calderón J, Angulo F, Mata A, Quintero Y. Conocimiento materno sobre estrategias básicas de prevención enfermedades diarreicas agudas. Arch Venez Puer Ped. 2012:75(4) 113-119.
- 20-** Machado de Ponte L, Noguera Brizuela D, Pierre Álvarez R, Vázquez Fernández M, Rodríguez E.S. Alimentación del paciente con diarrea aguda. Arch Venez Puer Ped .2010:73(1).

9-ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mi nombre es Natalia Rodríguez y me encuentro realizando el trabajo final integrador de la Licenciatura en nutrición, en la Universidad Isalud. El propósito del presente trabajo es conocer cuáles son los conocimientos maternos y el manejo de la diarrea aguda en niños de 6 a 24 meses en capital y Gran buenos aires.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en esta encuesta, que consistirá en recabar información referida a estos temas.

Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta.

En cumplimiento de la Ley Nº 17622/68 (y su decreto reglamentario Nº 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Yo....., en mi carácter de respondente encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta, acepto participar en la misma.

Fecha.....

Lugar de la encuesta.....

Universidad ISALUD.

Encuesta:

Conocimientos maternos y manejo de la diarrea aguda en niños de 6 a 24 meses en Capital y Gran Buenos Aires.

N° de encuesta:.....

Edad de la madre: _____ Edad del niño: _____ CABA CGA

1- ¿Cuántas veces ha presentado diarrea su niño/a en el último año? **(Marque la respuesta que corresponda).**

- a- Ningún episodio.
- b- 1 episodio en el último año.
- c- 2 episodios en el último año.
- d- 3 episodios o más en el último año

2- ¿Usted es Madre primeriza?

- a- Si
- b- No

3- Cobertura de salud:

- a- pre paga.
- b- obra social .
- c- Sin cobertura.

4- Abastecimiento de agua su hogar:

- a- Corriente.
- b- Pozo.
- c- No tiene.

5- Nivel de escolaridad máximo alcanzado:

- a- Sin estudios.
- b- Primario.
- c- Secundario.
- d- Terciario o universitario.
- e- Posgrado.

6- Le das actualmente el pecho a tu hijo/a ?

- a- Si
- b- No.

7- ¿Qué significa para vos el concepto de diarrea?: (**Puede marcar más de 1 opción**).

- a- Heces líquidas y aumento en el número de las deposiciones.
- b- Heces pastosas y aumento en el número de las deposiciones.
- c- Estreñimiento.
- d- Dolor abdominal.
- e- Desconoce.
- f- Otros _____

8- ¿Cuál crees que es la principal causa de diarrea aguda? (**Marcar solo 1 opción**)

- a- Parásitos/ Virus/ Bacterias.
- b- Alimentos en mal estado.
- c- Falta de higiene.
- d- Otros _____

9- ¿Cuál o cuáles de los siguientes consideras que es el principal signo de alarma de la diarrea?: (**Marque solo una opción**).

- a- Sangre en la materia fecal.
- b- Boca seca.
- c- Vómitos.
- d- Fiebre.
- e- Falta de apetito.
- f- Cólicos.
- g- Desconoce.
- h- Otros _____

10- ¿Cuál o cuáles consideras que son los signos de deshidratación? (**Puede marcar más de una opción**) :

- a- Boca seca.
- b- Sed aumentada.
- c- Ojos hundidos.
- d- Dolor abdominal.
- e- Dolor de cabeza.
- f- Tos.
- g- Desconoce.

11- ¿Qué tipo de alimentos se deben ofrecer a los niños con diarrea ? (**Puede marcar más de una opción**)

- Arroz / polenta / puré de remolacha / porotos / Garbanzos / pan tostado / lactancia materna / manzana asada / yogur / gaseosas / café / carne / lentejas / alimentos picantes / gelatina / pescado / jugo de naranja / pera hervida / huevo / banana pisada / guiso / zanahoria hervida / ensalada de lechuga y tomate / manzana rallada

Pollo hervido / milanesa de carne frita con pure de papas / te suave / ensalada de repollo / espinaca

12- ¿Conoces la forma de preparar las sales de rehidratación oral? **(En caso de que tu respuesta sea si colocar como es la preparación).**

- a- Si
- b- No

13- ¿Conoces en qué momento se deben tomar las sales de rehidratación? **(Sólo una respuesta).**

- a- Cuando el niño tenga sed.
- b- Después de la diarrea.
- d- Desconoce.

14- ¿Qué tipo de leche debe tomar el niño durante la diarrea aguda? **(Marcar solo una opción)**

- a- Solo leche materna.
- b- Otras leches.
- c- Leche materna y otras leches.
- d- Suspenderse la leche de vaca.
- e- Ayuno total.

15- Durante el episodio de diarrea la frecuencia de la alimentación (número de veces que come el niño durante el día) se debe de:

- a- Aumentar.
- b- Disminuir.
- c- Mantenerse.
- d- Ayuno .
- e- No sabe.

16- ¿De dónde obtuviste la información o el conocimiento acerca de la diarrea?:

- a- Profesional.
- b- Familiar.
- c- TV.
- d- Internet/ Redes sociales.
- e- Radio / Revistas.
- f- Publicidad.
- i- Otros (tipo) _____

17- ¿Qué medidas higiénicas tomás para prevenir la diarrea en el hogar? (Se pueden marcar más de una opción).

- a- Lavados de manos luego de ir al baño.
- b- Lavado de manos antes de manipular alimentos.
- c- Utilización de diferente cuchillo para alimentos crudos y cocidos.
- d- Lavado de manos luego de cambiar el pañal (si utilizara).
- e- Lavado de frutas y verduras con abundante agua.
- f- Hervir el agua que se consume si no es potable

18- ¿Qué acción seguís o realizas vos en caso de diarrea?

Lo llevo al:

- a- Llevar al centro de salud.
- b- Dar medicación tipo_____
- c- Que remita espontáneamente.
- d- Otros _____
- e- No sabe no contesta

19- ¿Qué tipo de líquidos le ofreces a tu hijo cuando tiene diarrea? (Puede marcar más de una opción)

- a- Agua mineral.
- b- Jugos con azúcar en polvo.
- c- Jugos sin azúcar en polvo.
- d- Seven up.
- e- Garetode.
- f- Ades.
- g- Coca cola.
- h- Cepita / Baggio
- i- Agua mineral saborizada con azúcar.
- j- Agua mineral saborizada sin azúcar.

20- ¿Si tu niño/a tiene diarrea le suspendes la lactancia materna?

- a- Si.
- b- No.