

**CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PADRES DEL
PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS FRENTE A ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS PASTO 2015**

**LEIDY LORENA RODRIGUEZ RUANO
HENRY GILBERTO ZAMBRANO DIAZ**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTÍN SEDE PASTO
FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS
SAN JUAN DE PASTO
2016**

**CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PADRES DEL
PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS FRENTE A ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS PASTO
2015**

**LEIDY LORENA RODRIGUEZ RUANO
HENRY GILBERTO ZAMBRANO DIAZ**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de médico
general

**Asesor Científico: Dr. Alexander Martínez
Médico Familiar**

**Asesor Metodológico: Dr. Andrés Salas Zambrano
Esp. Epidemiología**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTÍN SEDE PASTO
FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS
SAN JUAN DE PASTO
2016**

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Universitaria San Martín por haber abierto las puertas y brindado las herramientas necesarias para la realización de éste proyecto.

A la Unidad de Atención a víctimas, y su coordinadora, la Doctora Emma Ramos, quien brindó la posibilidad de realizar esta actividad en ésta población

Al Doctor Alexander Martínez MD. Familiar. Asesor científico

Al Doctor Andrés Salas. Epidemiólogo. Asesor metodológico

Al Doctor Leonel Delgado. Estadístico. Asesor metodológico

Al Ingeniero Mario Delgado Coordinador de sistemas de la Facultad

A los docentes de la facultad de medicina por impartir con ética y responsabilidad los conocimientos médicos, que nos fundamentan como mejores profesionales de la salud.

DEDICATORIA

Agradecemos a DIOS, fuente inagotable de amor incondicional, quien nos extendió su mano en cada momento de nuestra vida, por bendecirnos día a día en el camino y ayudarnos a cumplir con sabiduría nuestras metas y proyectos en el transcurso de la carrera.

Gracias a nuestros padres, nuestra principal motivación, que son excelente ejemplo de vida a seguir, por brindarnos la oportunidad de cumplir uno de nuestros sueños, enseñándonos valores como la responsabilidad, y también a las personas que se esmeraron para que fuéramos cada día mejores.

Gracias a todas las personas que de alguna manera nos prestaron su colaboración para la elaboración de éste trabajo, y de una manera muy grata a nuestra Alma Máter la Universidad San Martín por habernos permitido culminar nuestros estudios.

LEIDY LORENA RODRIGUEZ
HENRY ZAMBRANO DIAZ

NOTA DE ACEPTACIÓN

DIRECTOR

JURADO

JURADO

San Juan de Pasto, Abril del 2016.

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no compromete a la Fundación Universitaria San Martín.

Tabla de contenido

INTRODUCCION	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	17
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	18
2. JUSTIFICACION	19
3. MARCO DE REFERENCIA	20
3.1 MARCO CONTEXTUAL	20
3.1.1 Departamento de Nariño.....	20
3.1.3 Punto de atención a víctimas del conflicto armado	21
3.2 MARCO TEÓRICO.....	23
3.2.1 Definición de Enfermedad Diarreica (EDA).....	23
3.2.2 Historia Natural de la Diarrea	24
3.2.3 Clasificación	26
3.2.4 Causas de Diarrea	27
3.2.5 Prevención.....	29
3.2.5.1 Prevención Primaria	29
3.2.5.2 Prevención Secundaria.....	29
3.2.5.3 Prevención Terciaria.....	30
3.2.6 Seguridad Alimentaria	31
3.2.7 Cuidado del niño.....	31
3.2.8 Consecuencias de Diarrea.....	32
3.2.9 Tratamiento de Diarrea.....	34
4. OBJETIVOS	41
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	41
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	41
5. METODOLOGIA.....	42
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	42
5.2 POBLACIÓN.....	42
5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	42

5.3.1 Criterios de Inclusión:	42
5.3.2 Criterios de Exclusión:	42
5.4 VARIABLES.....	43
5.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	43
5.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	43
5.7 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	43
5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
6. RESULTADOS	45
6.1 ANALISIS UNIVARIADO	45
6.2 ANALISIS BIVARIADO	60
7. DISCUSION	63
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFIA.....	69
ANEXOS.....	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa Departamento de Nariño.....	21
Figura 2. San Juan de Pasto	22
Figura 3. Foto de Ubicación Punto de atención a victimas	22
Figura 4. Fotografía de punto de atención a victimas	23
Figura 5. Historia Natural de la Enfermedad.....	26

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Deshidración y pérdida de Peso	33
Tabla 2. Estado de Hidratación y Plan de Tratamiento.....	34

LISTA DE GRAFICAS

Grafico 1. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según jefe de hogar.....	45
Grafico 2. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según género.	45
Grafico 3. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según edad..	46
Grafico 4. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según estado civil.....	46
Grafico 5 Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según escolaridad.....	47
Grafico 6. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según sitio de ocupación	47
Grafico 7. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según seguridad social.....	48
Grafico 8.Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según zona de residencia	48
Grafico 9.Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según departamento de procedencia.	49
Grafico 10.Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según tiempo en condición de desplazamiento.....	49
Grafico 11. Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según principal agente causante de diarrea	50
Grafico 12. Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según condición ambiental que favorece la transmisión de diarrea.....	50

Grafico 13.Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según principal medida ambiental para prevenir la diarrea.....	51
Grafico 14.Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según aspecto de deshidratación.....	51
Grafico 15.Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según el tratamiento inicial.	52
Grafico 16.Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según utilidad que tiene una sal de rehidratación oral	52
Grafico 17.Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según alimentación cuando el niño está con diarrea.....	53
Grafico 18.Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según líquidos administrados cuando el niño está con diarrea.....	53
Grafico 19.Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según el tipo de líquido que aumenta.....	54
Grafico 20.Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según lugar de atención en diarrea persistente.	54
Grafico 21.Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según supervisión de lavado de manos del niño	55
Grafico 22.Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según momento de supervisión del lavado de manos.....	55
Grafico 23.Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según momentos de lavado de manos del cuidador.....	56
Grafico 24.Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según cocción de los alimentos	56
Grafico 25. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según manejo del agua en casa	57

Grafico 26. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según forma de almacenamiento a temperatura ambiente de los alimentos.....	57
Grafico 27. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según disposición de las basuras.....	58
Grafico 28. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según veces por semana que lava con límpido los utensilios de cocina.	58
Grafico 29. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según forma de preparación de suero oral casero	59
Grafico 30. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a diarrea según área de residencia versus preparación de suero oral casero	60
Grafico 31. Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a diarrea según sitio de ocupación vs lugar de atención	61
Grafico 32. Distribución del conocimiento de padres del programa de atención a víctimas frente a diarrea según zona de residencia vs signos de alarma.....	62

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Variables	73
Anexo B. Encuesta	75
Anexo C. Consentimiento Informado	78
Anexo D. Cronograma de Actividades	81
Anexo E. Presupuesto	83
Anexo F. Cartas institucionales.....	84
Anexo G. Artículo Científico	86

INTRODUCCION

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es un importante problema de salud pública en niños menores de 5 años, siendo reportado por la OMS como segunda causa de muerte a nivel mundial (1) Por lo cual se requiere una intervención continua al ser una de las enfermedades infecciosas de tipo prevenible. Esta patología se caracteriza por afectar principalmente la calidad de vida de la población infantil, que además de generar altos costos hospitalarios genera también un alto índice de morbimortalidad.

Para analizar esta problemática es necesario conocer acerca de factores como las migraciones que al generar cambio en las condiciones de vida de las personas, y entre ellas los niños quienes tienen condición de mayor vulnerabilidad, están expuestos a infecciones repetitivas. Este trabajo es de interés para todos, debido a que implica la forma de disminuir en el niño el riesgo de complicaciones futuras, mediante actividades de promoción y prevención.

Con lo anterior, se hace posible mediante este trabajo de tipo descriptivo obtener información acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la diarrea aguda con el fin de determinar creencias erróneas con relación a los mismos, y poder realizar las recomendaciones pertinentes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La diarrea aguda se define como la presencia de tres o más evacuaciones líquidas o anormalmente blandas en 24 horas o una evacuación líquida con sangre durante un máximo tiempo de dos semanas. (2) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, se presentan alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica a nivel mundial cada año, y 1.9 millones de niños menores de 5 años fallecen a causa de la misma, fundamentalmente en los países en desarrollo. De todas las muertes infantiles provocadas por la diarrea el 78% ocurren en África y el sudeste Asiático.(3) En Venezuela, la diarrea es la primera causa de consulta y hospitalización, en los últimos años su mortalidad disminuyó a más del 50% en los menores de un año de edad.(4). En Colombia, se registraron 28 muertes por enfermedad diarreica aguda con una tasa de mortalidad para el país es de 6,5 x 1.000.000 de menores de cinco años, siendo más afectados los niños menores de un año. A nivel departamental se registra el 3% de los casos notificados en Nariño, que disminuyó con respecto al año 2013 donde se presentaron 5 casos. (5)

Entre las causas ambientales que favorecen la aparición de esta enfermedad se encuentra la colonización de alimentos u objetos con bajas condiciones de higiene donde se albergan virus y bacterias (6).Es por esta razón que en gran medida se le puede atribuir a éstas condiciones la mayoría de los casos, junto con la preparación inadecuada de alimentos (7), y la ingesta de agua contaminada con heces, que surgen a partir de la escasez de servicios de saneamiento básico y contribuyen a que la infección se haga más habitual. (8)

Cada niño menor de 5 años presenta en promedio 3 episodios de diarrea aguda anualmente, lo cual genera consecuencias directas, tales como la

desnutrición, la interferencia en el crecimiento y los trastornos del desarrollo cognitivo que conllevan en gran medida al ausentismo escolar.(3) Cada episodio de diarrea interfiere con el aporte de nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuados del niño(9), lo cual implica que los niños puedan morir a causa de una malnutrición asociada (8). Por otra parte, la deshidratación es otra de las consecuencias graves que acompañan a una diarrea sin manejo adecuado donde las pérdidas que se originan en el niño no son compensadas a tiempo o se hacen de manera inadecuada (10)

Desde hace muchos años se han venido realizando intervenciones, con el fin de mejorar los factores que se encuentran relacionados con la aparición de diarrea en el niño (8,11). Pese a ésto, no existen intervenciones en la población objeto de estudio, aunque se han realizado censos donde se han estudiado factores como las constantes migraciones, que además de generar un riesgo social, generan también un riesgo en salud debido a la asistencia tardía a los servicios de salud por los periodos de transición, que ocasionan diagnósticos tardíos con posibles complicaciones sobretodo en la población infantil, sin priorizar en ellos su estado de salud, todo sumado al bajo nivel socioeconómico y de escolaridad de los padres que no permite un cuidado adecuado.

Aunque actualmente la presentación de ésta enfermedad es escasa, aún causa importante morbilidad, por lo cual se hace necesario primordialmente en ésta población caracterizar las situaciones de riesgo y reconocer su relación existente con la aparición de EDA. Además reconocer el impacto de la enfermedad dentro de la institución para realizar intervenciones oportunas

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años en Pasto 2015?

2. JUSTIFICACION

Este proyecto de investigación se realiza con el fin de obtener información que brinde un acercamiento de las situaciones que favorecen la aparición de diarrea o su desmejora, para poder fomentar en la institución actividades encaminadas a la prevención y control de episodios por parte de la comunidad, concientizando además sobre la importancia de la atención oportuna.

La utilidad que tiene esta investigación es la de servir como guía para llevar a cabo acciones de promoción y prevención por el personal de salud y la comunidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del niño, con medidas de bajo costo y altamente efectivas.

Esta investigación es importante para quienes la realizan, pues contribuye al desarrollo integral en el área investigativa dentro de la formación como profesionales de salud, junto con la universidad, que fortalece la investigación mediante experiencias que benefician a la comunidad.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO CONTEXTUAL

3.1.1 Departamento de Nariño

Por medio del cumplimiento a la ley primera de 1904 de 1904, se crea el Departamento de Nariño, para honrar la memoria de Antonio Nariño, uno de los más destacados precursores de la independencia de la región.

El departamento de Nariño (figura 1) está situado al extremo suroeste del país, en la frontera de la república del Ecuador, localizado entre 00°31'08" y 02°41'08" de latitud norte, y los 79°52'19" Y 76°51'19" de longitud oeste. Limita al norte con el departamento del Cauca, por este con el departamento de del Putumayo, por el sur con la república del Ecuador y por oeste con el Océano Pacífico. El departamento de Nariño está dividido en 64 municipios, 230 corregimientos, numerosos caseríos y sitios poblados.

En el departamento de Nariño se distinguen tres regiones fisiográficas, correspondientes a la llanura pacífica, región andina y la vertiente amazónica. La llanura del Pacífico se caracteriza por altas temperaturas, abundantes lluvias y exuberantes vegetaciones.

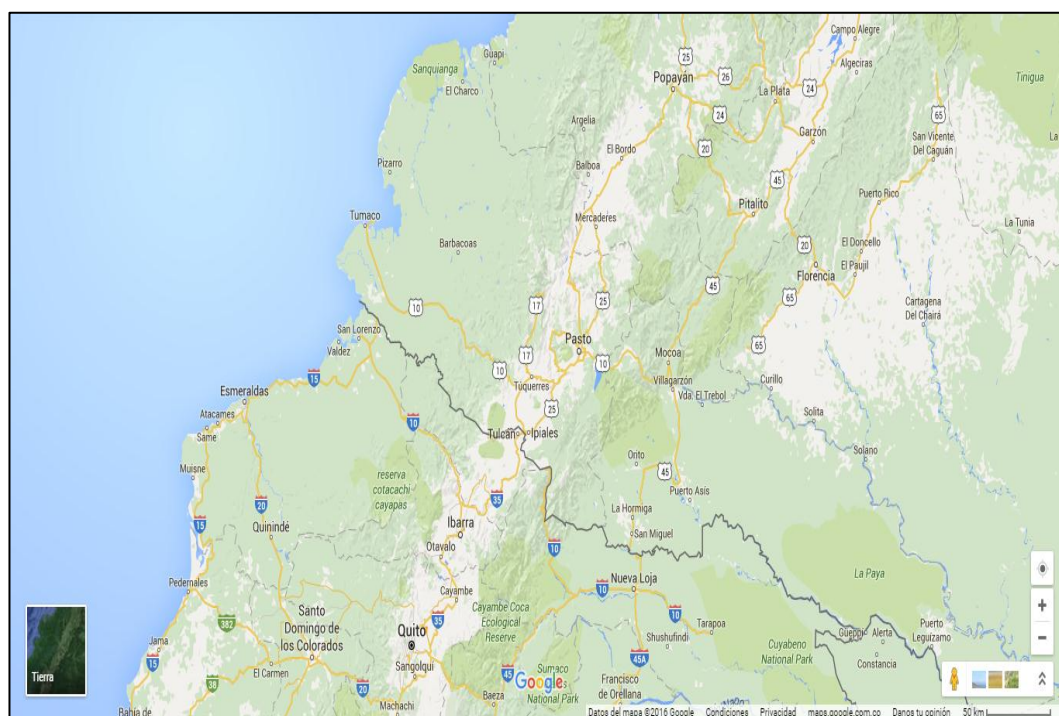
3.1.2 Municipio de San Juan de Pasto

El Municipio de Pasto, (Figura 2) se localiza en la región centro oriental de los Andes en el Departamento de Nariño, limitando al norte con los Municipios de Taminango y San Lorenzo, al oriente con el Municipio de Buesaco y el Valle de Sibundoy en el Departamento de Putumayo, al sur con el Municipio de Córdoba y al Occidente con los Municipios de el Tambo, la Florida y Tangua. Su extensión es de 1.194 kilómetros cuadrados y su población rural es de 48.374 habitantes. La ciudad de Pasto, cabecera municipal y capital del Departamento de Nariño, está

situada a 1° 13' y 16" de latitud norte y 77°, 17' y 2" de longitud al oeste de Greenwich (IGAC 1978).

El nombre del municipio y de la ciudad se origina en nombre al pueblo indígena Pastos, que significa; Pas: gente y to: tierra, gente de la tierra, que habitaba el Valle de Atrás a la llegada de los Españoles.

Figura 1. Mapa Departamento de Nariño

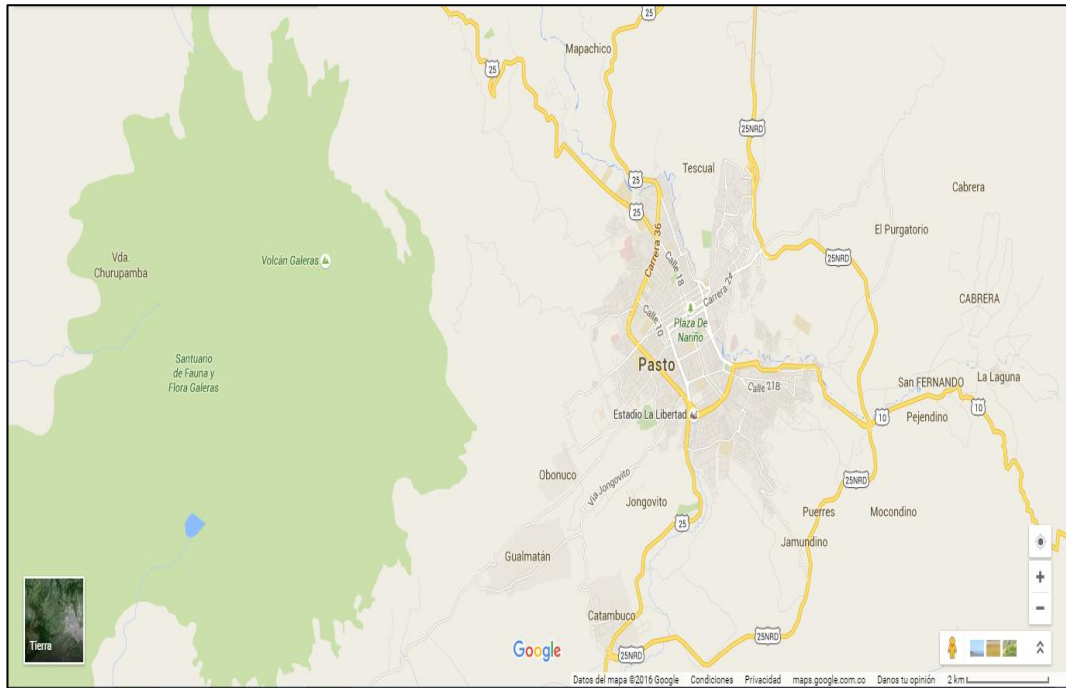


Fuente: <https://maps.google.es/>

3.1.3 Punto de atención a víctimas del conflicto armado

El municipio de Pasto cuenta con única sede para la atención de personas víctimas del desplazamiento donde su misión es Brindar atención integral y oportuna a la población en situación de desplazamiento, con enfoques de derechos y diferencial, y apoyando procesos de integración social en el municipio de Pasto.

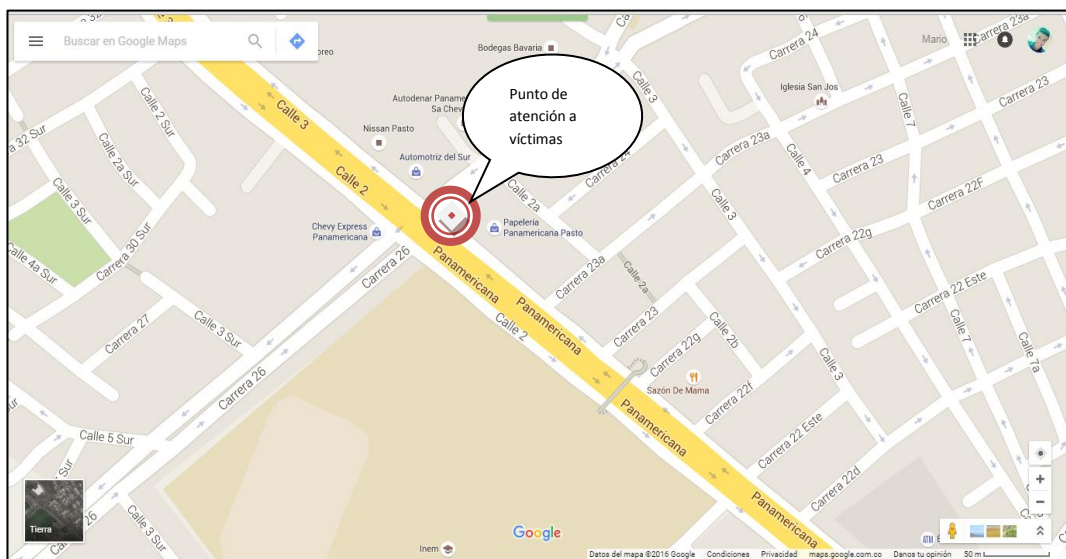
Figura 2. San Juan de Pasto



Fuente: <https://maps.google.es/>

Esta institución está coordinada por la Dra. Emma Lucia Ramos, y se encuentra ubicada el barrio Capusigra, Cra 26 N° 2-12 de la ciudad de pasto, donde se desarrolla funciones de gestión en salud y de gestión educativa.

Figura 3. Foto de Ubicación Punto de atención a víctimas



Fuente: <https://maps.google.es/>

Figura 4. Fotografía de punto de atención a víctimas



Fuente: Presente investigación

3.2 MARCO TEÓRICO

3.2.1 Definición de Enfermedad Diarreica (EDA)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) se puede definir como un cambio súbito en el patrón de la evacuación intestinal normal en un individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones. Para ser considerada como aguda, su aparición debe tener menos de dos semanas específicamente. La causa más importante y frecuente de EDA es la infección por hábitos higiénicos y alimentarios, que pueden generar desde cuadros asintomáticos hasta cuadros graves cuando no son tratadas a tiempo. (12)

La enfermedad diarreica aguda es conocida también como gastroenteritis aguda infantil y continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública alrededor del mundo donde millones de niños menores de cinco años mueren, teniendo en cuenta que las cifras más elevadas están en los países en desarrollo. Colombia, es un país afectado por el

desplazamiento interno, lo cual por ser un proceso crónico dificulta la identificación oportuna de la población que es objeto de intervenciones, ésto sumado a que no existen condiciones de apoyo social y económico necesarios para disminuir el impacto de enfermedades entre las que se encuentran los procesos infecciosos, que por su diagnóstico tardío presentan complicaciones debido al constante periodo de transición. (13) Las bajas condiciones socioeconómicas, así como las deficiencias higiénicas, el pobre control en la potabilización del agua, el fecalismo al ras del suelo, la ingestión de alimentos contaminados y la inadecuada conservación de alimentos preparados contribuyen enormemente a la aparición de ésta patología (11).

3.2.2 Historia Natural de la Diarrea

La historia natural de ésta enfermedad es única y aunque pueden existir variaciones de un individuo a otro tiene un patrón común que permite distinguirla de otras, es decir, debido a características propias del huésped, agente agresor y medio ambiente. Comprende dos periodos: Prepatogénico o premórbido, y patogénico o mórbido independientemente de su etiología.

Periodo Prepatogénico: En el cual para que la diarrea se presente, es necesaria la intervención de varios factores o causas, que interactúan en un periodo de tiempo variable y en un mismo individuo, es decir que se presenta la enfermedad relacionando continuamente: el agente, huésped y ambiente (14).

Agente: La enfermedad diarreica infecciosa necesita de la presencia de virus, bacterias, parásitos u hongos cuya patogenia depende del reservorio que los contenga, desencadenado principalmente por hábitos higiénicos. Los agentes etiológicos más comunes en orden de frecuencia son: rotavirus representando el 80% de todas las infecciones entéricas, aproximadamente 15% las bacterias y un 5 % los parásitos (11)

Huésped: Cuenta con diversos mecanismos de defensa contra los patógenos, que dependen de factores como: la edad, la alimentación, lactancia materna o suministro de leche de fórmula, eventos agudos de diarrea de inicio temprano y malos hábitos higiénicos que permite la diseminación de la enfermedad (14).

Medio ambiente: Se presenta con mayor frecuencia en los países en desarrollo y en los climas tropicales, así como en los meses de primavera-verano. La explicación a lo anterior se encuentra en las bajas condiciones socioeconómicas, así como en las deficiencias higiénicas, el pobre control en la potabilización del agua, el fecalismo al ras del suelo, la ingestión de alimentos contaminados y la inadecuada conservación de alimentos preparados (11).

Periodo Patogénico: Cuando el agente patógeno ya entra en contacto con la persona y se considera ya enferma, iniciando el periodo patogénico que incluye a las etapas subclínica y clínica (14)

Etapa subclínica: Ocurre cuando el agente patógeno logra causar alteración en el organismo y se inicia del primer signo o síntoma de la enfermedad. En este periodo es posible demostrar que la persona se encuentra enferma por medio no clínico, principalmente teniendo en cuenta el estado general del paciente

Etapa clínica: Comprende, desde la aparición del primer síntoma, hasta el periodo de convalecencia de la enfermedad. Aunque la etiología de la diarrea aguda es muy diversa e influyen mucho las condiciones ambientales; las manifestaciones clínicas de la enfermedad son en ocasiones similares, sin embargo lo importante no es el diagnóstico etiológico sino el manejo temprano. (11)

Es entonces cuando se habla de que el riesgo de la enfermedad depende de factores ambientales, sobretodo en grupos poblacionales pobres, sin

provisión segura de agua potable, sin saneamiento, y con escasa información y educación para la salud en lo referente a higiene personal y alimentaria, regulación familiar y promoción de la lactancia materna. Además de factores individuales como la inmadurez e inexperiencia inmunológica sobretodo en el lactante, la falla frecuente de aporte de leche materna, que constituye el alimento más completo durante los 6 primeros meses de vida. Todo constituye un círculo vicioso, que se acentúa con los factores ya mencionados. (Figura 5) (15)

Figura 5. Historia Natural de la Enfermedad



Fuente: Romero, R. Síndrome diarreico infeccioso. 2002

3.2.3 Clasificación

Las diarreas se clasifican según diferentes parámetros: según el tiempo de evolución, según la altura del tubo digestivo en donde se originan, según la magnitud de las pérdidas intestinales que produzcan, según el mecanismo fisiopatológico y según su etiología. En cuanto a la clasificación según el tiempo de evolución se describen las diarreas agudas, que son aquellas que tienen menos de 15 días de evolución. Las diarreas prolongadas con una evolución entre 15 y 30 días. Y finalmente las diarreas crónicas, que son aquellas que tienen más de 30 días de evolución. (16)

3.2.4 Causas de Diarrea

En relación a las causas de diarrea, la enfermedad es multicausal y en ella intervienen una variedad de factores biológicos, ambientales y sociales, entre los cuales cabe mencionar las infecciones por bacterias, virus y parásitos; el estado inmunitario y nutricional del niño y los factores del ambiente que facilitan la transmisión de los agentes patógenos, tales como la baja calidad sanitaria del agua, los hábitos de higiene personal poco saludables, la mala eliminación de excretas, el control de moscas y otros insectos, contaminación de los alimentos, el hacinamiento en las viviendas, falta de educación sanitaria, insuficiente atención de salud, entre otros. Todos estos generan un medio propicio para el desarrollo de ésta enfermedad.(11) Existe una estrecha relación entre el síndrome diarreico y la pobreza extrema, incluyendo también algunos factores relacionados con la madre como: ignorancia, madres analfabetas y/o menores de 17 años, el poco o nulo control prenatal, el bajo impacto en la promoción de la lactancia materna exclusiva, ablactación muy temprana o tardía. (17)

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos microorganismos. La infección se transmite por alimentos o agua para el consumo que se encuentran contaminados, o también de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. Los niños menores de tres años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas. (1)

Los niños se ven expuestos a riesgos ambientales en los lugares donde habitan, aprenden, juegan y exploran. La exposición a los contaminantes ambientales como factores causantes de la diarrea puede ejercer un impacto profundo sobre la salud de los niños y sus consecuencias pueden

ser permanentes, al punto de afectar su habilidad para lograr un pleno desarrollo de sus capacidades y deteriorar su calidad de vida. (18)

Se afirma que el 36% de la mortalidad infantil es atribuible a factores ambientales modificables, es decir que realmente sea posible cambiar aplicando las tecnologías, políticas y medidas de prevención y de salud pública disponibles. Además, los factores de riesgo ambiental contribuyen a la carga de morbilidad de enfermedades que enfrenta el mundo. Las enfermedades con mayor carga atribuible a factores ambientales son la diarrea y las infecciones respiratorias inferiores representándose en un 26% de todas las defunciones por causas ambientales.(1) Cabe mencionar también, que dicha morbilidad causada por los riesgos ambientales es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo en relación con los países desarrollados. Esto se debe a los diversos tipos de riesgos ambientales y a las dificultades en el acceso a la atención primaria de la salud. (19)

En 2002, se estimó que la mayoría de casos de diarrea son atribuibles al agua insegura y a la contaminación de los alimentos, así como también a falta de infraestructura sanitaria adecuada y a comportamientos de higiene deficientes. En ese mismo año, en la Argentina, la tasa de diarrea aguda en niños menores de 5 años fue de casi 16 por 100.000 habitantes, con variaciones importantes entre las regiones del país. (18)

Por otra parte, existe un alto grado de falta de conocimiento por medio de las madres en cuanto el episodio diarreico agudo, lo que es un dato alarmante siendo estas las responsables de los niños hasta el primer cuarto de vida. Este hecho puede estar ligado al nivel socio económico o nivel de escolaridad de las madres, lo que influye directamente sobre el reconocimiento de síntomas de deshidratación y su tratamiento. Además, las madres tienden a subestimar la deshidratación debido al nivel económico bajo y al menor acceso a los servicios médicos. (20,21)

3.2.5 Prevención

3.2.5.1 Prevención Primaria

Promoción de la Salud: Esta dirigida a promover el bienestar y la salud del ser humano. Es un conjunto de indicaciones médicas, higiénicas y sanitarias, donde el objetivo es disminuir la frecuencia en el medio de las causas componentes, por lo tanto la educación sanitaria de la comunidad es primordial, además cabe mencionar que el personal de salud juega un papel importante como responsable directos del manejo de la diarrea aguda dentro de la población. (11)

Protección Específica: Se trata de la inmunización con vacunas existentes, se mencionan vacunas que se han desarrollado contra: Salmonella Typhi, Vibrio cholerae y rotavirus. En México, desde Mayo del 2007 se está aplicando la vacuna contra el rotavirus a los niños con edades menores a 6 meses. (22)

La prevención primaria de la enfermedad diarreica a partir de intervenciones de mejora en el abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene se basa en la disminución de la transmisión de microorganismos patógenos por la vía fecal-oral, lo cual comprende la provisión de un abastecimiento de agua mejorado y su seguridad, el tratamiento y el almacenamiento seguro del agua doméstica, la mejora de las instalaciones de saneamiento y la educación en materia de higiene.(11) Es por ello que los factores conductuales transmitidos a través de la enseñanza son importantes para determinar la adopción de las prácticas relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene, todo mediante la transmisión de conocimientos. (20)

3.2.5.2 Prevención Secundaria

Diagnóstico temprano: El conocimiento de la etiopatogenia de la diarrea es primordial para decidir sobre el tratamiento más específico, limitando el

curso y evolución de la enfermedad. Entonces para la prevención secundaria es importante y depende en gran parte de un diagnóstico etiológico. (14)

Tratamiento oportuno: La mayoría de los cuadros gastrointestinales se autolimitan, debiendo concentrarnos en la mayoría de los casos en la prevención y/o tratamiento de la deshidratación, mediante la hidratación oral o endovenosa, la alimentación temprana apropiada, el control de la fiebre y, por último, el uso racional de antimicrobiano en ciertas situaciones específicas. No está indicado el uso de antieméticos, antidiarreicos o anticolinérgicos. (11)

Cuando se utiliza un medicamento antimicrobiano, es necesario que se cumpla con lo siguiente: acortamiento del curso de la enfermedad, mejoría de la sintomatología, erradicación del agente etiológico y prevención de futuras complicaciones. Se debe tener en cuenta que el uso de antibióticos solo es de utilidad en diarreas infecciosas como las producidas por shigella, cólera, amibiasis intestinal y giardiasis intestinal, o en la llamada diarrea del viajero (4)

Limitar la incapacidad: Incluye la prevención o el tratamiento adecuado de las complicaciones, que evitarían consecuencias posteriores (secuelas o muerte). Con frecuencia la incapacidad o la muerte resultan de la falla en la prevención en periodos tempranos de la historia natural de la enfermedad. (11)

3.2.5.3 Prevención Terciaria

Rehabilitación: El objetivo consiste en que el paciente regrese a ocupar un lugar útil dentro de la sociedad, haciendo uso máximo de sus capacidades físicas y mentales, por lo que se requieren de medidas dirigidas a lograr la recuperación física, psicológica y social del niño que ha tenido una diarrea complicada y que dejó secuelas (23)

3.2.6 Seguridad Alimentaria

A través de los años la Seguridad Alimentaria ha tomado distintos estados evolutivos, surgió basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional, a partir de la década de los años 70, después se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico, (22) así como de la importancia de saber acerca de la buena nutrición y el buen manejo de los alimentos. (24)

Esta organización del consumo, aunque se adecúa en términos de costo-beneficio, no significa que sean alimentos nutricionalmente adecuados. Por el contrario, hay desbalance en la cantidad de hidratos, grasas y azúcares, lo cual genera desnutrición crónica, obesidad y riesgo de padecer enfermedades. Cabe mencionar aquí, que según la OMS, más de 2 millones de niños mueren cada año por enfermedades diarreicas causadas por la contaminación del agua o de los alimentos. Es por eso que el acceso mejorado a los alimentos, y las medidas de seguridad alimentaria protegen de la inocuidad de los alimentos. (25)

3.2.7 Cuidado del niño

Evaluar en el niño el cuidado y la atención durante los primeros años es fundamental, pues ésta es la base de la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo, ya que es durante éste periodo donde las niñas y los niños aprenden de manera rápida por eso la importancia de brindar alimentos nutritivos y una buena atención en salud. (26)

Es así, como las condiciones de salud en un niño van a depender de factores como: el patrimonio biológico; las condiciones sociales, económicas y ambientales, el estilo de vida adoptado; y los resultados de las intervenciones médico-sanitarias. (20)

La frecuencia de los cuadros diarreicos y la relación con su impacto en la salud se debe a diversos factores, como el nivel de escolaridad y la cultura de la comunidad, principalmente de las madres de familia; además del estado nutrición, especialmente en los niños menores de 5 años, pues son un grupo de edad muy vulnerable a estas enfermedades infecciosas; también está el saneamiento básico principalmente la eliminación de desechos, el suministro de agua, y la limpieza de los alimentos, debido a los mecanismos de transmisión de la enfermedad diarreica y a su naturaleza; finalmente está el acceso y la calidad de los servicios de salud.(27)

Las necesidades básicas como la atención y satisfacción de las necesidades físico-biológicas en los niños son especialmente relevantes para garantizarles seguridad y supervivencia, ya que son totalmente indefensos y dependientes del cuidado de los adultos.(20) Es por eso, que se destacan las necesidades básicas e importantes como una adecuada alimentación, una vivienda digna, una higiene saludable, una buena atención sanitaria, un descanso suficiente y una buena supervisión y seguridad ambiental, las cuales son fundamentales para asegurar un desarrollo adecuado.(28)

Hasta los 5 o 6 años de edad, el crecimiento del niño depende de la nutrición, del modo de alimentarse, del medio ambiente, de la atención sanitaria y del factor psicosocial más que de los factores genéticos y otros que se mencionaron anteriormente como los de maduración biológica y aquellos relacionados con la estimulación ambiental.(29)

3.2.8 Consecuencias de Diarrea

La diarrea es altamente peligrosa no solo por la pérdida de nutrientes durante el episodio diarreico, que empeoraría si la madre no alimenta bien a su niño. Sino también por la pérdida de fluidos del organismo. La pérdida de un volumen de agua y de sales mayores que lo habitual lleva a

la deshidratación. Esta afección se presenta cuando las pérdidas de agua y sales son mayores que el consumo. A mayor número de deposiciones diarreicas, mayor será la cantidad de agua y sales que el niño pierde. La deshidratación durante la diarrea es muy seria y es una de las principales causas de muerte alrededor del mundo.(30) Entonces la deshidratación es un síntoma de la enfermedad diarreica que se diagnostica por inspección y exploración y se confirma por la pérdida de peso que determina el grado de gravedad del cuadro:- leve con pérdida menor o igual del 5% del peso; - moderada es la pérdida entre 6-9%; y – grave con pérdidas mayores o iguales al 10%.(31)

La OMS extiende la anterior clasificación de deshidratación en una escala de tres, (Tabla 1): deshidratación incipiente o leve sin signos ni síntomas; deshidratación moderada que se manifiesta con sed, intranquilidad o irritabilidad, reducción de la elasticidad de la piel, ojos hundidos. Y la deshidratación severa donde los síntomas empeoran, así pues se presenta: pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable y palidez.(32)

Tabla 1. Deshidratación y pérdida de Peso

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

Fuente: Adoptado de Organización Mundial de Gastroenterología.

3.2.9 Tratamiento de Diarrea

La terapia de hidratación oral fue el descubrimiento más importante del siglo XX. Entonces la OMS desarrollo el Suero Oral, siendo éste seguro y efectivo para la prevención y tratamiento de la deshidratación por diarrea. Este suero consta de: sodio 90 mEq/L, potasio 20 mEq/L, bicarbonato 30 mEq/L, cloro 80 mEq/L, glucosa 111 mEq/L. El medicamento es efectivo porque repone el agua y los electrolitos que se han perdido por las evacuaciones diarreicas, al conservarse la absorción intestinal de glucosa, sodio y agua durante los episodios de diarrea, corrigiendo la deshidratación en periodos cortos, de cuatro a seis horas, con su administración oral a dosis fraccionada.(33) La OMS recomienda un plan a seguir según los datos clínicos que presente el niño (Tabla 2). El plan A en pacientes sin deshidratación o deshidratación leve, el plan B en casos con deshidratación moderada y el plan C en enfermos con choque hipovolémico. (34)

Tabla 2. Estado de Hidratación y Plan de Tratamiento

	Bien hidratado	Deshidratado (dos o más signos)	Choque hipovolémico (dos o más signos)
Observe: Sed	Normal	Aumentada, bebe con avidez	No puede beber
Estado general	Alerta	Inquieto; irritable	Inconsciente
Ojos	Normales, llora con lágrimas	Hundidos, llora sin lágrimas	Hipotónico
Boca y lengua	Húmedas	Secas, saliva espesa	Secas
Respiración	Normal	Rápida y profunda	Débil o ausente
Explore: Elasticidad de la piel	Normal	El pliegue se deshace con lentitud (más de 2 segundos)	El pliegue se deshace con lentitud (más de 2 segundos)
Pulso	Normal	Rápido	Débil o ausente
Llenado capilar	< 2 segundos	3 a 5 segundos	> 5 segundos
Fontanela (lactantes)	Normal	Hundida	Hundida
Decida: Plan de tratamiento	Plan A	Plan B	Plan C

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud.

El plan A consiste en promover en los familiares la utilización del ABC del tratamiento, que corresponde a la alimentación constante, las bebidas abundantes y la consulta educativa. La OMS propone ofrecer 75 mL de la

fórmula en el caso de niños menores de un año, administrada a cucharadas después de cada evacuación.(18) El plan B consiste en la rehidratación por vía oral administrando 100 mL/kg de peso de esta fórmula en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas. Todo teniendo en cuenta que no se deben usar soluciones como bebidas gaseosas o jugos, porque contienen diversos solutos y en lugar de rehidratar al niño, incrementan el gasto fecal por el aumento de la secreción intestinal de líquido. El plan C se inicia en pacientes con deshidratación grave, administrando solución fisiológica por vía intravenosa durante aproximadamente tres horas. Sin embargo, es importante saber que para los padres de poblaciones vulnerables se hace más fácil la aplicación del plan A.(35)

La primera medida para tratar la enfermedad diarreica, es la Rehidratación donde la solución se absorbe en el intestino delgado y repone el agua y los electrolitos perdidos en las heces.(10)En segundo lugar los suplementos de zinc que reducen en un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces.(12)La tercera medida son los alimentos ricos en nutrientes, ésto teniendo en cuenta que el círculo vicioso de la malnutrición y la enfermedad diarreica puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos, incluida la leche materna, durante los episodios de diarrea y proporcionando una alimentación nutritiva aun en niños que se encuentran totalmente sanos.(18)Por último se recomienda consultar al médico para tratar la diarrea persistente, la diarrea con sangre o sangre en las heces.(10)

Con respecto a la alimentación durante y después del episodio diarreico, existe un consenso general sobre la necesidad del reinicio precoz de una alimentación normal, tras una breve fase de rehidratación, que permita una adecuada recuperación nutricional. (18) La presencia de nutrientes realiza un efecto trófico sobre el enterocito y la realimentación precoz conduce a una mayor ganancia de peso, no empeora ni prolonga la

diarrea, ni produce mayor incidencia de vómitos o intolerancia a la lactosa. La lactancia materna debe mantenerse sin restricciones, incluso a veces durante la fase de rehidratación rápida. Los niños que toman fórmula adaptada deben reanudarla normalmente, evitando ineficaces e hipocalóricas diluciones de la misma.(36) En los niños que realizan una alimentación variada debe mantenerse una dieta normal, evitando alimentos ricos en grasas y alimentos con alto contenido en azúcares simples, de elevada osmolaridad, son mejor tolerados los alimentos con hidratos de carbono complejos como el arroz, la polenta y otros cereales.(19)

La práctica de interrumpir la administración de alimentos durante más de 4 horas es incorrecta. Se recomienda continuar con la alimentación normal en los casos en los que no hay signos de deshidratación, y reintroducirla en cuanto se logre corregir la deshidratación moderada o severa, lo que habitualmente lleva unas 2- 4 horas, empleando TRO o rehidratación intravenosa.(10)

Entre las ventajas de la alimentación sostenida durante la diarrea, está la recuperación rápida de la fisiología alterada, incluyendo la absorción intestinal; así también, los episodios diarreicos se hacen más cortos y hay mayor ganancia de peso de los niños pre y post episodio diarreico.(27)

Es preferible brindar al niño, alimentos a los que esté habituado sin restricción. Es importante el uso de fórmulas lácteas hidrolizadas o elementales y alimentos específicos, pero en ningún caso se propone una dieta a las madres para que la preparen en el hogar.(18) Es insuficiente la información respecto al uso de dietas basadas en alimentos disponibles y que las madres acepten para alimentar a sus hijos durante la enfermedad, especialmente en el ámbito comunitario.(31) Por lo tanto, la OMS asegura que esta información es importante para poder adecuar las recomendaciones que debe hacer el personal de salud a las madres respecto a la alimentación de sus hijos durante la enfermedad, entre las

que se mencionan: no usar medicación innecesaria y prevenir la deshidratación con líquidos de mantenimiento con las sales de rehidratación oral.(37)

Los padres de familia son el principal agente de atención inicial en salud que actúan en el hogar, son quienes realizan el cuidado de los hijos haciendo uso de sus conocimientos adquiridos para ponerlo en práctica y demostrando una actitud positiva frente a su hijo ante la enfermedad que tenga. (38). Los conocimientos de las madres son ricos de experiencias que pasan de generación en generación y a la vez fortalecidos o corregidos por el personal de salud que busca la prevención de las enfermedades a través de la educación.(18)

La eficacia de la consulta de niños con diarrea para disminuir la mortalidad, depende de si los padres usan correctamente la terapia de hidratación oral y el resto de los componentes del manejo efectivo de casos en el hogar. Entonces se considera que si se piensa positivamente sobre lo que puede hacer para cuidar al niño, se tiene la posibilidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos y así contribuir a la salud y bienestar del niño enfermo.(34)

Uno de los principales problemas que se asocian con la mayor gravedad de las enfermedades en los niños menores de cinco años es la falta de conocimiento de los padres de los signos de peligro que indican cuando el niño se debe atender en una institución de salud. El retardo en la consulta de los niños con signos de peligro de enfermedad diarreica aguda puede provocar el deterioro del menor e incluso llevarlo a la muerte. Muchas veces los niños con diarrea aguda grave y deshidratación no se llevan oportunamente a un centro de atención, tratándolos en la casa y suministrándoles sólo líquidos caseros acompañados de antidiarreicos, antiespasmódicos o antibióticos, los cuales están contraindicados.(39)

Existen una variedad de factores que culminan en una influencia a nivel familiar, en la actitud y conducta de los cuidadores para prevenir o no la diarrea infantil. Entre éstos se destacan los factores económicos, socioculturales y de recursos que asociados a rasgos del ambiente que habita la población. Uno de los puntos a destacar es la educación, ésta puede mejorar la higiene, la nutrición y reducir los índices de morbilidad de la diarrea. También la promoción de conductas preventivas inherentes es una responsabilidad del personal de salud en cualquier entorno del cuidado de la misma, no obstante, en el caso de los niños el trabajo es indirecto por centrarse en la madre como generadora de autocuidado.(40)

Las prácticas higiénicas inadecuadas en los hogares están directamente relacionadas con la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, por existir entre las dos una relación directa. Se consideran aspectos como: Lavado de las manos antes de manipular alimentos; lavado de las manos luego de usar el servicio; lavado de frutas y vegetales con abundante agua; consumo de agua hervida; mantenimiento de la higiene del niño; vigilancia de la limpieza de los objetos que se lleva a la boca. (38)

La educación de la madre, es un factor muy importante que influye en la salud del niño de cinco maneras principalmente: conlleva una mejor combinación de los insumos relacionados con la búsqueda de la mejor salud de los niños; las madres más educadas son más eficientes en la producción de bienes para la salud de sus hijos, dada su restricción presupuestaria; puede generar cambios en sus preferencias, menos hijos, pero más sanos; implica un mayor ingreso para el hogar; y, por otro lado, al aumentar el costo de oportunidad de las madres de criar a sus hijos, puede tener un efecto adverso para la salud del niño. Diversos estudios mencionan que los mecanismos por los cuales la educación de las madres mejoran el desarrollo de los niños en países en desarrollo son: la educación formal enseña directamente a la madre conocimientos sobre la nutrición; las habilidades aprendidas en el sistema educativo formal

permiten a las futuras madres diagnosticar y tratar a sus hijos cuando tienen problemas de salud, por ejemplo obtener información de fuentes escritas; la educación formal de las madres las expone a la sociedad moderna y, por lo tanto, a la medicina moderna.(41)

Otra de los aspectos que cabe mencionar es la malnutrición, que no solo está asociada a hábitos alimentarios, sino también a la degradación y contaminación del suelo. Por tal razón, la OMS señala que la carga total de malnutrición es atribuible al ambiente en un 50%, sobre todo a causa de la falta de agua potable, higiene, infraestructura sanitaria y seguridad alimentaria deficientes que aumentan la aparición de diarreas y parasitosis afectando la nutrición infantil.(17)

El conocimiento por tanto es un proceso activo en el cual intervienen el pensamiento y la voluntad con el fin de lograr una respuesta del individuo especialmente en el cambio de conducta que permita enfrentar situaciones diferentes en el futuro. La práctica se relaciona con la capacidad de adquirir, utilizar los conocimientos determinados, la capacidad de comprender y aplicar los conocimientos y habilidades (41)

Independientemente del agente etiológico, los casos más leves de diarrea no disentérica que no presenten complicaciones - tanto en niños como en adultos - pueden manejarse en el domicilio utilizando SRO o líquidos, según corresponda. (4) Los padres o las personas a cargo de niños necesitan recibir instrucciones precisas que les permitan detectar los signos de deshidratación, para que sepan cuándo es preciso llevar al niño a una dependencia sanitaria para su tratamiento. La intervención precoz y la administración temprana de SRO reducen la deshidratación, la desnutrición y otras complicaciones, además de reducir el número de consultas a la clínica y tal vez también el número de internaciones y muertes.(6)

La automedicación es una medida segura en adultos sanos, porque alivia las molestias y la disfunción social. Aunque no existen evidencias de que prolongue la enfermedad, no es apropiada la automedicación en países en desarrollo donde son más frecuentes los tipos de diarrea que requieren intervenciones específicas, y donde tal vez no sean capaces de evaluar su enfermedad. (2)

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en Pasto.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente a la población objeto de estudio.
- Identificar el conocimiento de los padres acerca de la enfermedad diarreica aguda.
- Identificar la actitud de los padres que limita o facilita la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda.
- Identificar las prácticas más frecuentes de los padres para la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de naturaleza cuantitativa, es un estudio descriptivo de diseño transversal

5.2 POBLACIÓN

Corresponde a 121 padres de niños menores de 5 años que asisten al programa de atención a víctimas y se encontraban registrados en la oficina de orientación al momento de la encuesta

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1 Criterios de Inclusión:

- Padres que pertenecen al programa de atención a víctimas y asisten al punto de orientación
- Padres que acepten voluntariamente participar en el estudio
- Padres que tengan un niño de 5 años cumplidos o menos, y que haya presentado diarrea 2 semanas anteriores a la encuesta

5.3.2 Criterios de Exclusión:

- Padres con incompetencia mental que impida responder a la encuesta
- Encuestas que estén mal diligenciadas

5.4 VARIABLES

Ver anexo A

5.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó un cronograma de visitas al punto de atención a víctimas, previo aval de la coordinación del programa de atención víctimas donde se permitió que dos estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín realicen la aplicación de una encuesta disponiendo de un consentimiento informado a Padres de niños menores de 5 años que asisten al programa de atención a víctimas en los meses de enero a febrero del año 2016.

5.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue la encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), elaborada y diseñada por la OPS/OMS, la cual se ajustó de acuerdo al tema de investigación. La encuesta incluyó datos sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas de la población. La aplicación de la misma se desarrolló en el programa de atención a víctimas de la Alcaldía de Pasto con los padres que desearon participar mediante su autorización con el consentimiento informado. (Ver Anexo B)

5.7 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Este estudio se basó en el diligenciamiento del instrumento, donde se incluyeron las variables previamente clasificadas, posteriormente se realizó la base de datos utilizando el programa Microsoft Excel, para el análisis estadístico se utilizó el programa Statgraphics, y obteniendo los resultados se realizó análisis descriptivo Univariado y Bivariado. Tanto para el análisis Univariado como Bivariado se utilizó técnicas numéricas tales como medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (rango, varianza, dispersión, desviación estándar,

y percentiles), además se realizó la interpretación gráfica utilizando histogramas, diagrama de barras, diagrama de sectores, y se utilizó también la prueba de Chi cuadrado para determinar cruces estadísticamente significativos.

5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio no es experimental, por lo tanto las personas que participaron en éste no corrieron ningún tipo de riesgo, ya que la investigación se basó en la aplicación de una encuesta y por lo tanto el riesgo fue mínimo, pues no hubo interferencia física con el equilibrio social, cultural, familiar y ambiental.

Se cumplió con el principio de reserva de información, el cual exige la reserva de datos que se encuentran registrados en la encuesta, la información que se obtuvo solo se utilizó para fines de la investigación garantizando la mayor confidencialidad y discreción de los datos obtenidos.

El desarrollo de éste proyecto se soporta teniendo en cuenta los principios de beneficencia, autonomía y justicia con base en el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

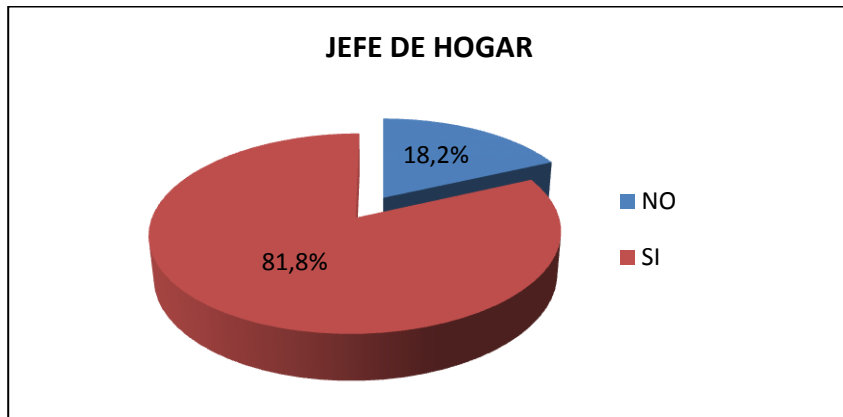
Los padres firmaron el respectivo consentimiento informado autorizando su propia participación en el estudio.

6. RESULTADOS

6.1 ANALISIS UNIVARIADO

Para el cumplimiento del objetivo específico # 1: “Caracterizar sociodemográficamente a la población objeto de estudio”.

Grafico 1. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según jefe de hogar.

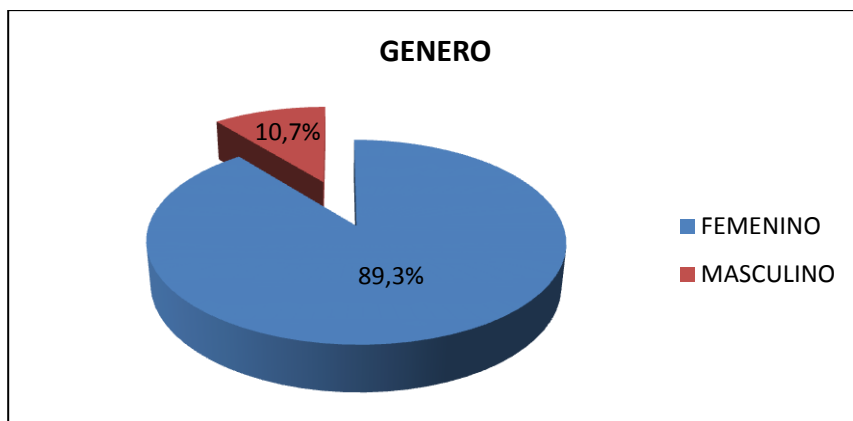


Fuente: Presente investigación

N=121

El 81,8% de los padres de niños menores de 5 años encuestados fueron jefes de hogar y el 18,2% no fueron jefes de hogar

Grafico 2. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según género.

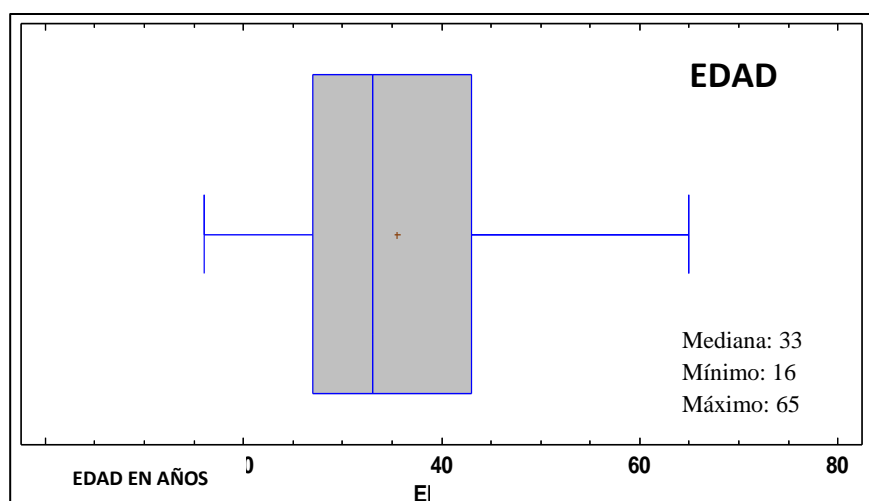


Fuente: Presente investigación

N=121

El 89,3% de los padres encuestados correspondieron al género femenino y el 10,7% fueron de género masculino.

Grafico 3. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según edad

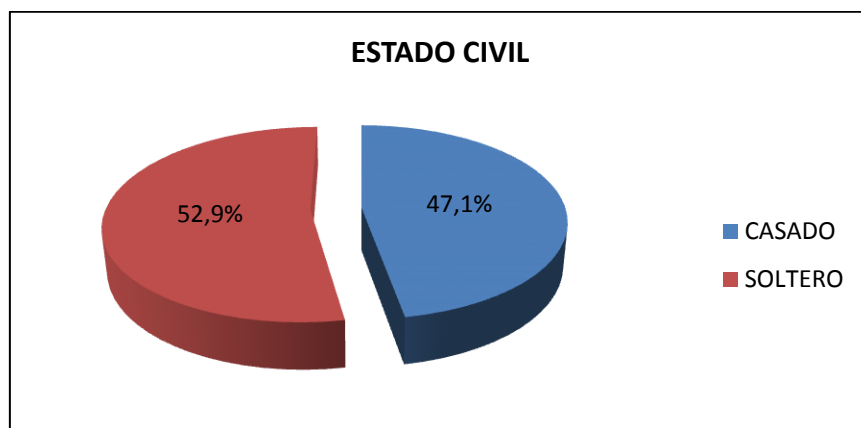


Fuente: Presente investigación

N=121

La edad de los padres encuestados oscila entre un valor mínimo de 16 y un valor máximo de 65 años, con el 50% de los encuestados que tienen 33 años o menos, encontrándose entre adultos jóvenes y adultos mayores

Grafico 4. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según estado civil.

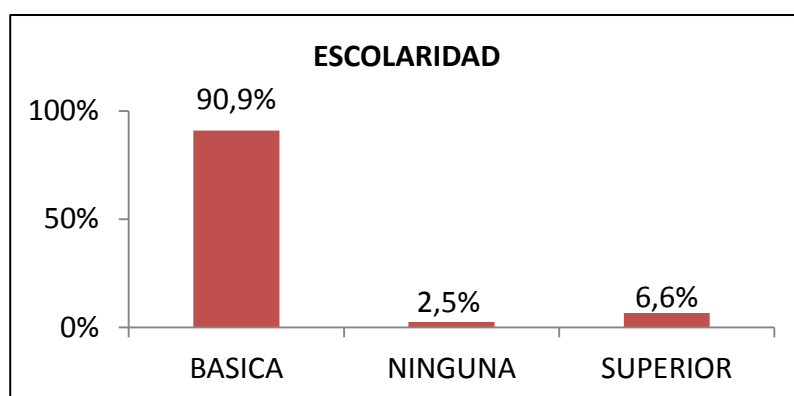


Fuente: Presente investigación

N=121

El 52,9% de las personas encuestadas correspondieron a un estado civil casado y el 47,1% a un estado civil soltero

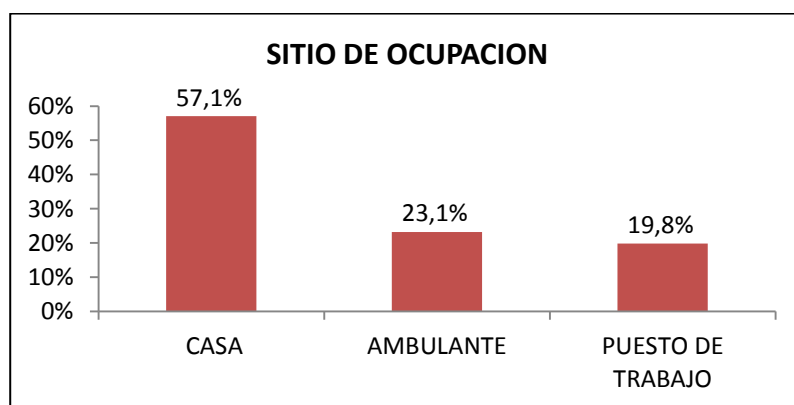
Grafico 5. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según escolaridad



Fuente: Presente investigación N=121

El 90,9% de los padres encuestados tuvieron una categorización de escolaridad básica: primaria y/o secundaria, el 6,6% tuvieron una categorización de escolaridad superior: técnica y/o universitaria y el 2,5% no presentaron ninguna escolaridad.

Grafico 6. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según sitio de ocupación



Fuente: Presente investigación N=121

El sitio de ocupación para los padres encuestados fue en un 57,1% la casa, para el 23,1% fue un sitio ambulante y para el 19,8% fue un puesto de trabajo fijo. Lo cual mostró que la mayor parte de encuestados fueron mujeres

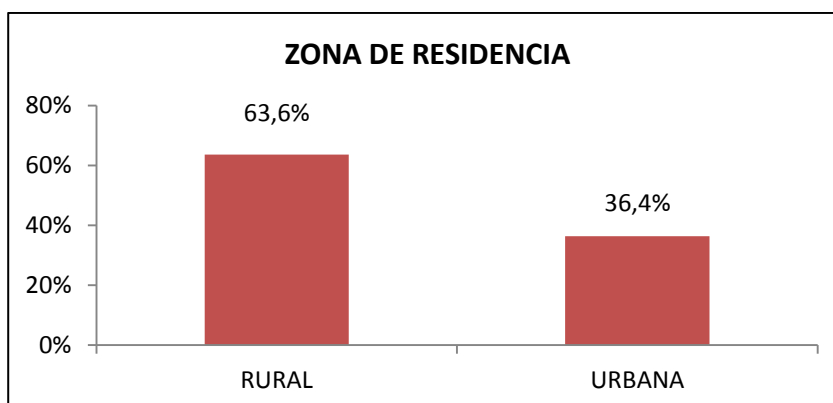
Grafico 7. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según seguridad social



Fuente: Presente investigación N=121

El 95,0% de los encuestados tuvieron régimen de seguridad social subsidiada y el 5,0% un régimen contributivo

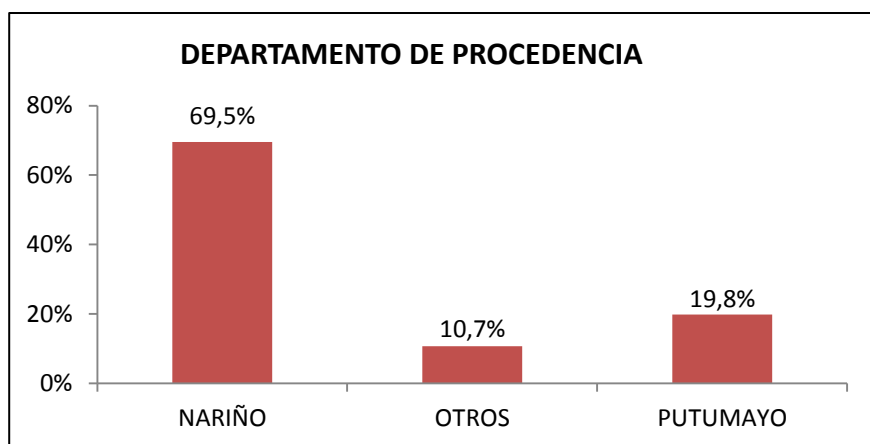
Grafico 8. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según zona de residencia



Fuente: Presente investigación N=121

El 63,6% de los padres que fueron encuestados, venían de zona de residencia rural y el 36,4% venían de zona urbana

Grafico 9. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según departamento de procedencia.

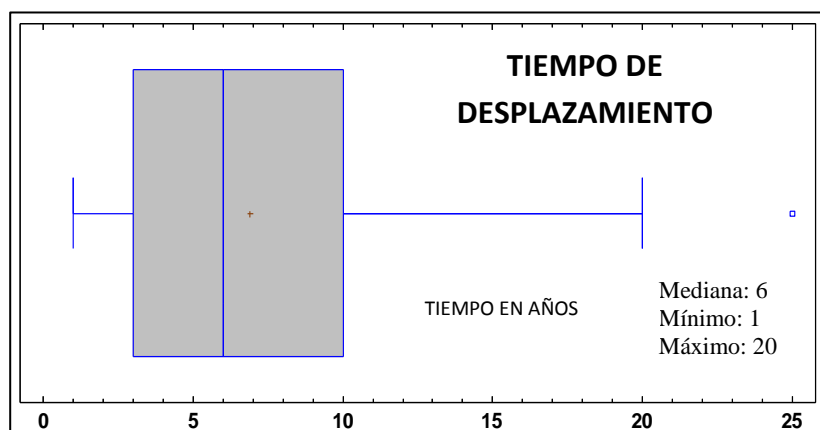


Fuente: Presente investigación.

N=121

El departamento de procedencia de los padres encuestados que más se presentó fue Nariño con 69,5%, el Putumayo con 19,8% y otros departamentos con 10,7%.

Grafico 10. Distribución de la población de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según tiempo en condición de desplazamiento



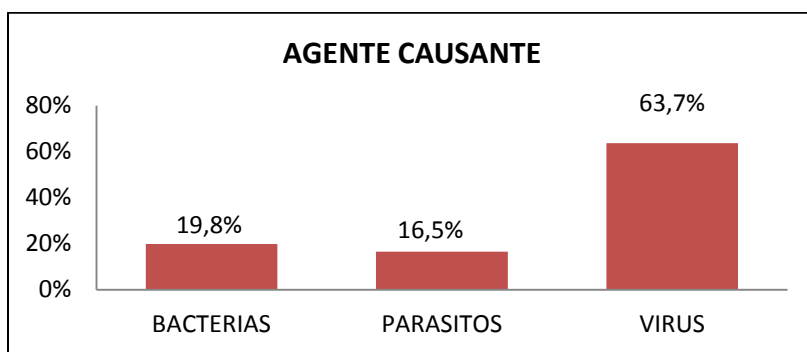
Fuente: Presente investigación

N=121

El tiempo en condición de desplazamiento de los padres tuvo una mediana de 6 años con un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 25

Para el cumplimiento del objetivo específico # 2: “Identificar el conocimiento de los Padres acerca de la enfermedad diarreica aguda”

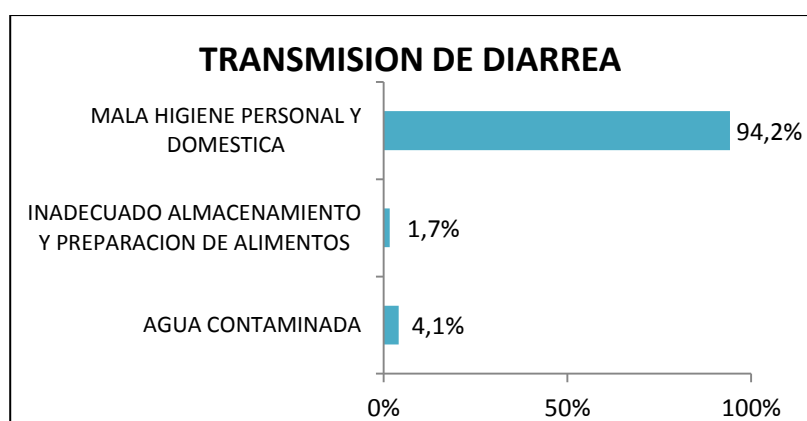
Grafico 11. Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según principal agente causante de diarrea



Fuente: Presente investigación **N=121**

De acuerdo al conocimiento de los padres, el principal agente causante de diarrea en porcentaje de 63,7% son los virus, el 19,8% son bacterias y el 16,5% son parásitos, que indica un conocimiento adecuado de acuerdo a la distribución de los mismos

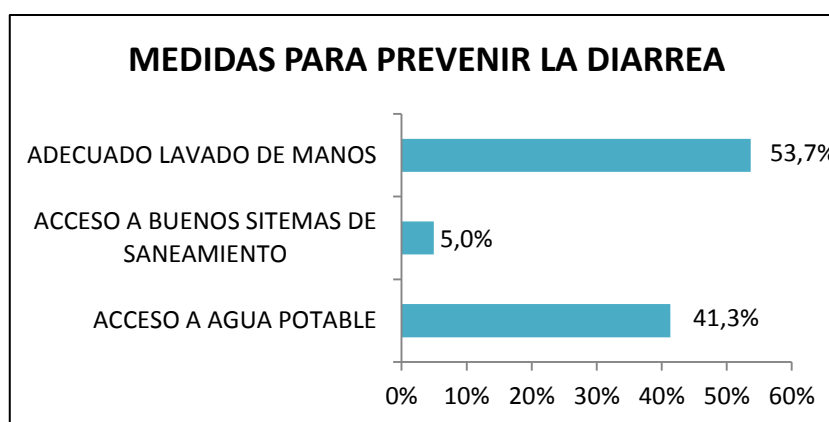
Grafico 12. Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según condición ambiental que favorece la transmisión de diarrea.



Fuente: Presente investigación **N=121**

La transmisión de diarrea por la mala higiene personal y doméstica según el conocimiento de los padres se presenta en un 94,2%, por el agua contaminada en un 4,1% y por el inadecuado almacenamiento y preparación de alimentos en un 1,7%, que muestra aún una falta de conocimiento, ya que del abastecimiento de agua potable depende la higiene

Grafico 13. Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según principal medida ambiental para prevenir la diarrea.

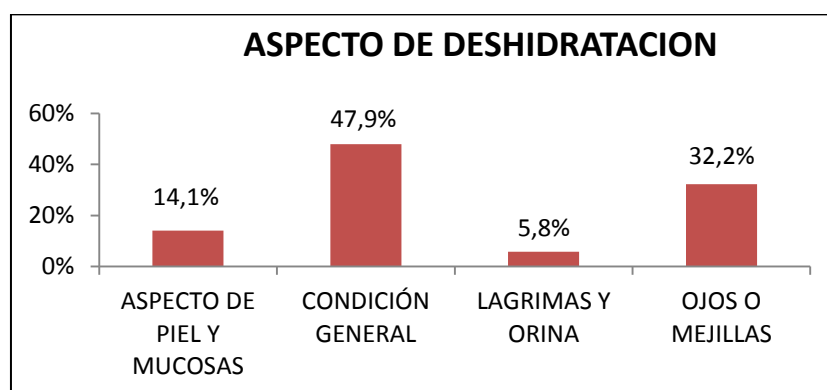


Fuente: Presente investigación

N=121

La principal medida para prevenir la aparición de diarrea según el conocimiento de los padres es el acceso al agua potable en el 53,7%, el adecuado lavado de manos en el 41,3% y el acceso a buenos sistemas de saneamiento en el 5%, lo cual indica un adecuado conocimiento con el porcentaje más alto

Grafico 14. Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según aspecto de deshidratación.

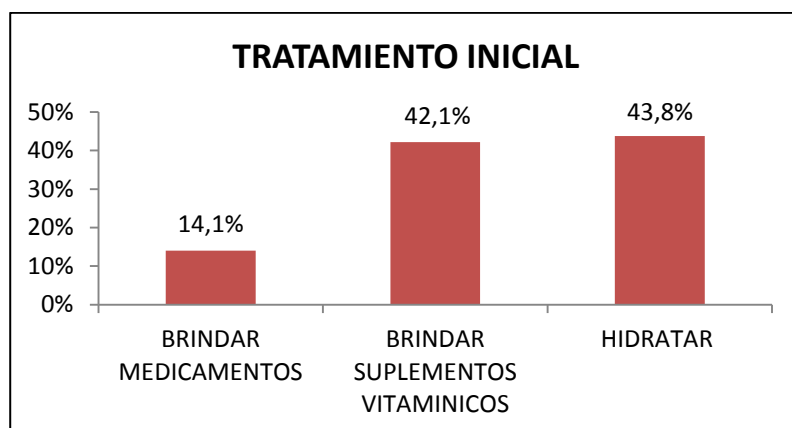


Fuente: Presente investigación

N=121

Según el conocimiento de los padres, los signos mediante los que más se percibe el aspecto de deshidratación en el niño son las condiciones generales en el 47,9%, seguido del aspecto de ojos y mejillas en el 32,2%, el aspecto de la piel y de mucosas en el 14,1%, y en un 5,8% la ausencia de lágrimas o disminución de la orina

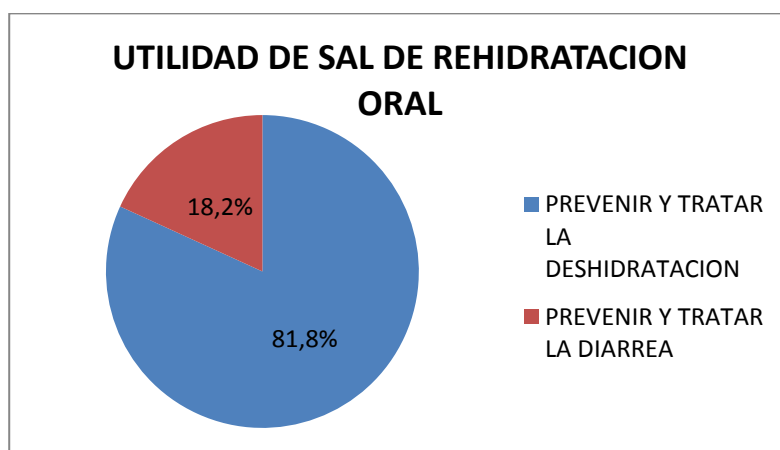
Grafico 15. Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según el tratamiento inicial.



Fuente: Presente investigación N=121

El tratamiento ideal para los niños con diarrea inicialmente según los padres es hidratar y alimentar en el 43,8%, brindar suplementos vitamínicos en el 42,1% y brindar medicamentos en el 14,1%, que indica falta de conocimiento, pues la automedicación no es lo correcto

Grafico 16. Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según utilidad que tiene una sal de rehidratación oral

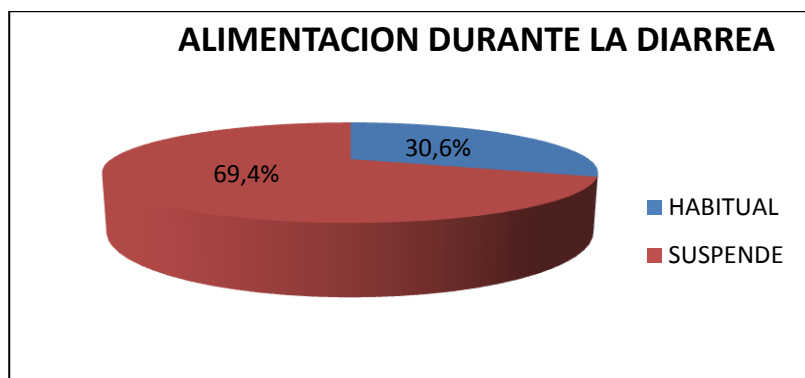


Fuente: Presente investigación N=121

El conocimiento que tuvieron los padres acerca de la principal utilidad que tiene una sal de rehidratación oral es de prevenir y tratar la deshidratación en un 81,8% y de prevenir y tratar la diarrea en un 18,2%, a lo que se dice que aún el conocimiento esta erróneo

Para el cumplimiento del objetivo específico # 3: “Identificar la actitud de los Padres que limita o facilita la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda”

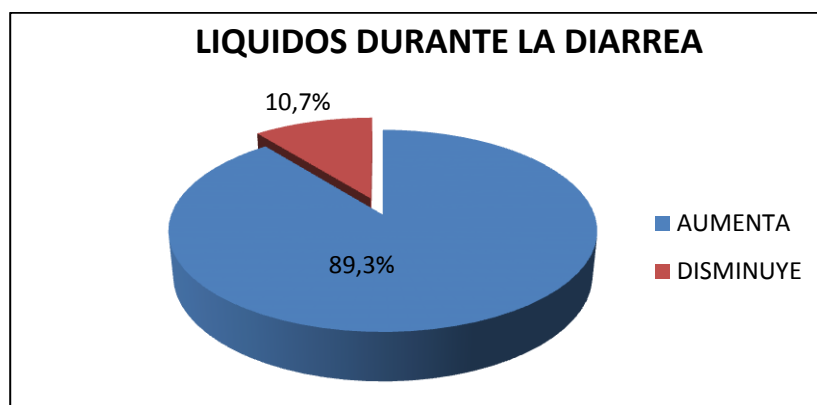
Grafico 17. Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según alimentación cuando el niño está con diarrea.



Fuente: Presente investigación N=121

El 69,4% de los padres cuidadores deciden suspender la alimentación al niño durante la presentación de diarrea, y el 30,6% deciden continuar con la alimentación habitual. Suspender es una actitud inadecuada, pues se pone al niño en riesgo de desnutrición sumado a la deshidratación inicial

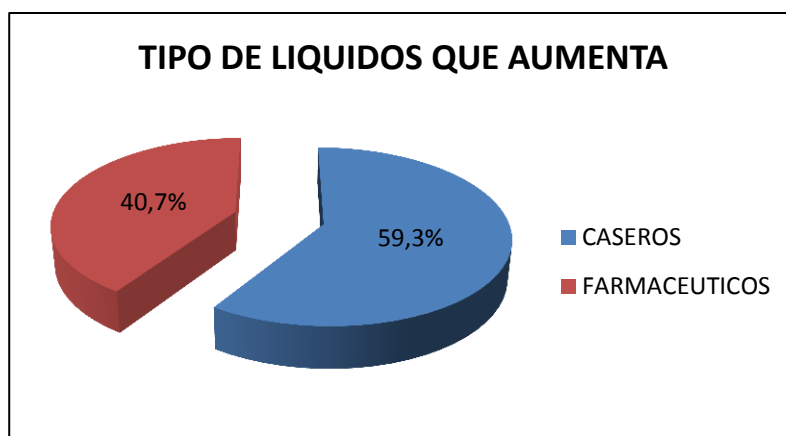
Grafico 18. Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según líquidos administrados cuando el niño está con diarrea.



Fuente: Presente investigación N=121

El 89,3% de los padres cuidadores deciden aumentar líquidos en el niño durante la presentación de diarrea y el 10,7% deciden disminuir su administración, por lo que aún no hay una actitud adecuada completamente

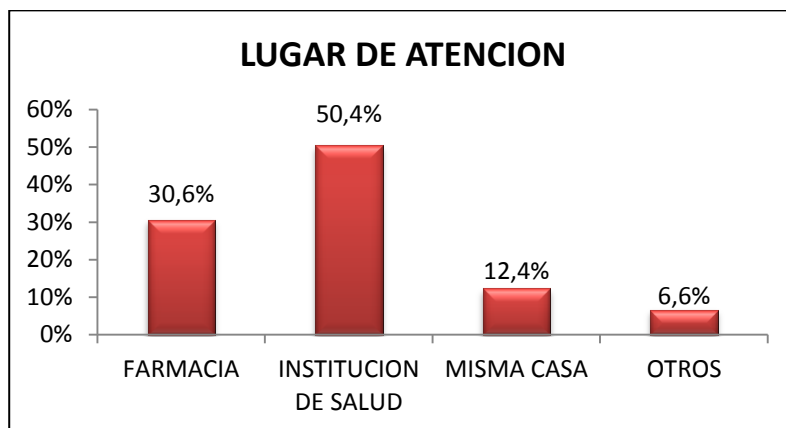
Grafico 19. Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según el tipo de líquido que aumenta.



Fuente: Presente investigación N=108

De los padres encuestados que deciden aumentar líquidos, en el 59,3% son de tipo casero: preparaciones con frutas, verduras o cereales y un 40,7% de tipo farmacéutico, lo que muestra que aunque son actitudes adecuadas, es preferible conocer acerca de la preparación de bebidas caseras

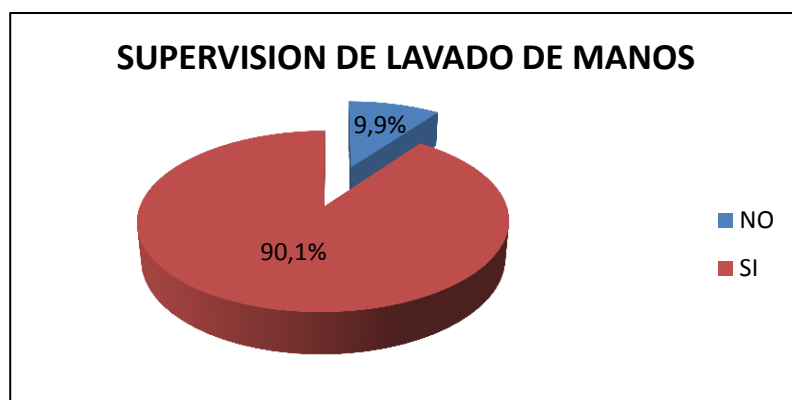
Grafico 20. Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según lugar de atención en diarrea persistente.



Fuente: Presente investigación N=121

El 50,4% de los padres cuidadores deciden llevar al niño a una institución de salud cuando la diarrea persiste, en un 30,6% a la farmacia, el 12,4% deciden tratar en la misma casa y un 6,6% deciden llevarlo otros sitios, lo que muestra que aún existen actitudes no adecuadas

Grafico 21. Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según supervisión de lavado de manos del niño

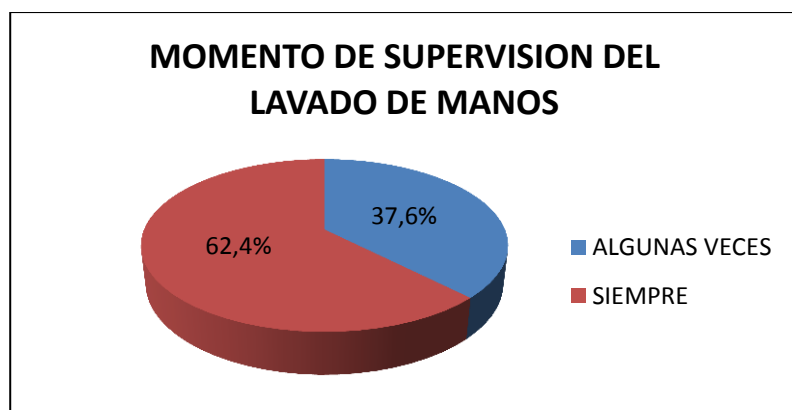


Fuente: Presente investigación

N=121

De los padres encuestados el 90,1% deciden supervisar el lavado de manos del niño, mientras que el 9,9% deciden no supervisar el lavado de manos, éste último porcentaje indica una mala actitud, pues a la edad del niño debe ser supervisado

Grafico 22. Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según momento de supervisión del lavado de manos.



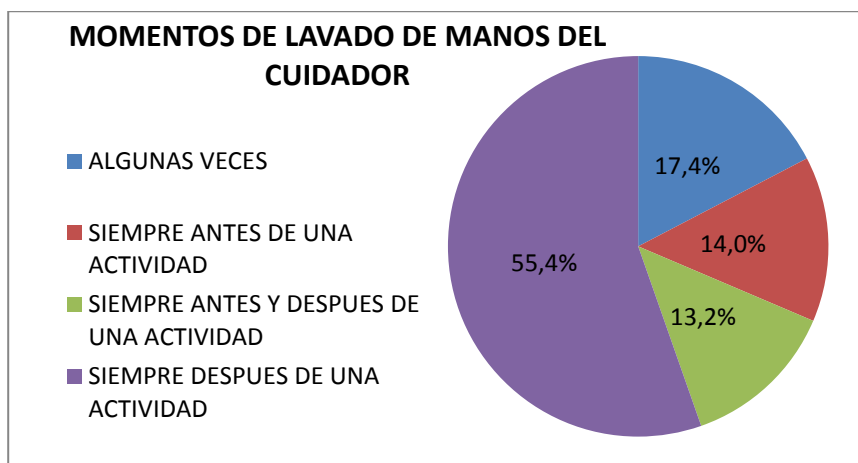
Fuente: Presente investigación

N=109

El 62,4% de los padres deciden supervisar el lavado de manos del niño siempre antes y después de cada actividad y el 37,6% solo algunas veces, lo cual indica una mala actitud, pues debe hacerse siempre

Para el cumplimiento del objetivo específico # 4: “Identificar las prácticas más frecuentes de los Padres para la prevención y manejo de la enfermedad diarreica aguda”

Grafico 23. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según momentos de lavado de manos del cuidador

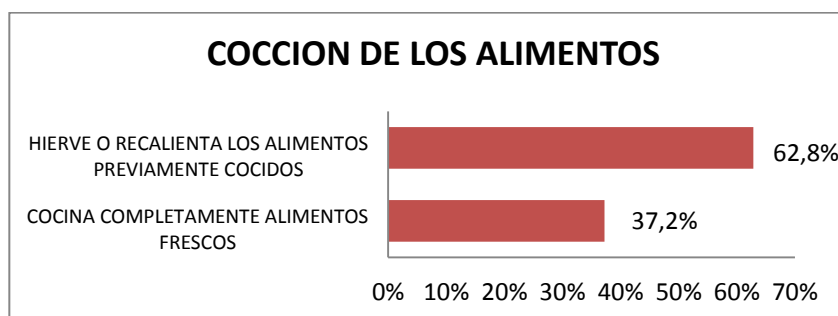


Fuente: Presente investigación

N=121

De los padres encuestados el 55,4% realizan lavado de manos siempre después de cualquier actividad, el 17,4% de los padres solo algunas veces, el 14,0% realizan el lavado siempre antes de una actividad, y en un porcentaje menor de 13,2% lo hacen siempre antes y después de una actividad.

Grafico 24. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según cocción de los alimentos

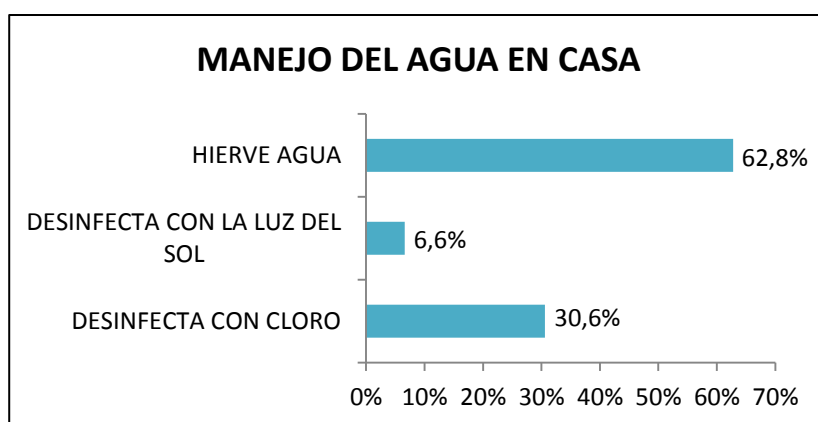


Fuente: Presente investigación

N=121

De los padres encuestados, el 62,8% de ellos hierven o recalientan los alimentos previamente cocidos al inicio del día y el 37.2% siempre cocinan completamente alimentos frescos, que muestra en un mayor porcentaje una práctica inadecuada que se debe mejorar

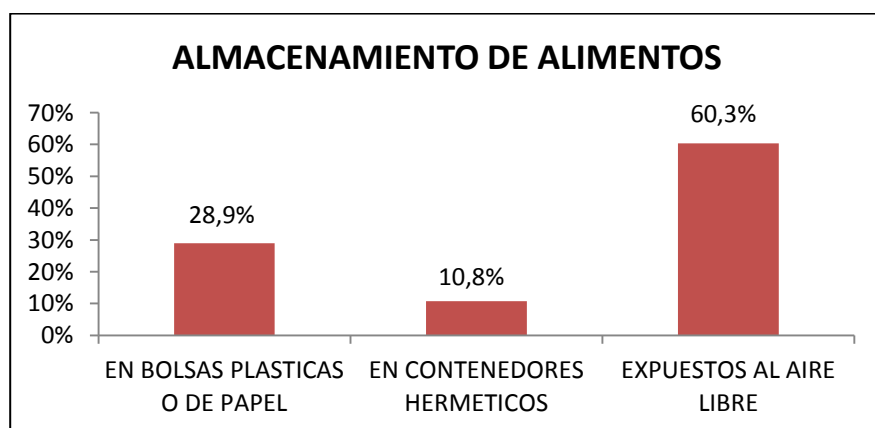
Grafico 25. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según manejo del agua en casa



Fuente: Presente investigación N=121

De los padres encuestados, el 62,8% dan manejo al agua en casa hirviéndola, el 30,6% desinfectándola con cloro y el 6,6% solo exponiéndola al sol, lo cual muestra que aún se debe mejorar dicha practica

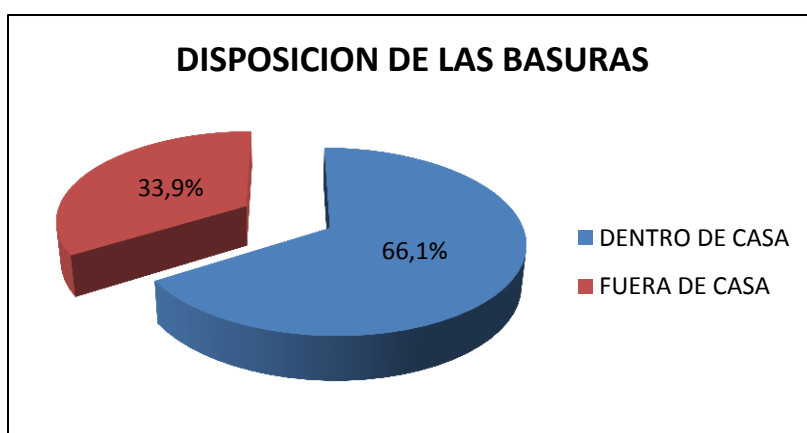
Grafico 26. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según forma de almacenamiento a temperatura ambiente de los alimentos



Fuente: Presente investigación N=121

El almacenamiento de alimentos a temperatura ambiente, la mayoría de los padres lo realiza con exposición al aire libre en un 60,3%, en bolsas plásticas en un 28,9% y en contenedores herméticos en un 10,8%, lo que indica que en un mayor porcentaje tienen una práctica errónea

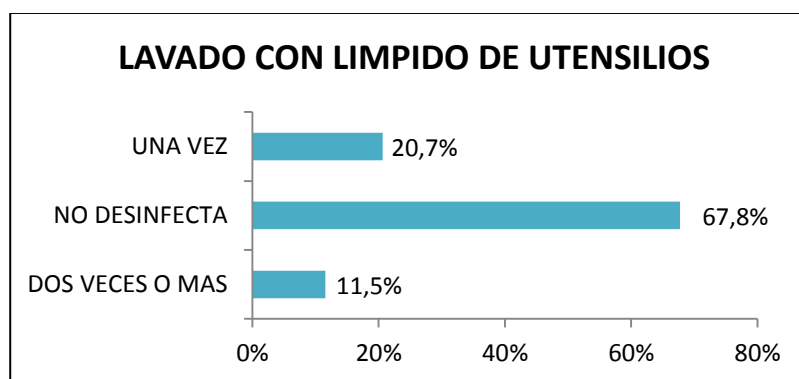
Grafico 27. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según disposición de las basuras



Fuente: Presente investigación N=121

De los padres que fueron encuestados el 66,1% realiza la disposición de basuras dentro de la casa y el 33,9% la realiza fuera de la casa, la cual es una práctica importante para evitar la proliferación de gérmenes.

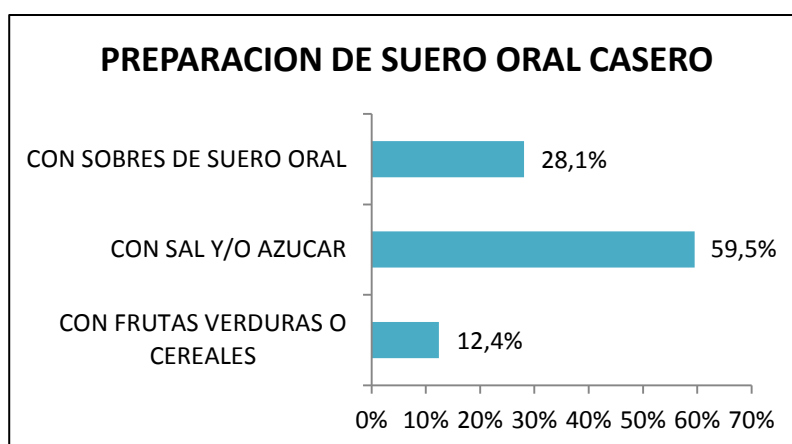
Grafico 28. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según veces por semana que lava con límpido los utensilios de cocina



Fuente: Presente investigación N=121

De los padres encuestados, hay un porcentaje del 67,8% que no desinfectan los utensilios de cocina, seguido de un 20,7% que desinfectan los utensilios al menos una vez a la semana y finalmente un 11,5% de padres que desinfectan los utensilios más de dos veces a la semana, a lo cual se habla en un mayor porcentaje de una práctica inadecuada

Grafico 29. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según forma de preparación de suero oral casero



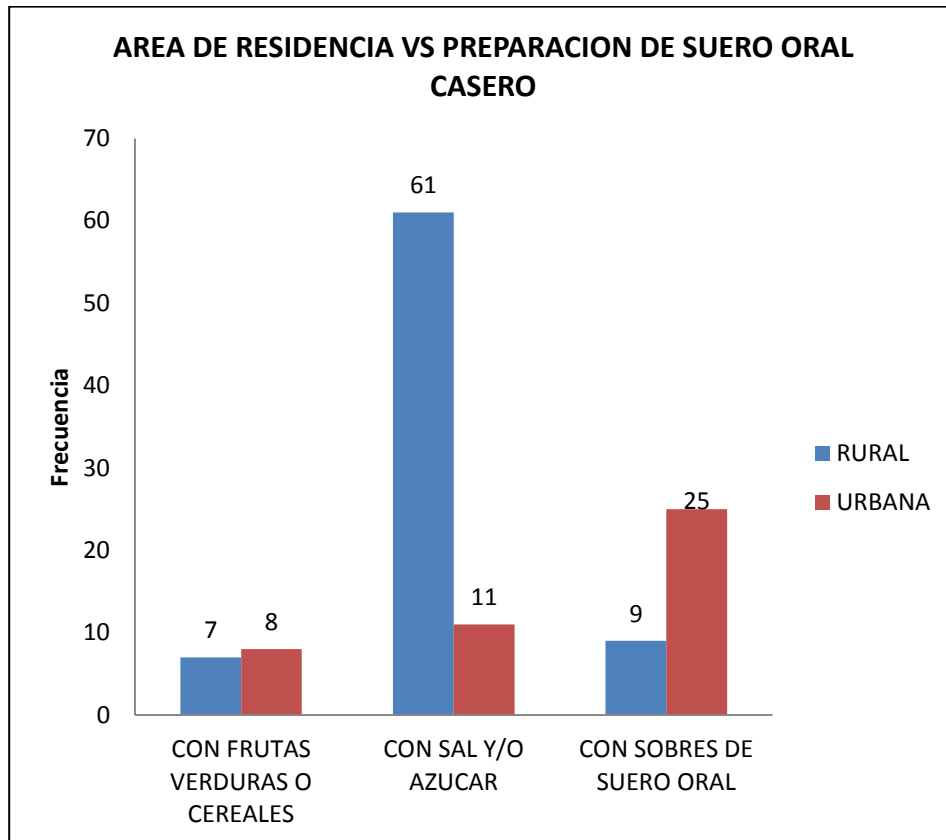
Fuente: Presente investigación

N=121

El 59,5% de los padres que fueron encuestados preparan sales de rehidratación oral con sal y/o azúcar disueltas en agua hervida, el 28,1% con sobres de suero oral y solo el 12,4% de ellos lo hicieron con frutas, verduras o cereales. Aunque son prácticas adecuadas tiene mayor beneficio prepararlas con alimentos

6.2 ANALISIS BIVARIADO

Grafico 30. Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a diarrea según área de residencia versus preparación de suero oral casero



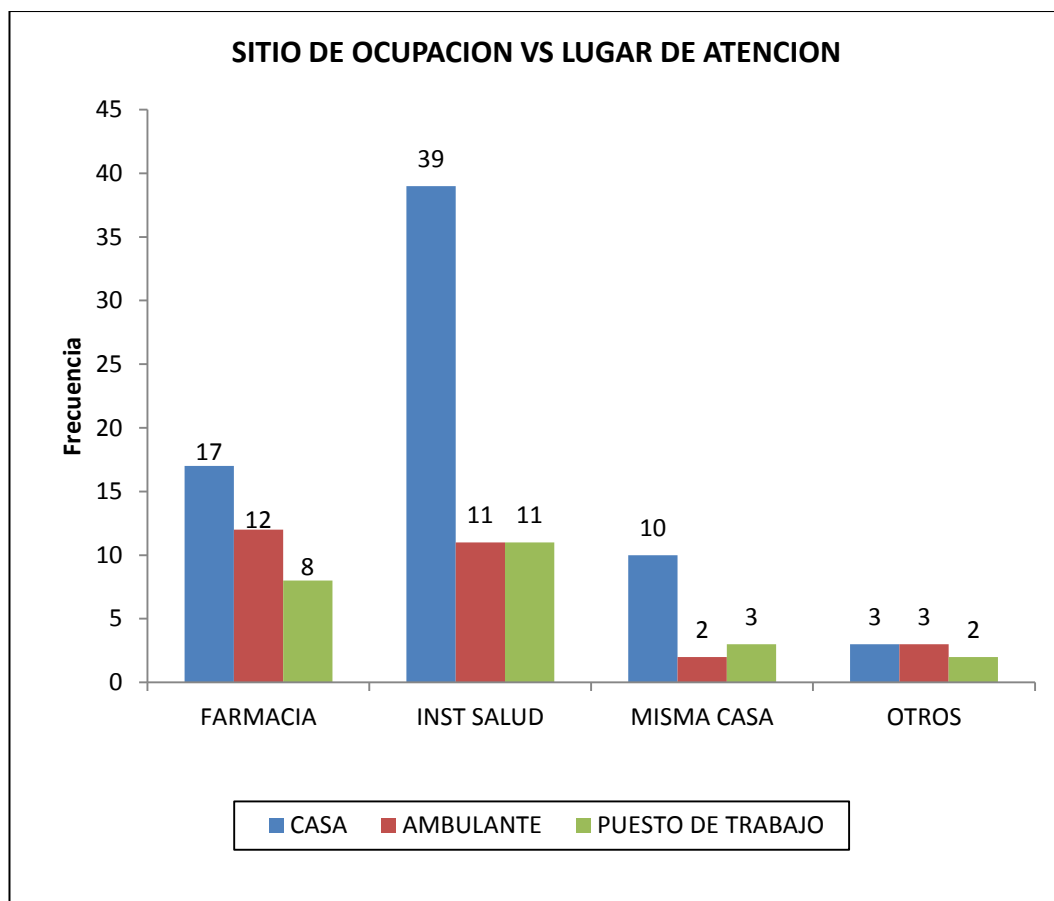
CHI CUADRADO DE PEARSON	VALOR P
35,996	0,000

Fuente: Presente investigación

En la gráfica se puede observar que 72 padres preparan suero oral casero utilizando sal y/o azúcar, y de ellos 61 corresponden a zona de residencia rural. Además 34 padres preparan con sobres de suero oral y de ellos 25 vienen de zona urbana

En lo relacionado al valor de P se habla de que son dos variables que están directamente relacionadas, es decir que si depende la preparación de sales de rehidratación oral del área de residencia.

Grafico 31. Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a diarrea según sitio de ocupación vs lugar de atención



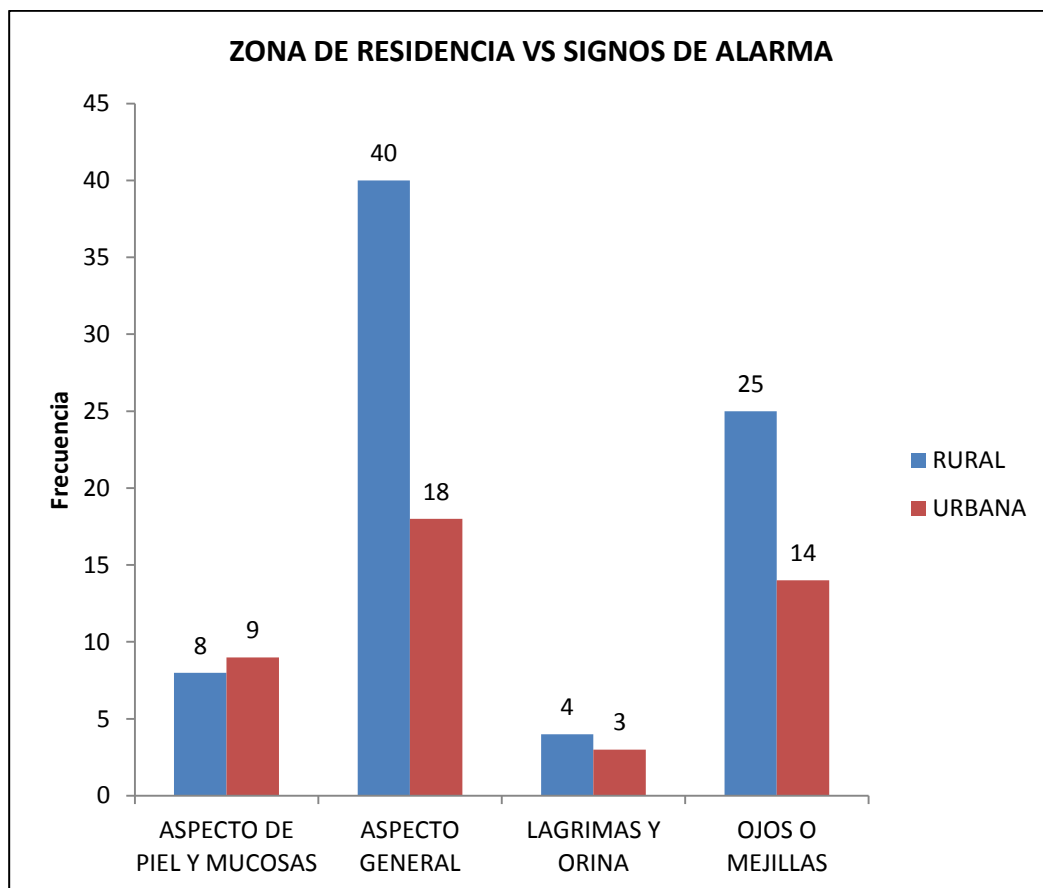
CHI CUADRADO DE PEARSON	VALOR P
5,758	0,451

Fuente: Presente investigación

En la gráfica se puede observar que 61 padres asisten inicialmente a una institución de salud cuando el niño presenta un episodio de diarrea aguda, de ellos 39 desempeñan labores del hogar, 11 desarrollan actividades ambulantes y 11 tienen puesto fijo de trabajo. El segundo lugar al que asisten es la farmacia, asistiendo más los que permanecen en casa

De acuerdo al valor de P son variables totalmente independientes. La atención inicial no depende del sitio de ocupación.

Grafico 32. Distribución del conocimiento de padres del programa de atención a víctimas frente a diarrea según zona de residencia vs signos de alarma



CHI CUADRADO DE PEARSON	VALOR P
2,862a	0,413

Fuente: Presente investigación

En la gráfica se puede observar que 58 padres detectan el estado de deshidratación en el niño mediante el aspecto general que incluye dolor abdominal, deposiciones frecuentes, vomito, fiebre, sed, somnolencia o irritabilidad, de ellos la mayor parte corresponden a padres provenientes de zona rural.

De acuerdo al valor de P son variables totalmente independientes. El reconocer los signos de alarma no depende del área de residencia.

7. DISCUSION

Los resultados del presente estudio muestran diversos aspectos que caracterizan a los padres del programa de atención a víctimas, quienes ejercen cuidado en el niño, lo cual permite establecer ciertas asociaciones con la enfermedad, dejando ver que sociodemográficamente el género mayormente involucrado corresponde al 89,3% del género femenino, en comparación con otros estudios realizados, como el de Pertoz Meza (Santa Marta) en donde se encontró que el 55,9% de los participantes eran de género femenino,⁶ así como en el estudio de Arzuzar Rodelo y Cols (Cartagena de Indias) donde los cuidadores corresponden a madres en el 72,73%.¹¹

En cuanto a la edad de los encuestados para este estudio se encuentra que la edad mínima es de 16 años que tiene similitud con la edad mínima encontrada en estudios como el de J. Alarco y cols (Perú), quienes detectaron una edad mínima de 15 años,⁴³ lo cual tiene mayor asociación con los episodios de diarrea aguda.

Además, también se encontró en este estudio que la educación básica de los padres es del 90,9%, la educación superior 6,6% y para quienes no tienen ningún nivel educativo 2,5%. Para lo que se afirma que hay un mejor grado de instrucción con respecto a otros estudios como el realizado por Ocampo Montero (Argentina), donde la escolaridad básica tiene el 97% de los casos, la superior el 2% y sin ninguna escolaridad el 1%.¹⁸

En lo relacionado al sitio de ocupación éste estudio muestra que más de la mitad de los padres con el 57,1% trabajan en casa desempeñando oficios dentro del hogar, igualmente son quienes con mayor frecuencia llevan al niño a una institución de salud ($p=0,451$). En el estudio de Lapeira y Acosta (Colombia) aunque asemeja la ocupación en un 57%

son quienes menos llevan a tiempo a los niños a una institución de salud, a pesar de que permanecen siempre al cuidado del niño.²¹

Como etiología de la diarrea según el agente causante, en éste estudio se establecen principalmente los virus relacionados en gran medida con la mala higiene personal y doméstica, mencionado igualmente en el estudio hecho por Jimenez y cols (Colombia),⁴⁴ lo cual difiere de otros estudios donde la causa de diarrea es de predominio bacteriano¹¹, o de origen parasitario en el 50% de los casos que además se suman a la falta de higiene⁴³.

Los signos de deshidratación más conocidos por los padres de zona rural y urbana en el presente estudio fueron los relacionados con el aspecto general, que abarca dolor abdominal, deposiciones frecuentes, vomito, fiebre, somnolencia, irritabilidad y sed excesiva ($p=0,413$), relacionado además con estudios como el de Ferreira Guerrero (México), donde las evacuaciones frecuentes fueron el principal signo de alarma tanto en área urbana como rural¹⁹. Por el contrario hay estudios que mencionan los ojos hundidos principalmente²¹ y otros solo la sed⁴³

En lo relacionado al tratamiento inicial se muestra en ésta investigación que la hidratación con sales de rehidratación oral (SRO) se realiza en un 43,8% en la mayoría con líquidos de tipo casero, por otra parte Díaz y cols (Cartagena) en su estudio mencionan que se emplean medidas caseras de preparación con frutas⁴⁵ y otras con cereales⁴⁴, al igual que lo mencionado en el estudio realizado por Chávez Conde (Perú).¹⁰ Por otra parte, aún persiste el suministro de medicamentos en el tratamiento inicial⁴³ al igual que en el presente estudio.

Por otra parte, se menciona en ésta investigación que hay madres que lactan de manera habitual al niño cuando presenta un episodio de diarrea pero suspenden la alimentación en los niños mayores, sin embargo hay estudios donde aunque no suspenden ningún tipo de alimento y ofrecen la

misma cantidad de sólidos,¹⁰ persiste la creencia de que se debe suspender la leche materna.^{21, 43}

Se refiere que el 98% de la población encuestada en un estudio ya mencionado, hace manejo intradomiciliario del agua para consumo diario hirviéndola, lo cual difiere de las cifras encontradas en el presente estudio con la misma practica en el 62,8%, que son cifras preocupantes debido es una medida efectiva y de bajo costo para evitar que los gérmenes se propaguen por la misma.⁶

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se determinaron las características sociodemográficas, a lo cual se puede concluir que como se esperaba los cuidadores en su mayoría son jefes de hogar de género femenino que se encuentran entre edades de 16 y 65 años. En lo referente al estado civil se destacan los cuidadores que conviven sin pareja. El nivel de escolaridad de la mayoría corresponde al nivel básico lo cual puede influir positiva o negativamente en la ejecución de prácticas de acuerdo a los conocimientos adquiridos. Se observa también que más de la mitad de los padres tienen su casa como lugar de trabajo, por lo que se puede afirmar que desempeñan labores del hogar independientemente del género. Esta población en gran medida pertenece al régimen subsidiado, por pertenecer a estratos bajos debido a su proceso migratorio y vinculación al programa. El departamento de procedencia que más se registra es Nariño y con él las zonas rurales, con un tiempo máximo en condición de desplazamiento de 25 años.

Según el estudio realizado acerca del conocimiento de los padres se concluye que el agente causante más conocido en la mayoría de los casos de diarrea son los virus, transmitidos por mala higiene personal y doméstica en gran parte. De las medidas conocidas para prevenir la diarrea la que más se menciona es el adecuado lavado de manos, en cuanto a los signos de deshidratación reconocidos por los padres, las condiciones generales como dolor abdominal, deposiciones frecuentes, vomito, sed excesiva, somnolencia o irritabilidad representan el mayor porcentaje. En lo relacionado al tratamiento inicial hidratar es la prioridad según lo referido por los padres y con ello prevenir y tratar la deshidratación. Entonces se muestra que más del 80% de los padres tienen conocimiento acerca de la enfermedad, sin embargo existe un bajo porcentaje que no conoce en lo referente al tratamiento inicial, así como de la utilidad de las sales de rehidratación oral (SRO).

En lo relacionado con la posición que toman los padres frente a la diarrea aguda se destaca que para la hidratación del niño, la mayoría piensa en medidas como el aumento de líquidos de tipo casero, y el traslado pronto y directo del niño a una institución de salud cuando el cuadro lo amerita. Además, la mayoría supervisa siempre en cada actividad el lavado de manos del niño. Pese a esto se concluye que hay comportamientos no adecuados, de los que se destaca el 69,4% donde los padres piensan en suspender la alimentación durante el episodio de diarrea, lo cual interfiere negativamente en el cuidado del niño.

Finalmente con respecto a las prácticas que los padres refieren llevar a cabo, la ejecución del lavado de manos siempre lo hacen después de una actividad en la mayoría. De acuerdo a la cocción, ésta la realizan de manera repetitiva con alimentos que han sido preparados con anterioridad, además almacenan los alimentos no preparados con exposición al aire libre. La disposición de basuras un gran porcentaje la realiza dentro de la casa, exponiendo a los niños al contacto directo con microorganismos, esto sumado a que hay un porcentaje grande de padres que no lava con límpido los utensilios ningún vez a la semana. Por otra parte, la preparación de suero oral casero es preferida con sal y/o azúcar en la mayoría, al igual que el suministro de agua hervida. Por lo que se concluye que la mayoría de padres refieren prácticas que no son adecuadas o que las realizan de manera incorrecta.

RECOMENDACIONES

Para fin de obtener un efecto benéfico en la salud del niño con respecto a enfermedades infecciosas, se recomienda continuar realizando estudios acerca de los factores que se encuentran mayormente asociados a enfermedad diarreica aguda (EDA).

Académicamente se recomienda promover la investigación con el fin de transmitir conocimientos enfocados a la prevención con métodos de bajo costo que permitan disminuir el riesgo en esta población.

Además se recomienda crear dentro de la institución espacios para la capacitación continua presencial o a distancia de los padres a partir de guías actuales que tengan un efecto positivo en el manejo inicial del niño antes de ser llevado a una institución de salud.

Se recomienda realizar jornadas de promoción y prevención dentro de la institución, acerca de enfermedades que son fácilmente prevenibles y tratables como la EDA, reforzando el conocimiento dentro de las familias, como también adecuando y promoviendo medidas prácticas y de bajo costo que evitan que el niño enferme de manera grave.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva.330. Abril 2013
2. Guia Practica de la Organizacion Mundial de Gastroenterologia: Diarrea Aguda. Marzo 2008.
3. Guia Practica de la Organizacion Mundial de Gastroenterologia: Diarrea Aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Febrero 2012
4. Díaz Mora José Javier, Echezuria M Luis, Petit de Molero Nelly, Cardozo V María Auxiliadora, Arias G Armando, Rísquez P Alejandro. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. 2014
5. Sivigila, Instituto Nacional de Salud, DANE, Colombia, 2016
6. Pertuz Meza Yolima. Incidencia y factores de riesgo asociados a enfermedad diarreica por rotavirus, Santa Marta, 2012. Hacia promoción de la salud, 2014
7. Loza Feliz Viviana y cols. Efecto de una intervención educativa sobre higiene alimentaria a través del conocimiento y práctica de madres del centro poblado chacharita- sunampe chicha. Perú. 2014
8. Mariños- Anticona C, et al. Determinantes sociales de la enfermedad diarreica aguda, como identificar el riesgo y la protección para la intervención sanitaria multivalente en los niños menores de tres años. Perú. 2014
9. INEI. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI. 2013
10. Chávez Conde Lizeth. Prácticas y el resultado en el manejo inicial de la diarrea aguda en niños menores de 5 años. Peru. 2015
11. Arzúzar Rodelo Luisa y cols. características etiológicas, clínicas y sociodemográficas presentes en la enfermedad diarreica aguda en niños de 1 a 5 años en una IPS de tercer nivel. Cartagena. Febrero de 2013.pag12
12. Quispe Huallpa Mary. Conocimientos actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años con casos de EDA. Perú. 2012
13. Ricardo Oviedo y cols. Censo de población desplazada. Pasto.2012
14. Romero, R. Síndrome diarreico infeccioso. Mexico. Editorial Medica Panamericana; 2002
15. Amorín Ma. Belen y cols. Agentes de diarrea. Gastroenteritis.2002
16. Torresani Maria Elena. Cuidado nutricional pediátrico. Ed: Eudeba. 2006
17. Figueroa M. Epidemiología de las diarreas infantiles en tres comunidades de Honduras. Revista Médica vol. 58. 1990.
18. Ministerio de Salud. Capítulo 2: Salud infantil y ambiente.2011
19. Prüss-Ustün, A., Corvalán, C. Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Organización Mundial de la Salud. 2006.
20. Ocampo Montero Belen. Conocimientos, actitudes y prácticas maternas frente a la diarrea aguda infantil. 2014
21. Ferreira-Guerrero E, et. Al. Salud Publica. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México 2013,p. 55.

22. Tapia, R. El manual de salud pública, 2 ed. México: Editorial Intersistemas; 2006.
23. Salazar D, Lapeira P. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. Duazary, Revista de la Facultad de ciencias de la salud. 2012
24. Aguirre, P. Patrón alimentario: Estrategias de consumo e identidad. Argentina. 1997
25. Organización Mundial de la Salud. Inocuidad de los alimentos. Ginebra. 2001.
26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El desarrollo infantil y aprendizaje temprano. 2003
27. Gutiérrez G. El programa nacional de control de las enfermedades diarreicas: su impacto en la salud y en los servicios de salud. Revista Salud Pública. México. 1994
28. Ochaíta, E. Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes: Necesidades y derechos en el marco de la convención de las naciones unidas sobre los derechos del niño. Madrid. 2004
29. Garrett P, Ferron J. Poverty experiences of young children and the quality of their home environments. 1994.
30. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internaciona. Lineamientos para los nuevos protocolos de tratamiento de la diarrea. Estados Unidos. 2005
31. Jiménez Treviño y Rodríguez Suarez. Deshidratación Aguda y Rehidratación. Sociedad de Pediatría. Bolivia. 2006.; 46(SUPL. 1): 84-90.
32. OMS. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva. 2005
33. OMS. Diarrea diseases control program: oral rehydration salts. Ginebra. 1984
34. OMS. The treatment of diarrhea: A manual for physicians and other senior health workers. Geneva. 1995
35. Botas, et al. Deshidratación en niños. Argentina. 2011.
36. Jiménez E. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud: Tratamiento de la diarrea aguda infantil en atención primaria. Bolivia. 1998. Vol. 22
37. OMS. The treatment and prevention of acute diarrhea. 2a. Edición. Ginebra. 1989
38. Reyes Y. Rey Camacho. Conocimiento de las madres sobre la diarrea y su prevención. Buenos Aires. 2007
39. Delgado M, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Vol 37 N° 4. .2006.
40. Vicente Ruiz M. Creencias de salud materna relacionadas con la conducta preventiva en diarrea infantil. México. 1998.
41. Alcázar L., Marini A. y Walker I. El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños. Perú. 2011. p. 16-86.
42. Quispe Huallpa, Mary Luz. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 5 años con casos de EDA de la comunidad de Yuncaypata. Perú 2011.
43. Alarco Jhonel y cols. Diarrea aguda infecciosa y factores asociados. Perú. 2013

44. Urrego Jimenez A. y cols. Nutrición en diarrea infantil en niños menores de 5 años. Colombia. 2012
45. Díaz Shirley. Higiene alimentaria y asociación con diarrea aguda. Cartagena. 2013

ANEXOS

Anexo A. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
JEFE DE HOGAR	Persona encargada o responsable del hogar	Cualitativa	Nominal
EDAD	Edad de los padres o cuidadores responsables del menor	Cuantitativa	Razón
GENERO	Característica sexual de la persona responsable del menor	Cualitativa	Nominal
ESTADO CIVIL	Condición de pareja de los padres	Cualitativa	Nominal
ESCOLARIDAD	Nivel educativo de los padres o cuidadores	Cualitativa	Nominal
SITIO DE OCUPACION	Lugar donde los padres desempeñan algún tipo de trabajo	Cualitativa	Nominal
SEGURIDAD SOCIAL	Régimen de salud al que pertenecen las familias	Cualitativa	Nominal
ZONA DE RESIDENCIA	Lugar donde viven los padres actualmente	Cualitativa	Nominal
DEPARTAMENTO	Lugar de origen del desplazamiento de los padres	Cualitativa	Nominal
TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	Tiempo que los padres llevan en condición de desplazamiento	Cuantitativa	Razón
AGENTE CAUSANTE	Microorganismo involucrado en la enfermedad	Cualitativa	Nominal
TRANSMISION DE DIARREA	Condición ambiental que hace susceptible a un individuo para adquirir la enfermedad	Cualitativa	Nominal
PREVENCION DE DIARREA	Medidas que evitan la aparición de la enfermedad	Cualitativa	Nominal
SIGNOS DE DESHIDRATACION	Aspecto físico del niño al momento del episodio de diarrea	Cualitativa	Nominal
TRATAMIENTO	Manejo inicial de los padres cuando el niño tiene diarrea	Cualitativa	Nominal
UTILIDAD DE SRO	Fin con el que es utilizada una SRO	Cualitativa	Nominal
ALIMENTACION	Decisión de alimentar al niño durante el episodio de diarrea	Cualitativa	Nominal
HIDRATACION	Decisión de brindar líquidos al niño durante el episodio de diarrea	Cualitativa	Nominal
TIPO DE HIDRATACION	Utilización de líquidos preparados o comprados	Cualitativa	Nominal

ATENCION EN SALUD	Lugar a donde asisten inicialmente los padres cuando el niño enferma	Cualitativa	Nominal
LAVADO DE MANOS	Supervisión de lavado de manos del niño	Cualitativa	Nominal
MOMENTO DE LAVADO DE MANOS	Momentos en que supervisa el lavado de manos del niño	Cualitativa	Nominal
LAVADO DE MANOS DE LOS PADRES	Momentos que los padres se lavan las manos en cada actividad	Cualitativa	Nominal
COCCION DE ALIMENTOS	Utilización de alimentos frescos para la cocción en cada momento del día	Cualitativa	Nominal
MANEJO DEL AGUA	Forma de tratar el agua para consumo	Cualitativa	Nominal
ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS	Forma de guardar alimentos antes de utilizarlos para el consumo	Cualitativa	Nominal
DISPOSICION DE BASURAS	Lugar de almacenamiento de la basura	Cualitativa	Nominal
LAVADO DE UTENSILIOS	Número de veces que los padres utilizan límpido para lavar utensilios de cocina	Cualitativa	Nominal
PREPARACION DE SRO	Sustancias o alimentos que padres utilizan para la preparación de SRO	Cualitativa	Nominal

Anexo B. Encuesta

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTÍN SEDE PASTO
FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS
SAN JUAN DE PASTO- 2016



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

“CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PADRES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS FRENTE A ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA CIUDAD DE PASTO, 2015”

Responsables: LEIDY RODRIGUEZ **Asesor Responsable:** Dr. ANDRES SALAS
HENRY ZAMBRANO

Ficha: _____ Fecha: _____

I. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

Jefe Hogar: SI NO **Género:** M ____ F ____ **Edad:** ____ (años)

Estado civil: Soltero Casado

Grado de escolaridad: Ninguna Primaria Secundaria Técnica Universitaria

Sitio de ocupación: Casa Puesto de trabajo Ambulante

Seguridad Social: Contributivo Subsidiado *Vinculado-sisbén=subsidiado

Zona de residencia: Rural Urbana **Departamento:** _____

Tiempo en Condición de desplazamiento: ____ (Años)

II. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

1. ¿Cuál cree usted que sea el principal agente causante de diarrea en un niño?
 - a. Virus
 - b. Bacterias
 - c. Parásitos

2. ¿Cuál cree usted que es la principal condición ambiental que favorece la transmisión de diarrea?
 - a. Agua contaminada
 - b. Mala higiene personal y domestica
 - c. Inadecuado almacenamiento y preparación de alimentos

3. ¿Cuál es para usted la principal medida ambiental para prevenir la diarrea?
 - a. Acceso al agua potable (para beber, cocinar y lavar)
 - b. Acceso a buenos sistemas de saneamiento
 - c. Adecuado lavado de manos

4. ¿Cómo detecta usted que su niño (a) está deshidratado(a)? (Solo uno)
 - a. Aspecto general (somnoliento, irritable, sediento)
 - b. Ojos o mejillas
 - c. Lágrimas y orina
 - d. Aspecto de piel y mucosas
5. ¿Cuál cree usted que sea el mejor tratamiento inicial de una diarrea?
 - a. Hidratar y alimentar
 - b. Brindar suplementos vitamínicos
 - c. Brindar medicamentos (sin asistir a la farmacia)
6. ¿Sabe usted cuál es la principal utilidad que tiene una sal de rehidratación oral? (marque una)
 - a. Prevenir y tratar la deshidratación
 - b. Prevenir y tratar la diarrea

*Golman 2008

III. ACTITUD

7. En lo relacionado a la alimentación, cuando el niño está con diarrea, usted:

Continúa alimentación habitual Suspende alimentación
8. En lo relacionado a los líquidos, cuando el niño está con diarrea, usted:

Aumenta/ Disminuye
9. Si aumenta líquidos. ¿Cuáles inicialmente?

Caseros Farmacéuticos
10. ¿Si la diarrea en el niño persiste usted a dónde lo lleva de inmediato?

* Marque solo el primer servicio visitado si fue más de uno

 - a. Institución de salud
 - b. Farmacia
 - c. Misma casa
 - d. Otros
11. ¿Supervisa usted el lavado de manos de su hijo? SI ____ NO ____
12. ¿Si supervisa, cuando lo hace?

Siempre Algunas veces

IV. PRÁCTICAS

13. ¿Cuáles son los momentos en que usted se lava las manos?
 - a. Siempre antes de una actividad
 - b. Siempre después de una actividad
 - c. Siempre antes y después de una actividad
 - d. Algunas veces

14. ¿Cómo realiza usted la cocción de los alimentos al inicio del día? (Seleccione una respuesta)
- a. Cocina completamente alimentos frescos
 - b. Hierve o recalienta los alimentos previamente cocidos
15. ¿Cómo maneja usted el agua en su casa antes de darle uso?
- a. Desinfecta con cloro
 - b. Desinfecta con la luz sol
 - c. Hierve agua
16. ¿Usted cómo almacena a temperatura ambiente la mayoría de sus alimentos? (Escoja solo uno)
- a. Expuestos al aire libre
 - b. En contenedores herméticos
 - c. En bolsas plásticas o de papel
17. La disposición de basuras, usted la hace:
- a. Dentro de casa
 - b. Fuera de casa
18. ¿Cuántas veces a la semana usted lava con límpido los utensilios de cocina?
- a. Una vez
 - b. Dos veces o más
 - c. No desinfecta
19. ¿Cómo prepara usted el suero oral casero?
- a. Con frutas, verduras o cereales
 - b. Con Sal y/o azúcar
 - c. Con sobres de SRO

Anexo C. Consentimiento Informado

Respetado señor (a), por medio del presente documento se le solicita su colaboración de manera voluntaria en la realización de una encuesta por escrito y la participación activa del proceso investigativo sobre:

“CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PADRES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS FRENTE A ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LA CIUDAD DE PASTO, 2015”. El propósito de este documento es proveer información para considerar o no participar en el mismo, teniendo en cuenta que no habrá objeción si decide no participar, así mismo deberá realizar preguntas cuando no entienda.

INVESTIGADORES RESPONSABLES DEL ESTUDIO:

Leidy Lorena Rodríguez Ruano

Dirección: Cra 43 No 18ª71 Pasto

Celular: 3155276160

Henry Gilberto Zambrano Díaz

Dirección: Cra 43 No 18ª71 Pasto

Celular: 3157016456

FUENTES DE APOYO:

Fundación Universitaria San Martín- Sede Pasto

LUGAR DE DESARROLLO DEL ESTUDIO:

Punto de atención a víctimas de la violencia del conflicto armado del barrio Capusigra

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en Pasto.

ELEGIBILIDAD:

Se realizará el estudio en la población de acuerdo a:

- Padres que pertenecen al programa para la atención a víctimas y asisten al punto de orientación
- Padres que acepten voluntariamente participar en el estudio
- Padres que tengan un niño de 5 años cumplidos o menos, y que haya presentado diarrea 2 semanas anteriores a la encuesta

PROCEDIMIENTO:

Una vez seleccionadas las personas se procederá a hacer firmar el consentimiento informado para posteriormente iniciar con la respectiva recolección de datos en lo referente a la encuesta.

RIESGOS:

El presente estudio no presenta riesgos, ya que no se requiere de la realización de ningún procedimiento.

BENEFICIOS:

La persona participante en la encuesta será informada acerca de los riesgos que conlleva la falta de conocimientos, malas prácticas y actitudes inadecuadas con lo relacionado a la Enfermedad Diarreica Aguda.

COSTOS DEL ESTUDIO:

No existe costo alguno para los participantes involucrados en el estudio

TRATAMIENTO MEDICO:

No existe tratamiento médico asociado al estudio en caso de presentar episodio diarreico.

COMPENSACIÓN POR LA PARTICIPACIÓN:

En éste estudio no habrá retribuciones económicas por ser partícipes de ésta investigación, sin embargo se dará información sobre prevención y manejo inicial de la Enfermedad Diarreica Aguda

CONFIDENCIALIDAD:

La información obtenida a partir del instrumento de recolección de información tipo encuesta tendrá un carácter eminentemente confidencial, respetando la condición de desplazamiento.

LIBERTAD PARA SALIR DEL ESTUDIO:

Los participantes tendrán la libertad de salir del estudio en el momento que así lo requieran

LIBERTAD PARA SER REMOVIDO DEL ESTUDIO:

Los investigadores tendrán la libertad de remover a un participante del estudio

Todos los aspectos mencionados en las anteriores páginas me han sido explicados, y todas las preguntas que he tenido me han sido contestadas, además de que me han dado a conocer acerca de las características de éste estudio,

Cualquier pregunta y/o duda que yo tenga acerca de los derechos de los participantes del estudio serán resueltas por parte del Subcomité de Bioética M la fundación Universitaria San Martin- Sede Pasto.

En pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, autorizo mi participación a responder a los datos de la encuesta de manera adecuada y permitir que se realice un estudio con los mismos. Habiendo leído lo anterior doy mi consentimiento para participar en éste proceso investigativo.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PARTICIPANTE

LUGAR Y FECHA

Anexo D. Cronograma de Actividades

FECHA ACTIVIDADES	2014					2015												2016					
	VII SEMESTRE					VIII SEMESTRE						IX SEMESTRE						X SEMESTRE					
	MESES					MESES						MESES						MESES					
	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
Presentación de propuesta	X																						
Aprobación de propuesta		X																					
Realización de trabajo escrito		X	X	X	X																		
Sustentación del trabajo					X																		
Calibración de operadores						-	X																
Prueba piloto instrumento								X	X														
Recolección de datos															X	X							
Depuración de instrumentos															X	X	X						
Digitación de base de datos																X	X	X					
Verificación de base de datos																	X	X	X				
Análisis de los datos																			X	X			
Construcción del informe final																					X		
Preparación de la sustentación																			X	X			

Anexo E. Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR TOTAL
RUBROS		
Papelería		20.000
Fotocopias	600	30.000
Refrigerios		50.000
Transporte		40.000
PERSONAL		80.000
EQUIPOS -SERVICIOS TECNICOS		
Digitación e impresión		250.000
Servicio de Internet- Software		90.000
Elementos de sustentación-empastados		60.000
SUBTOTAL		620.000
Imprevistos		95.000
TOTAL		\$ 715.000

Anexo F. Cartas institucionales

San Juan de Pasto, 21 de agosto de 2015

Doctora
EMMA LUCIA RAMOS
Coordinadora Programa de Atención a Víctimas
Alcaldía Municipal de Pasto
Presente.

Respetada Doctora Emma:

En nombre de las directivas de la Fundación Universitaria San Martín y el mío propio, reciba Usted, un caluroso saludo y el deseo de éxitos en la loable labor que desempeña.

Solicito a Usted muy comedidamente su colaboración con los estudiantes de octavo semestre del Programa de Medicina de nuestra Institución: LEIDY LORENA RODRIGUEZ RUANO y HENRY ZAMBRANO DÍAZ: quienes adelantan el trabajo de investigación titulado: "PRACTICAS Y ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS". El cual cuenta con el aval y aprobación del Comité de Investigación y Ética de la Fundación Universitaria San Martín.

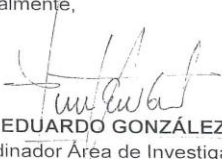
Para lo cual se requiere:

- A)-Bases de datos de las familias en mención.
- B)- Se les autorice revisar la información pertinente al estudio.

Los resultados de la Investigación quedarán a disposición de la coordinación del Programa de Atención a Víctimas de la Alcaldía Municipal de Pasto, para lo que se requiera, respetando la respectiva Autoría Intelectual de los Investigadores.

Gracias por su atención y colaboración.

Cordialmente,


LUIS EDUARDO GONZÁLEZ MARTÍNEZ
Coordinador Área de Investigación Facultad de Medicina

San Juan de Pasto, Sede Norte Calle 18A No. 41-61, Tels.: 7314601 / 7314697 - www.sanmartinpasto.com
Personería Jurídica Resolución No. 12387 de 18/08/81 del Ministerio - Registro ICFES: 2709

PDO
CIVILIA P.
25-08-15
4:45 PM

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FECHA RECIBIDO 26 AGO 2015
No 1 HORA 8:30am
FIRMA mem

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
Trae tus sueños...
juntos los realizaremos!



ALCALDÍA DE PASTO
SECRETARÍA DE GOBIERNO

1410-268-2015
San Juan de Pasto, 21 de octubre de 2013.

Doctor
LUIS EDUARDO GONZALEZ MARTINEZ
Coordinador Área de Investigación Facultad de Medicina
Fundación Universitaria San Martín
Calle 18ª No. 41-61
Teléfono 7314691-7314697

ASUNTO: Respuesta Solicitud de Información Población Víctima del Conflicto Armado.

Por medio del presente escrito de manera atenta y respetuosa me dirijo a usted con el fin de otorgar respuesta en oportunidad al oficio de la referencia, el cual tiene destino el Programa para la Atención a Víctimas de la Violencia del Conflicto Armado adscrito a la Secretaría de Gobierno de la Alcaldía Municipal de Pasto.

Una vez revisada su solicitud con la cual se presenta a los estudiantes LEIDY LORENA RODRIGUEZ Y HENRY ZAMBRANO DIAZ, quienes realizan el trabajo de investigación "Prácticas y actitudes frente a la enfermedad diarreica aguda en niños y niñas del programa de atención a víctimas" me permito precisar:

Se autoriza para que los estudiantes apliquen el instrumento (encuesta) a los padres de familia en las instalaciones del Punto de Atención a Víctimas y en el Hogar de Pasto, sugeriéndole a usted y sus estudiantes, total prudencia y discreción con la información y documentación que se llegare a recolectar en el desarrollo del proyecto investigativo, teniendo en cuenta que se trata de personas de especial protección, los cuales traen consigo problemas de seguridad y se debe prestar todas las medidas necesarias para no poner en riesgo su vida e integridad personal, así mismo se sugiere ser precavidos en las interrogantes planteadas para no herir susceptibilidades por los hechos victimizante de los cuales fueron objeto.

Agradecemos socialización de los resultados obtenidos para conocimiento de funcionarios y contratistas que laboran en el Punto de Atención a Víctimas, haciendo claridad que la documentación y datos personales que se llegaren a recopilar tienen reserva legal para su uso y se necesita de la autorización directa de las víctimas.

Atentamente,


EMMA LUCÍA RAMOS ORDOÑEZ

Enlace Secretaría de Gobierno - PAV

Proyecto: CAMILO MUNOZ MORENO
Abogado Constitucional PAV

NIT.891280000-3
Programa para la atención a víctimas de la violencia del conflicto armado
Dirección: Carrera 26 No. 2-12 B/Capuisgra (esquina)
Teléfono: + (57) 2-7334515, fax.7334515 ext.102.

Linea de Soporte Nacional 01 8000 651010 - Correo electrónico: atención@atención.gov.co



CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PADRES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS FRENTE A ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS PASTO 2015*.

Leidy L. Rodríguez; Henry G. Zambrano
Asesor científico, Dr. Alexander Martínez, Medicina Familiar

RESUMEN

La Enfermedad diarreica aguda es uno de los cuadros clínicos de urgencias más frecuentes, afectando en su mayoría niños menores de cinco años. Este artículo presenta resultados de investigación, obtenidos por medio de una encuesta aplicada a los padres del Programa de Atención a Víctimas de la ciudad de Pasto. El principal objetivo es Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en Pasto en el año 2015. Se trata de un estudio de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo, de diseño trasversal y direccionalidad retrospectiva. Los datos se tomaron de 121 encuestas, con los padres que cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados: Se presentó que los padres tienen más del 80% de conocimientos acerca de la enfermedad diarreica aguda, sin embargo persisten creencias erróneas acerca de la utilidad de sales de rehidratación oral y su beneficio. Además existen comportamientos inadecuados frente a la patología poniendo en riesgo la ejecución de prácticas preventivas y de manejo inicial que al tener una buen aplicación mejoran el bienestar del niño.

Conclusión: La diarrea es una enfermedad prevenible cuando se actúa sobre factores que la causan, mediante actividades de promoción y prevención por parte de la comunidad y de las instituciones de salud.

Palabras claves: Enfermedad diarreica aguda, hidratación, conocimientos actitudes, practicas

* Trabajo de investigación, san Juan de Pasto 2016

INTRODUCCION

La enfermedad diarreica aguda (EDA), se define como la deposición de heces sueltas o líquidas 3 o más veces al día, o con una frecuencia mayor a la normal en la persona. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la de heces de consistencia suelta y pastosa por bebés amamantados. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos.(1)

Esta enfermedad es una de las causas principales de muerte en niños menores de 5 años de edad y aunque es prevenible y tratable, cada año causa gran mortalidad a nivel mundial. (2) Además es la principal causa de desnutrición en este grupo etario. (3)

Por esta razón se requiere una intervención continua para promover la prevención de esta patología enfocándose en factores o determinantes que tienen mayor impacto en la ocurrencia de la EDA, que se presenta en la población infantil, lo cual además de generar altos costos hospitalarios genera también un alto índice de morbimortalidad y afectación de la calidad de vida en el niño.

Este estudio se lo realiza con el fin de conocer los hábitos de cuidado en los niños de la población que es más vulnerable y susceptible de adquirir infecciones de manera

repetida, de acuerdo a los conocimientos adquiridos por los padres.

Mediante éste proyecto se hace posible conocer el abordaje de la EDA en lo relacionado a la prevención y manejo inicial, para evitar manejos farmacológicos innecesarios, hospitalizaciones y mayores costos, presentando unas recomendaciones que son el resultado de la aplicación de la encuesta realizada en la comunidad desplazada en la cual se evaluaron aspectos sociodemográficos, conocimientos actitudes y prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a EDA en niños menores de 5 años.

INSTRUMENTO Y METODOS

Estudio de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo, de diseño trasversal y direccionalidad retrospectiva. Los datos se tomaron de 121 encuestas, con los padres que cumplieron los criterios de inclusión que tienen como fin de identificar y describir características sociodemográficas, y evaluar los objetivos dentro de la mismo instrumento desde el punto de conocimiento, actitudes y prácticas de los padres frente a la enfermedad diarreica aguda durante el año 2015.

Criterios de inclusión: Padres que pertenecen al programa de atención a víctimas y que asisten al punto de orientación, Padres que acepten voluntariamente participar en el estudio , Padres que tengan un niño de 5 años

cumplidos o menos, y que haya presentado diarrea 2 semanas anteriores a la encuesta.

Criterios de exclusión: Padres con incompetencia mental que impida responder a la encuesta, encuestas que estén mal diligenciadas

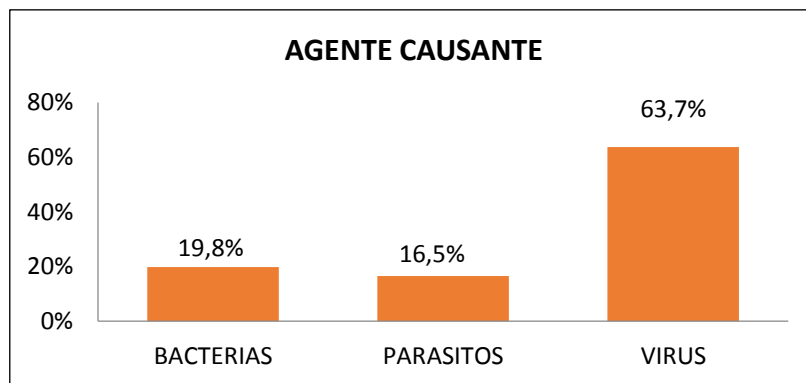
Se tuvieron en cuenta variables como: edad, género, estado civil, escolaridad, área de procedencia, sitio de ocupación, donde se utiliza como instrumento de recolección el modelo de la encuesta CAP de la OMS/OPS, aprobado por el comité de investigación de la FUSM (2)

Para el análisis estadístico se incluyeron las diferentes variables

en la base de datos que se elaboró en el programa de Microsoft Excel para el análisis se utilizó el programa de Stargraphics y ya obtenidos los resultados se realizó el análisis descriptivo de tipo Univariado y Bivariado. Tanto para el análisis Univariado como Bivariado se utilizó técnicas numéricas tales como medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (rango, varianza, dispersión, desviación estándar, y percentiles), además se realizó la interpretación grafica utilizando histogramas, diagrama de barras, diagrama de sectores, al igual que la prueba de Chi Cuadrado para determinar cruces y para realizar análisis estadísticamente significativos.

RESULTADOS

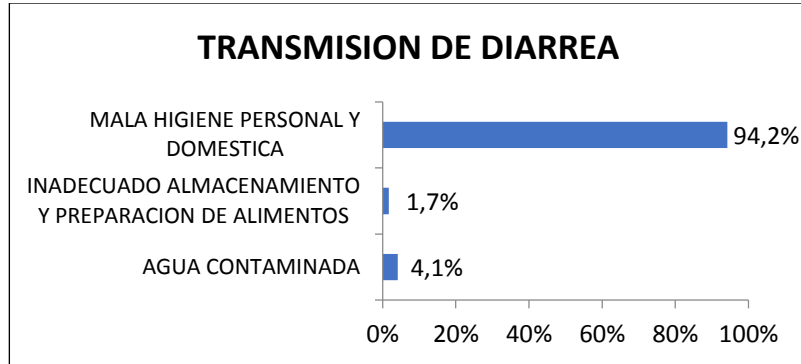
GRAFICA #1: Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según principal agente causante de diarrea



Fuente: Presente investigación N: 121

De acuerdo al conocimiento de los padres, el principal agente causante de diarrea en porcentaje de 63,7% son los virus, el 19,8% son bacterias y el 16,5% son parásitos, que indica un conocimiento adecuado de acuerdo a la distribución de los mismos.

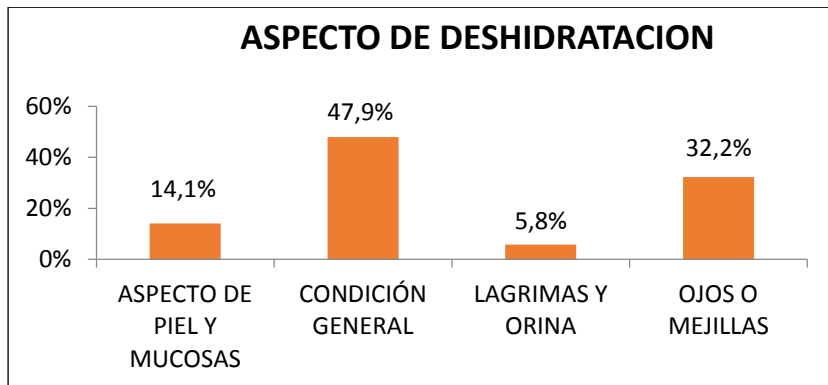
GRAFICA #2: Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según condición ambiental que favorece la transmisión de diarrea.



Fuente: Presente investigación N: 121

La transmisión de diarrea por la mala higiene personal y doméstica según el conocimiento de los padres se presenta en un 94,2%, por el agua contaminada en un 4,1% y por el inadecuado almacenamiento y preparación de alimentos en un 1,7%, que muestra aún una falta de conocimiento, ya que del abastecimiento de agua potable depende la higiene.

GRAFICA #3: Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según aspecto de deshidratación.

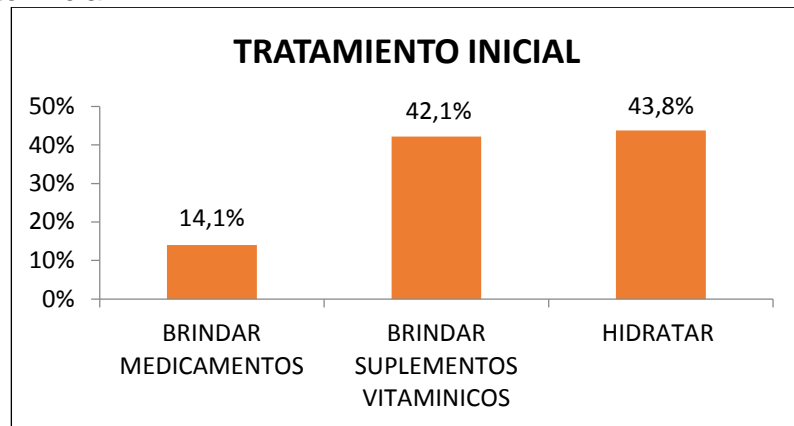


Fuente: Presente investigación

N=121

Según el conocimiento de los padres, los signos mediante los que más se percibe el aspecto de deshidratación en el niño son las condiciones generales en el 47,9%, seguido del aspecto de ojos y mejillas en el 32,2%, el aspecto de la piel y de mucosas en el 14,1%, y en un 5,8% la ausencia de lágrimas o disminución de la orina.

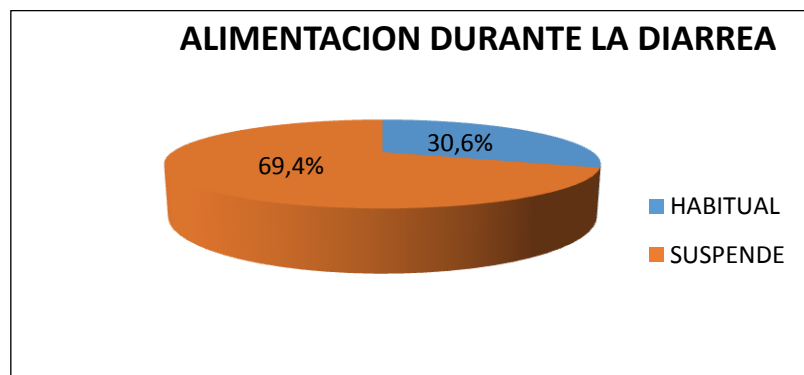
GRAFICA #4: Distribución de conocimientos de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según el tratamiento inicial.



Fuente: Presente investigación N: 121

El tratamiento ideal para los niños con diarrea inicialmente según los padres es hidratar y alimentar en el 43,8%, brindar suplementos vitamínicos en el 42,1% y brindar medicamentos en el 14,1%, que indica falta de conocimiento, pues la automedicación no es lo correcto.

GRAFICA #5: Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según alimentación cuando el niño está con diarrea.

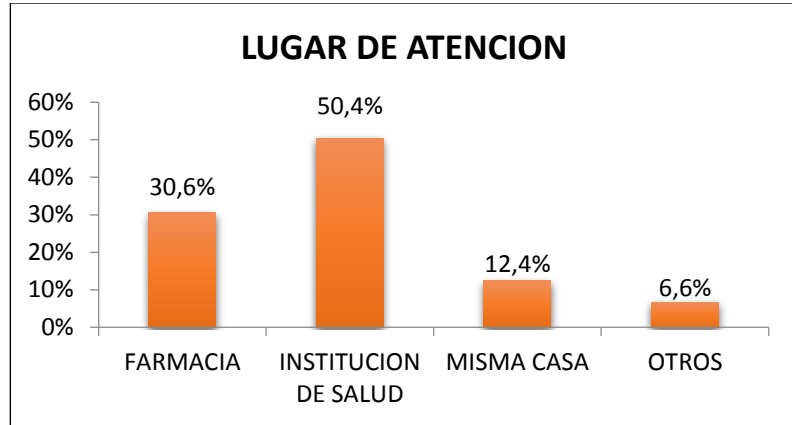


Fuente: Presente investigación

N=121

El 69,4% de los padres cuidadores deciden suspender la alimentación al niño durante la presentación de diarrea, y el 30,6% deciden continuar con la alimentación habitual. Suspender es una actitud inadecuada, pues se pone al niño en riesgo de desnutrición sumado a la deshidratación inicial.

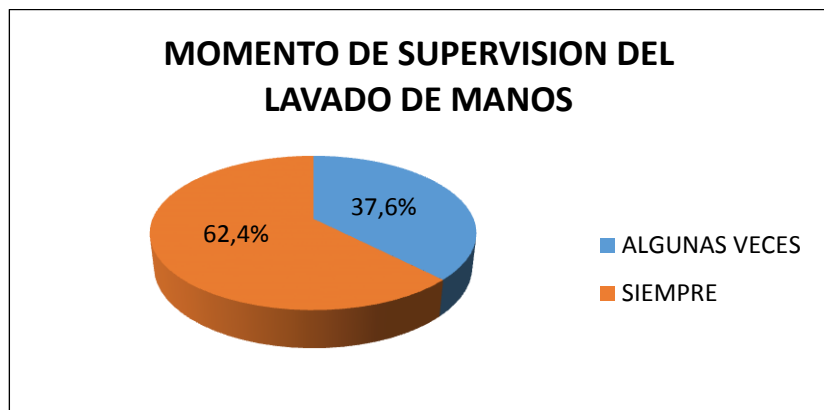
GRAFICA #6: Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según lugar de atención en diarrea persistente.



Fuente: Presente investigación N=121

El 50,4% de los padres cuidadores deciden llevar al niño a una institución de salud cuando la diarrea persiste, en un 30,6% a la farmacia, el 12,4% deciden tratar en la misma casa y un 6,6% deciden llevarlo otros sitios, lo que muestra que aún existen actitudes no adecuadas.

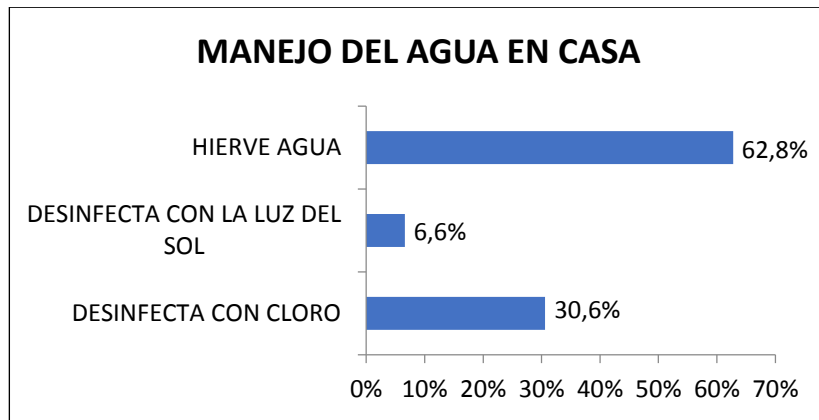
GRAFICA #7: Distribución de actitudes de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según momento de supervisión del lavado de manos.



Fuente: Presente investigación N=109

El 62,4% de los padres deciden supervisar el lavado de manos del niño siempre antes y después de cada actividad y el 37,6% solo algunas veces, lo cual indica una mala actitud, pues debe hacerse siempre.

GRAFICA #8: Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según manejo del agua en casa

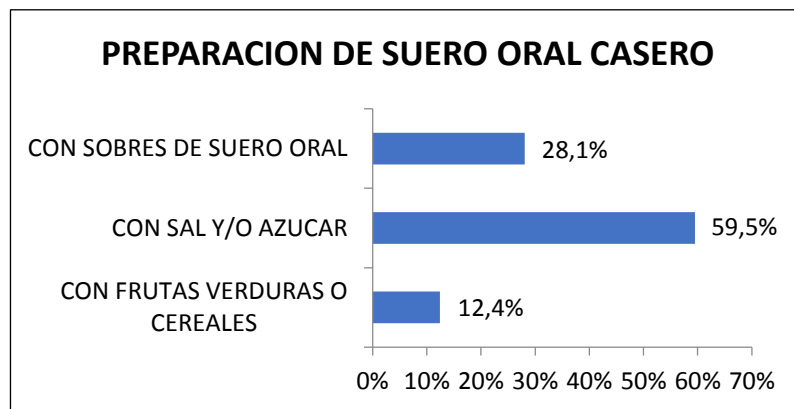


Fuente: Presente investigación

N=121

De los padres encuestados, el 62,8% dan manejo al agua en casa hirviéndola, el 30,6% desinfectándola con cloro y el 6,6% solo exponiéndola al sol, lo cual muestra que aún se debe mejorar dicha práctica.

GRAFICA #9: Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a enfermedad diarreica aguda, según forma de preparación de suero oral casero



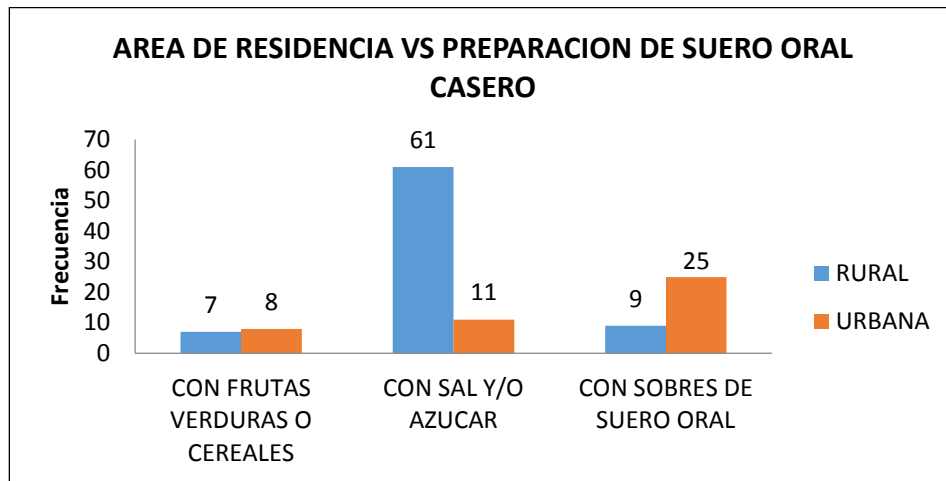
Fuente: Presente investigación

N=121

El 59,5% de los padres que fueron encuestados preparan sales de rehidratación oral con sal y/o azúcar disuelta en agua hervida, el 28,1% con sobres de suero oral y solo el 12,4% de ellos lo hicieron con frutas, verduras o cereales. Aunque son prácticas adecuadas tiene mayor beneficio prepararlas con alimentos.

ANALISIS BIVARIADO

Grafica # 10: Distribución de prácticas de padres del programa de atención a víctimas frente a diarrea según área de residencia versus preparación de suero oral casero



CHI CUADRADO DE PEARSON	VALOR P
35,996a	0,000

Fuente: Presente investigación

En la gráfica se puede observar que 72 padres preparan suero oral casero utilizando sal y/o azúcar, y de ellos 61 corresponden a zona de residencia rural. Además 34 padres preparan con sobres de suero oral y de ellos 25 vienen de zona urbana.

DISCUSION

Los resultados del presente estudio muestran diversos aspectos que caracterizan a los padres del programa de atención a víctimas, quienes ejercen cuidado en el niño, lo cual permite establecer ciertas asociaciones con la enfermedad, dejando observar y analizar sociodemográficamente el género mayormente involucrado con el 89,3% del género femenino, en comparación con otros estudios

realizados, como el de Yolima Pertoz meza en donde se encontró que el 55,9% de los participantes eran de género femenino(4) , así como en el estudio de Luisa Arzuzar Rodelo y Cols donde los cuidadores corresponden a madres en el 72,73% (6). En cuanto a la edad de los encuestados para este estudio se encuentra que la edad mínima es de 16 años que tiene similitud con la edad mínima encontrada en

estudios como el de J.Jhonel Alarco y cols, quienes detectaron una edad mínima de 15 años, (10) lo cual tiene mayor asociación con los episodios de diarrea aguda. Además, también se encontró en este estudio que la educación básica de los padres es del 90,9%, la educación superior 6,6% y para quienes no tienen ningún nivel educativo 2,5%. Para lo que se afirma que hay un mejor grado de instrucción con respecto a otros estudios como el realizado por Belén Ocampo, donde la escolaridad básica tiene el 97% de los casos, la superior el 2% y sin ninguna escolaridad el 1%.(7) En lo relacionado al sitio de ocupación éste estudio muestra que más de la mitad de los padres con el 57,1% trabajan en casa desempeñando oficios dentro del hogar, igualmente son quienes con mayor frecuencia llevan al niño a una institución de salud, sin embargo no existe ningún grado de asociación ($p=0,451$), lo cual en el estudio de Patricia Lapeira y Diana Acosta aunque asemeja la ocupación en un 57% son quienes menos llevan a tiempo a los niños a una institución de salud, a pesar de que permanecen siempre al cuidado del niño.(9)

Como etiología de la diarrea según el agente causante, en éste estudio se establecen principalmente los virus relacionados en gran medida con la mala higiene personal y doméstica, mencionado igualmente en el estudio hecho por Ángela Jimenez y cols(11), lo cual difiere de otros estudios

donde la causa de diarrea es de predominio bacteriano(6), o de origen parasitario en el 50% de los casos que además se suman a la falta de higiene.(10)

Los signos de deshidratación más conocidos por los padres de zona rural y urbana en el presente estudio fueron los relacionados con el aspecto general, que abarca dolor abdominal, deposiciones frecuentes, vomito, somnolencia, fiebre, irritabilidad y sed excesiva, sin presentar necesariamente algún tipo de asociación ($p=0,413$), relacionado además con estudios como el de Ferreira Guerrero, donde las evacuaciones frecuentes fueron el principal signo de alarma tanto en área urbana como rural.(8) Por el contrario hay estudios que mencionan los ojos hundidos principalmente(9) y otros solo la sed.(10)

En lo relacionado al tratamiento inicial se muestra en ésta investigación que la hidratación con sales de rehidratación oral (SRO) se realiza en un 43,8% en la mayoría con líquidos de tipo casero, por otra parte Shirley Díaz y cols en su estudio mencionan que se emplean medidas caseras de preparación con frutas(12) y otras con cereales(11), al igual que lo mencionado en el estudio realizado por Lizeth Chavez.(5) Por otra parte, aún persiste el suministro de medicamentos en el tratamiento inicial(10) al igual que en el presente estudio.

Por otra parte, se menciona en ésta investigación que hay madres que lactan de manera habitual al

niño cuando presenta un episodio de diarrea pero suspenden la alimentación en los niños mayores, sin embargo hay estudios donde aunque no suspenden ningún tipo de alimento y ofrecen la misma cantidad de sólidos,(5) persiste la creencia de que se debe suspender la leche materna.(9,10)

Se refiere que el 98% de la población encuestada en un estudio ya mencionado, hace manejo intradomiciliario del agua para consumo diario hirviéndola, lo cual difiere de las cifras encontradas en el presente estudio con la misma practica en el 62,8%, que son cifras preocupantes debido es una medida efectiva y de bajo costo para evitar que los gérmenes se propaguen por la misma. (9)

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se determinaron las características sociodemográficas, a lo cual se puede concluir que como se esperaba los cuidadores en su mayoría son jefes de hogar de género femenino que se encuentran entre edades de 16 y 65 años. En lo referente al estado civil se destacan los cuidadores que conviven sin pareja. El nivel de escolaridad de la mayoría corresponde al nivel básico lo cual puede influir positiva o negativamente en la ejecución de prácticas de acuerdo a los conocimientos adquiridos. Se observa también que más de la mitad de los padres tienen su casa

como lugar de trabajo, por lo que se puede afirmar que desempeñan labores del hogar independientemente del género. Esta población en gran medida pertenece al régimen subsidiado, por pertenecer a estratos bajos debido tanto a su proceso migratorio y vinculación al programa. El departamento de procedencia que más se registra es Nariño y con él las zonas rurales, con un tiempo máximo en condición de desplazamiento de 25 años.

Según el estudio realizado acerca del conocimiento de los padres se concluye que el agente causante más conocido en la mayoría de los casos de diarrea son los virus, transmitidos por mala higiene personal y doméstica en gran parte. De las medidas conocidas para prevenir la diarrea la que más se menciona es el adecuado lavado de manos, en cuanto a los signos de deshidratación reconocidos, las condiciones generales como dolor abdominal, deposiciones frecuentes, vomito, sed excesiva, somnolencia o irritabilidad representan el mayor porcentaje. En lo relacionado al tratamiento inicial hidratar es la prioridad según lo referido por los padres y con ello prevenir y tratar la deshidratación. Entonces se muestra que los padres presentan un conocimiento suficiente sobre dicha enfermedad, sin embargo aún existen conocimientos erróneos en lo referente al tratamiento inicial con fármacos y a la utilidad de las sales de

rehidratación oral (SRO) para prevenir y tratar la diarrea.

En lo relacionado con la posición que toman los padres frente a la diarrea aguda se destaca que para la hidratación del niño, la mayoría piensa en medidas como el aumento de líquidos de tipo casero, y el traslado pronto y directo del niño a una institución de salud cuando el cuadro lo amerita. Además, la mayoría supervisa siempre en cada actividad el lavado de manos en el niño. Sin embargo, se concluye que aún existen comportamientos inadecuados que interfieren negativamente tanto en la prevención facilitando la propagación de enfermedades infecciosas, como en el manejo inicial.

Finalmente con respecto a las prácticas que los padres refieren llevar a cabo, la ejecución del lavado de manos siempre lo hacen después de una actividad en la mayoría. De acuerdo a la cocción, ésta la realizan de manera repetitiva con alimentos que han sido preparados con anterioridad, además almacenan los alimentos no preparados con exposición al aire libre. La disposición de basuras un gran porcentaje la realiza dentro de la casa, exponiendo a los niños al contacto directo con microorganismos, esto sumado a que hay un porcentaje grande de padres que no desinfectan los utensilios. Por otra parte, la preparación de suero oral casero es preferida con sal y/o azúcar en la mayoría, al igual que el suministro de agua hervida. Por

lo que se concluye que no todas las prácticas realizadas son adecuadas y las que son adecuadas no son bien realizadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología: Diarrea Aguda. Marzo 2008.
2. OMS Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva.330. Abril 2013.
3. Alcázar L., Marini A. y Walker I. El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños. Perú. 2011. p. 16-86.
4. Pertuz Meza Yolima. Incidencia y factores de riesgo asociados a enfermedad diarreica por rotavirus, Santa Marta, 2012. Hacia promoción de la salud, 2014
5. Chávez Conde Lizeth. Prácticas y el resultado en el manejo inicial de la diarrea aguda en niños menores de 5 años. Peru. 2015
6. Arzúzar Rodelo Luisa y cols. características etiológicas, clínicas y sociodemográficas presentes en la enfermedad diarreica aguda en niños de 1 a 5 años en una IPS de

tercer nivel. Cartagena.
Febrero de 2013.pag12

7. Ocampo Montero Belen. Conocimientos, actitudes y prácticas maternas frente a la diarrea aguda infantil. 2014
8. Ferreira-Guerrero E, et. Al. Salud Publica. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México 2013,p. 55.
9. Salazar D, Lapeira P. Conocimientos y prácticas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias entre madres de una institución de salud. Duazary, Revista de la Facultad de ciencias de la salud. 2012
10. Alarco Jhonel y cols. Diarrea aguda infecciosa y factores asociados. Perú. 2013
11. Urrego Jimenez A. y cols. Nutrición en diarrea infantil en niños menores de 5 años. Colombia. 2012
12. Díaz Shirley. Higiene alimentaria y asociación con diarrea aguda. Cartagena.2013